



**Institut de Formation en  
Ergothérapie de Nevers**



**Université de  
Bourgogne**

# **DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE**

*Arrêté du 5 juillet 2010 modifié*

## **Session 1 – Promotion 2019-2022**

**L'approche NER 21 et l'amélioration de la  
qualité de vie des patients post-AVC**

**Étudiant : Amélie MARTIN LHOMME**

**Directeur de mémoire : Romain FAESSEL**

# **NOTE AUX LECTEURS**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

## Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement,

Romain Faessel, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils pertinents et son accompagnement tout au long de ce travail de recherche,

Christelle Tardy, ma co-directrice de mémoire, pour son soutien et ses conseils lors de la réalisation de ce travail,

Margaux Levy, pour sa grande disponibilité et ses conseils en méthodologie tout au long de cette année,

Michèle Gerber, pour le temps qu'elle a pu prendre afin de m'expliquer de vive voix sa vision de l'approche NER 21, approche qui avait suscité mon intérêt à travers le livre la décrivant,

Tous les ergothérapeutes qui se sont rendus disponibles pour participer aux entretiens et étoffer ce travail grâce à leurs réponses sincères, pertinentes et enrichissantes,

Ma famille et mes amis pour leur soutien indéfectible au cours de ses trois années, pour leur patience et leurs encouragements durant les moments de doutes,

Mes amies de promotion, pour l'entraide et le soutien nous ayant permis réciproquement de maintenir le rythme et de mener ce travail à terme, et sans qui cette aventure aurait été différente.

*« Je ne suis pas incapable, je suis capable autrement »*  
Philippe Croizon (Dakar, 2017)

## Table des matières

<b>Glossaire</b>	3
<b>Introduction</b>	4
<b>1. Le cadre théorique</b>	5
<b>1.1 L'Accident Vasculaire Cérébral</b>	5
1.1.1 Définition et étiologie	5
1.1.2 Epidémiologie	6
1.1.3 Les symptômes	6
1.1.4 Diagnostic	6
1.1.5 Conséquences	7
1.1.6 La prise en soin	8
1.1.7 Pronostic	8
1.1.8 Professionnels impliqués dans la rééducation	9
<b>1.2 L'approche NER 21</b>	10
1.2.1 Définition	10
1.2.2 Indications et objectifs	11
1.2.3 Philosophie du concept NER 21	12
1.2.4 Approche écosystémique du concept « NER 21 »	13
1.2.5 Principes de base	14
1.2.6 Les échelles NER 21-GIJ	14
1.2.7 NER 21 et ergothérapie	15
<b>1.3 L'ergothérapie</b>	16
1.3.1 Définition et rôle	16
1.3.2 Ergothérapie et AVC	17
1.3.3 Ergothérapie et modèles conceptuels	18
<b>1.4 La qualité de vie</b>	18
1.4.1 Définition de la qualité de vie	18
1.4.2 Qualité de vie et AVC	19
1.4.3 Qualité de vie et ergothérapie	21
<b>2. Du cadre théorique à la question de recherche</b>	21
2.1 La question de recherche	21
2.2 Les hypothèses formulées	22
<b>3. Méthodologie</b>	22
3.1 Objectifs de la recherche	22

<b>3.2 Type de recherche</b>	22
<b>3.3 Méthode</b>	22
3.3.1 Recueil de données	22
3.3.2 Sélection des participants	23
3.3.3 L'entretien semi-directif	25
3.3.4 Le déroulement de l'entretien	26
3.3.5 Méthode d'analyse des données	27
<b>4. Analyse des résultats</b>	27
4.1 Présentation des intervenants	27
4.2 Analyse longitudinale	28
4.2.1 Entretien E1	28
4.2.2 Entretien E2	30
4.2.3 Entretien E3	31
4.2.4 Entretien E4	33
4.2.5 Entretien E5	34
4.2.6 Entretien E6	36
4.3 L'analyse transversale	38
4.3.1 Les conséquences de l'AVC	38
4.3.2 Axes de la PES selon les conséquences de l'AVC	39
4.3.3 Intégration de la personne dans le processus d'élaboration de la PES	40
4.3.4 Les activités de rééducation	41
4.3.5 Le positionnement dans la PES	42
4.3.6 Evaluation de la qualité de vie	43
4.3.7 Remarques ajoutées par les ergothérapeutes	43
<b>5. Discussion</b>	44
5.1 La méthode : les limites et les facilitateurs	44
5.2 Le contenu de recherche	44
5.3 Validation des hypothèses et réponse à la question de recherche	51
5.4 L'activité physique : vers de nouvelles perspectives de recherche	52
<b>6. Perspective pour la pratique</b>	53
6.1 Apports personnels	53
6.2 Apports pour la profession	54
<b>Conclusion</b>	54
<b>Bibliographie</b>	55

## Glossaire

**AIT** : Accident Ischémique Transitoire

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**AVQ** : Activités de Vie Quotidienne

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

**EAPA** : Enseignant en Activité Physique Adaptée

**EBP** : Evidence-Based Practice

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**MCRO** : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

**Médecin MPR**: médecin spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation

**MES** : Mise En Situation

**MK** : masseur-kinésithérapeute

**NER 21** : approche Neuro-Environnementale / concept NER 21

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PES** : Prise En Soins

**SF-36** : 36 items Short-Form Health Survey

**SMAF** : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

**SMART** : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**Syndrome BPS-D** : syndrome de déconditionnement physique et biopsychosocial

## Introduction

Lors de mon stage en service de rééducation, j'ai pu remarquer que les ergothérapeutes axaient leur prise en soins (PES) sur des exercices de rééducation analytique. Cela m'a questionné sur les liens qui pouvaient être effectués avec les activités de vie quotidienne des patients. C'est pourquoi j'ai réalisé des recherches sur les différentes méthodes et principes de rééducation existants.

C'est au cours de ces recherches que j'ai découvert un article sur l'approche thérapeutique neuro-environnementale ou Concept NER 21 (1) qui m'a beaucoup intéressée. En effet, il était relaté l'utilisation de cette méthode dans la cadre de la PES d'une jeune femme ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique suite à une éclampsie dans les jours suivant l'accouchement. « Cet article illustre sa rééducation à deux moments spécifiques : 2 mois et 6 mois post-AVC. » (1).

Cette approche neuro-environnementale et biopsychosociale de rééducation est utilisée pour des personnes ayant une atteinte du système nerveux central. Elle tient compte de façon prioritaire des facteurs contextuels personnels et environnementaux, mais aussi de la participation active de la personne traitée. Celle-ci est stimulée par le choix d'activité et d'environnement se rapprochant le plus possible de ceux du patient. Enfin, la participation active de la personne concernée et de son entourage sont sollicitées pour les décisions concernant les objectifs de la rééducation-réadaptation. Son objectif principal est l'amélioration de l'indépendance fonctionnelle ainsi que de la qualité de vie des personnes atteintes dans leur intégrité physique (1,2). Cela m'a incité à me renseigner davantage sur cette approche ainsi que sur ses bienfaits potentiels concernant la rééducation des patients post-AVC.

L'AVC est une des causes principales de handicap physique grave chez les adultes dans le monde (3). « Un an après l'apparition du premier AVC, l'indépendance physique et les occupations sont les domaines de situations de handicap les plus touchés. » (4). Les déficiences peuvent aussi toucher les sphères cognitives et psychologiques et induisent des situations de handicap invisibles, (5) comme par exemple la dépression post-AVC qui semble avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patients (6,7).

L'ergothérapie est une profession de rééducation qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif est de favoriser l'autonomie et l'indépendance optimale de la personne et ainsi améliorer sa qualité de vie (8). Cette



profession est en évolution constante et doit s'adapter au progrès des soins de santé tout en intégrant des principes fondés sur des preuves (3). L'approche NER 21 s'inscrit pleinement dans une équipe pluridisciplinaire. Elle est à destination des professionnels intervenant dans la rééducation neurologique et à destination de patients post-AVC. Elle a pour but principal d'améliorer l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie des personnes atteintes dans leur intégrité physique (2). L'approche NER 21 semble donc pertinente pour une utilisation ergothérapique.

La qualité de vie est une notion subjective, propre à chaque individu. Quand une pathologie survient, la qualité de vie liée à la santé est altérée. Dans le cas des AVC, l'altération de la qualité de vie est fréquente, notamment dans le cas d'anxiété, dépression et situations de handicap physique (6,7).

Ces recherches m'ont amenée à me poser une question de départ : **quel est l'intérêt de l'approche NER 21 dans la rééducation post-AVC ?**

Dans un premier temps, je présenterai mon cadre théorique dans lequel je développe les notions d'AVC, de l'approche NER 21, de l'ergothérapie et enfin de la qualité de vie. Dans un second temps, j'exposerai ma question de recherche et les hypothèses formulées pour répondre à la question. Enfin, dans un troisième temps, je définirai la méthodologie de recherche choisie ainsi que les outils de recueil de données.

## 1. Le cadre théorique

### 1.1 L'Accident Vasculaire Cérébral

#### 1.1.1 Définition et étiologie

L'AVC résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau. Cela induit un déficit en apport en oxygène et en nutriments ce qui endommage les tissus cérébraux (9). Le terme AVC regroupe les ischémies cérébrales artérielles dans 80-85% des cas environ. Elles sont transitoires : accidents ischémiques transitoires (AIT) ou constituées : infarctus cérébraux. Les AVC ischémiques sont principalement le résultat d'artériopathies. Les hémorragies cérébrales représentent 15-20% des cas. Les thromboses veineuses cérébrales sont rares (10,11).

Des facteurs de risque ont été identifiés. Certains sont non modifiables comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique ou encore la génétique. Tandis que d'autres sont modifiables comme l'hypertension artérielle, le diabète type 2, les facteurs cardiaques,

le tabac, l'hyperlipidémie, la consommation d'alcool ou de drogues, l'obésité ou la sédentarité (10).

### 1.1.2 Épidémiologie

La prévalence de l'AVC est de 1.6% en France. L'âge moyen de survenue d'un AVC est de 73 ans mais 25% ont moins de 65 ans. L'AVC affecterait 3.2% des personnes de plus de 50 ans et plus d'une personne sur dix de plus de 85 ans (12).

L'incidence est de 130 000 cas dont 25 000 de plus de 65 ans et de plus de 110 000 hospitalisations par AVC par an en France. Moins de 1% des AVC concernent les personnes de moins de 18 ans (5,12).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2016, l'AVC représentait la deuxième cause de décès dans le monde. En France, c'est la troisième cause de mortalité chez l'homme, la première cause chez la femme ce qui représente environ 40 000 morts. 28% décèdent dans le mois suivant l'AVC, et parmi les survivants, 40 à 50% seront décédés à 5 ans (12).

L'AVC est la première cause de handicap acquis non traumatique en France avec environ 30 000 patients qui conservent des séquelles lourdes (13). 75% des survivants présentent une situation de handicap physique, les atteintes cognitives sont estimées à 30-50% (5,14).

### 1.1.3 Les symptômes

L'AVC est défini comme un déficit neurologique focal soudain, dont les symptômes durent plus de 24 heures (ou entraînant la mort avant 24 heures) (10).

Le symptôme le plus courant de l'AVC est une faiblesse subite ou une perte de la sensibilité de la face ou d'un membre, la plupart du temps d'un seul côté du corps. Les autres symptômes sont la confusion mentale, des troubles du langage, une diminution de la vision unilatérale ou double, la difficulté à marcher, des vertiges, la perte de l'équilibre ou de la coordination, des céphalées sévères inhabituelles, l'évanouissement ou l'inconscience (9).

### 1.1.4 Diagnostic

Le diagnostic est réalisé devant un tableau de déficit neurologique focal d'apparition brutale. Il est confirmé par l'imagerie cérébrale qui permet la distinction entre AIT, infarctus cérébral et hémorragie cérébrale. L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est l'examen de référence (11).

### 1.1.5 Conséquences

La nature et la gravité des déficiences neurologiques sont variables et les conséquences dépendent de la zone du cerveau touchée ainsi que de la gravité de l'atteinte (9). L'AVC est une des causes principales de handicap physique grave chez les adultes dans le monde (3). Les principales déficiences concernent une perte de puissance musculaire, de la proprioception et de la sensibilité, de mobilité, de l'équilibre et du fonctionnement des membres supérieurs, du langage, de la perception visuo-spatiale ou encore des déficits cognitifs (3,15). Tout cela induit des conséquences dans la réalisation des activités de vie quotidiennes (AVQ) quelle que soit l'importance des déficiences (3).

Le syndrome de déconditionnement physique et biopsychosocial (syndrome BPS-D) post-AVC correspond à une diminution de la condition physique entraînant des conséquences sur la personne. Les symptômes primaires ou déficiences sous-jacentes comprennent une altération du contrôle postural, des informations sensori-motrices, de la coordination. Les symptômes secondaires ou influençant la qualité de vie consistent en la faiblesse musculaire, la fatigue et la récupération tardive. Enfin, les symptômes tertiaires ou influençant l'indépendance fonctionnelle comportent un déficit d'endurance cardio-vasculaire, respiratoire et musculaire (2,16). Cela peut entraîner la mise en place d'un cercle vicieux car tous ces symptômes sont interdépendants (2,17). Il semblerait que débiter une rééducation de façon précoce améliorerait la qualité de vie post-AVC (18). L'entraînement aérobie peut jouer un rôle important dans l'amélioration de la condition cardiovasculaire en permettant de casser le cercle vicieux (17).

Environ un tiers des patients post-AVC souffrent de dépression, d'anxiété ou d'apathie qui sont les séquelles neuropsychiatriques les plus courantes de l'AVC. Actuellement, ces déficiences sont sous-diagnostiquées et donc sous-traitées alors qu'elles entraînent une limitation importante dans les activités de vie quotidienne, une récupération plus lente, une diminution de la qualité de vie et un risque de mortalité plus élevé comparé aux patients post-AVC ne présentant pas de dépression (19,20). Il semblerait qu'un diagnostic précoce et un traitement adapté améliore la récupération des patients à long terme (2,20). De plus, le traitement de la dépression permet de favoriser les mécanismes de neuroplasticité (2).

### 1.1.6 La prise en soin

On distingue habituellement trois phases d'évolution post-AVC : la phase aiguë avant le 14e jour, la phase subaiguë entre le 14e jour et 6 mois et la phase chronique après 6 mois (21).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) élabore des recommandations de bonnes pratiques selon les données scientifiques du moment. Elles permettent d'aider les praticiens comme les patients à trouver les méthodes thérapeutiques appropriées selon des circonstances cliniques données. Concernant la rééducation des fonctions motrices post-AVC, l'HAS a recensé dix-huit méthodes différentes de rééducation dispensées par des équipes pluridisciplinaires (21). La plupart des méthodes de rééducation s'appuient sur des concepts neurodéveloppementaux, de neurofacilitation proprioceptive, d'intégration sensitive, d'apprentissage et réapprentissage moteur, de la dimension cognitive du mouvement ou de la contrainte induite... D'autres méthodes utilisent des technologies spécifiques, informatiques ou électromécaniques, telles par exemple la réalité virtuelle. Il est préconisé aux rééducateurs d'utiliser les différentes méthodes thérapeutiques en les combinant, cela en fonction de l'expérience du thérapeute et des moyens disponibles (21).

La rééducation est à débiter le plus précocement possible afin de favoriser la neuroplasticité dans le but de maintenir ou restaurer les fonctions altérées. Elle sert aussi à prévenir des complications secondaires et rendre la meilleure autonomie possible au patient (2,22). Les soins pluridisciplinaires doivent prendre en compte toutes les conséquences pour le patient post-AVC : physiques, psychologiques, cognitives et sociales (23).

La rééducation est donc une composante essentielle dans le traitement post-AVC en stimulant la neuroplasticité pour maintenir ou restaurer les fonctions altérées sans recourir à des moyens palliatifs de compensation, pour prévenir la survenue de complications qui aggraveraient l'état du patient et pourraient avoir des conséquences sur le pronostic fonctionnel et parfois vital du patient (22).

### 1.1.7 Pronostic

Le pronostic d'un AVC est toujours difficile à établir à la phase aiguë et doit amener le praticien à rester prudent dans les informations délivrées à l'entourage. L'essentiel de la récupération se fait dans les 3 premiers mois, mais elle se poursuit jusqu'à 6 mois. Au-delà, l'amélioration fonctionnelle est possible et tient à une meilleure adaptation au handicap résiduel (11).

Le pronostic immédiat (vital) et ultérieur (fonctionnel) dépend de la rapidité et de la qualité de la PES (11). Mais des facteurs prédictifs de dépendance sont souvent retrouvés :

- L'âge avancé ;
- Un déficit moteur du membre supérieur ;
- L'absence de possibilité de marche sans aide ;
- La gravité neurologique initiale de l'AVC ;
- Le degré d'autonomie avant l'AVC.

Le pronostic est aussi modifié selon l'étiologie de l'AVC, l'anatomie des lésions, le nombre et l'étendue des lésions. La présence de dépression, de troubles cognitifs, de troubles de la déglutition, de troubles vésico-sphinctériens, d'héminégligence, de comorbidités complique la rééducation et est associée à un potentiel de récupération limité, à des durées d'hospitalisation, de rééducation/réadaptation plus longues en particulier chez les personnes âgées. Le soutien de l'entourage influence aussi la récupération (12).

#### 1.1.8 Professionnels impliqués dans la rééducation

La PES des patients s'effectue de manière pluridisciplinaire. La plupart des recommandations préconisent d'organiser les équipes multidisciplinaires des services de rééducation/réadaptation avec :

- Des médecins spécialisés en neurologie vasculaire, des médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation (MPR),
- Des médecins spécialisés en gériatrie et des médecins spécialisés en médecine générale. Ils sont garant de l'évaluation initiale et du suivi du patient.

Les différentes professions paramédicales sont elles aussi nécessaires dans la PES des patients post-AVC :

- Les infirmiers et les aides-soignants pour la prévention et le traitement des complications,
- Les masseur-kinésithérapeutes (MK) pour l'évaluation et la rééducation motrice,
- Les orthophonistes pour l'évaluation, la rééducation des fonctions cognitives, de la communication et du langage oral et écrit ainsi que des troubles de la déglutition,

- Les ergothérapeutes pour l'évaluation, la rééducation sensori-motrice et cognitive dans un but d'optimisation des activités de la vie quotidienne, de loisirs, de travail, de conduite automobile,
- Les psychologues et neuropsychologues pour l'évaluation, la rééducation cognitive et le soutien psychologique,
- Les psychomotriciens,
- Les assistants de service social.

L'offre de soins doit aussi prévoir la possibilité de recours aux compétences des diététiciens pour une prise en soin nutritionnelle afin de contrer les conséquences de la dénutrition et d'améliorer les capacités fonctionnelles (24), des orthoptistes pour la rééducation des troubles visuels, des orthésistes pour la prévention et le traitement des complications orthopédiques et des enseignants en activité physique adaptée pour le renforcement musculaire et le reconditionnement à l'effort (12).

## 1.2 L'approche NER 21

### 1.2.1 Définition

L'approche thérapeutique neuro-environnementale ou concept NER 21 (NER 21) est une approche environnementale et biopsychosociale de réhabilitation pour les personnes ayant une atteinte du système nerveux central (2). Elle est décrite par son auteure Michèle H. Gerber en 2014 dans son livre « Approche thérapeutique neuro-environnementale après une lésion cérébrale – Concept NER 21 ». Elle a bénéficié de la collaboration de onze contributeurs venant de diverses professions et de différents pays (physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, infirmière, et médecins mais aussi d'aidants naturels et personnes en situation de handicap) (1).

Les concepts du 20e siècle de réhabilitation neurologique (tel que Bobath), mettaient déjà l'accent sur l'importance des objectifs fonctionnels et focalisaient leur traitement sur la diminution des déficiences ce qui correspond à une approche « Bottom-up ». Par contre, ceux du 21e siècle privilégient une approche « Top-Down » (25).

« L'approche NER 21 s'inspire de l'approche Bobath actuelle, « Bobath-based Rehabilitation/BBR », mais privilégie tout spécialement la participation active de la personne concernée et de son entourage aux décisions concernant les objectifs de la rééducation-réadaptation. [...] NER 21 utilise l'approche « top-down » (Annexe I) consistant d'abord à déterminer le projet de vie réaliste de la personne en évaluant ce qu'elle est capable de faire à ce moment-là, ce qu'elle peut faire avec difficulté et à analyser les déficiences sous-jacentes ne permettant pas encore totalement la

réalisation des activités à privilégier. » (1). NER 21 intègre de façon plus transversale diverses techniques (thérapie manuelle, mobilisation des structures neuro-méningées et « myofacial release », entraînement d'endurance avec machines et sports adaptés, orthèses de réalignements) et approches thérapeutiques orthophoniques ou autres (25). C'est donc une approche patient-centrée, tenant compte de la personne de façon holistique dans laquelle le projet de vie réaliste du patient est élaboré en partenariat entre celui-ci et les thérapeutes mais aussi en incluant l'entourage (1).

Dans le livre « Approche thérapeutique neuro-environnementale après une lésion cérébrale » il est expliqué que le concept NER 21 utilise comme cadres de référence :

- La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) décrite par l'OMS en 2001. Les facteurs contextuels de la CIF (facteurs personnels et environnementaux) constituent la base du raisonnement clinique de NER 21 (1).
- L'approche systémique et communautaire ou CBR. Elle vise à garantir aux personnes en situation de handicap les mêmes droits et opportunités que toute autre personne. Comme par exemple l'égalité d'accès aux soins de santé, à l'éducation, à la formation professionnelle, à l'emploi, à la vie familiale, à la mobilité sociale et à l'autonomie politique (26).
- La classification basée sur les résultats probants. NER 21 repose sur une pratique basée sur les preuves ou evidence-based practice (EBP). Cela permet l'intégration des données probantes issues de la recherche scientifique actuelle, la reconnaissance et valorisation de l'expertise des cliniciens tout en respectant les choix du patient (2,25).

Le concept NER 21 s'inspire des approches Bobath et Bobath-Based Rehabilitation tout en incluant aussi les connaissances de la science du mouvement et de la neuroplasticité (2).

Cela accentue le fait de travailler en multidisciplinarité mais aussi en inter voire même en transdisciplinarité tout en intégrant le patient et son entourage dans la démarche qui le concerne (2).

### 1.2.2 Indications et objectifs

NER 21 est indiquée pour toute personne atteinte du système nerveux central, qu'elle soit acquise ou congénitale.

L'objectif principal est d'améliorer l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie des personnes atteintes dans leur intégrité physique. Les atteintes congénitales avec composantes spastiques, ataxiques, athétosiques ou choréiques peuvent être considérées sous l'angle de NER 21.

Concernant les ataxies et atteintes parkinsoniennes, l'approche NER 21 recherche un meilleur contrôle postural, une amélioration de la réalisation et de la précision des mouvements tout comme l'optimisation de l'indépendance fonctionnelle.

Quant aux hémiparésies et hémiplégies, NER 21 stimule au maximum le potentiel du côté atteint en se basant sur des stratégies issues des recherches sur la neuroplasticité et la science du mouvement (2).

C'est une méthode qui s'adresse à tous les professionnels intervenant dans la rééducation / réadaptation neurologique. Le concept NER 21 favorise l'intertransdisciplinarité (2,25).

### 1.2.3 Philosophie du concept NER 21

Comme nous l'avons vu précédemment, NER 21 s'appuie sur l'EBP. Cela consiste en un raisonnement clinique et une expérience clinique qui sont reliés aux données probantes suite à la réflexion des thérapeutes (2).

NER 21 est une approche patient-centré. L'approche patient-centré est un concept qui apparait avec Carl Rogers en 1951. C'est une approche non directive qui nécessite que le patient et le thérapeute dirigent conjointement la thérapie (27).

NER 21 s'appuie sur la neuroplasticité ou plasticité cérébrale qui correspond à la capacité du système nerveux central à se réorganiser (2). En effet, l'amélioration spontanée des déficits moteurs et cognitifs qui advient dans les semaines suivant l'AVC suggère qu'il se met en place une réorganisation des réseaux neuronaux post-lésionnels. Le terme plasticité désigne l'ensemble des modifications de l'organisation cérébrale suite à un stimulus répété. Quand cela survient après une lésion, il s'agit de plasticité cérébrale post-lésionnelle (28). Dès les premières heures post-AVC, il semble que la réorganisation neuronale débute. C'est pourquoi il est important de débiter la PES le plus précocement possible afin de ne pas favoriser de mauvais positionnements pouvant, à cause de stimuli erronés, induire des difficultés de récupération fonctionnelle. Les compensations mises en place en phase précoce semblent donc avoir un effet délétère sur le potentiel de récupération. (Annexe II) (2).

Pour favoriser la neuroplasticité, il semble nécessaire de solliciter la participation active du patient. De plus, l'environnement proche de la réalité et diversifié s'avère lui-



aussi nécessaire. L'approche NER 21 peut donc être appliquée dans n'importe quel lieu de réhabilitation car elle ne nécessite aucun matériel spécifique. L'environnement et le matériel à disposition sont utilisés, quel que soit le lieu de vie : privé, professionnel, hospitalier, loisirs... (2).

L'amélioration du contrôle postural permet, à travers des retours sensori-moteurs, de favoriser la neuroplasticité. Cela résulte d'un réalignement postural le plus physiologique possible. En effet, l'alignement postural permet la réalisation d'activités avec un minimum d'énergie pour une efficacité optimale (2).

#### 1.2.4 Approche écosystémique du concept « NER 21 »

L'approche éco-systémique repose sur sept systèmes (Annexe III) (2).

Le système neuro-musculo-squelettique et sensori-moteur correspond à « l'ensemble des articulations, fibres musculaires, structures neuro-méningées, nerfs et récepteurs de la sensibilité superficielle et vibratoire. »

Le système des mouvements physiologiques représente « l'analyse des composantes physiologiques du mouvement. »

Le système des mouvements compensatoires fait référence à « l'analyse des mouvements compensatoires positifs et négatifs. Une compensation négative est dommageable à court, moyen et long terme. Une canne tripode peut sembler une compensation positive à court terme mais s'avère négative à moyen et long terme car elle diminue la mise en charge du côté hémiparétique et donc empêche la récupération fonctionnelle optimale. »

Le répertoire sensori-moteur ou « central set » ou répertoire prédictif correspond à « l'état de prédisposition à réagir dans une situation connue. C'est la synthèse des automatismes que la personne a accumulés durant sa vie : habitudes de vie, activités professionnelles, loisirs... Ce système n'est utilisable en réhabilitation que si la maturation du système nerveux central s'est déroulée de façon physiologique. Les mouvements tels que serrer la main, prendre un verre dans une armoire, enlever une veste ou mettre une chaussure varient d'une personne à l'autre et pourtant sont reconnaissables chez tous les êtres humains. »

Le système neuropsychologique comprend la perception et la cognition. « La perception est la capacité à sentir son corps par rapport à son corps (haut-bas, devant-derrrière, droite-gauche) et son corps par rapport à l'espace proche et lointain. La cognition est la capacité de mémoire, d'organisation et de planification, d'action et du langage. »

Les facteurs personnels regroupent les caractéristiques de la personne : son âge, son origine, son sexe, sa culture, ses croyances, sa situation sociale, son expérience de vie...

Les facteurs environnementaux comprennent « l'environnement physique, social, lié aux attitudes, dans lequel les personnes mènent leur vie : produits, technologies, environnement naturel, modification de l'environnement par l'homme, aides et relations, attitudes. » (2).

#### 1.2.5 Principes de base

L'approche NER 21 tient compte du syndrome BPS-D qui peut se développer après un AVC (2). Il correspond à l'ensemble des symptômes résultants de la diminution de la condition physique générale et aux conséquences biopsychosociales sur l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie. Les répercussions concernent les aspects du travail, des loisirs, familiaux, de la vie sociale et sexuelle. En effet, les troubles neuromusculaires, la dépression, la douleur et la fatigue entraînent une diminution de l'indépendance fonctionnelle, de la qualité de vie et de l'estime de soi (16).

La dépression est aussi à considérer. Elle touche environ 33% des personnes ayant eu un AVC et a pour conséquence un impact négatif sur la rééducation et la récupération des déficits moteurs. De plus, elle augmente considérablement les risques de rechute neurovasculaire (29). C'est pourquoi il est important de la diagnostiquer le plus précocement possible afin de la traiter. Elle peut être potentiellement une étape du deuil fonctionnel (étape 4 des 5 étapes du deuil : déni, colère, marchandage, dépression et acceptation selon Kübler-Ross). Celui-ci est nécessaire au processus d'acceptation d'une nouvelle situation fonctionnelle (2).

L'activité physique est préconisée dans le plan de traitement de la PES de patients post-AVC. Cela semble particulièrement indiqué dans le cadre du Syndrome BPS-D mais aussi contre la dépression. Cela semble aussi favoriser la neuroplasticité (2). Le réentraînement à l'effort après un AVC nécessite une progression constante et surtout une hygiène de vie future permettant de conserver les acquis durant la rééducation encadrée par les professionnels de la santé (25).

#### 1.2.6 Les échelles NER 21-GIJ

Dans le cadre de l'approche NER 21, des échelles d'évaluation de bien-être, d'effort, de capacité, de douleur et de oui /non ont été créées. Elles constituent les

échelles NER 21-GIJ (Annexe IV). Elles sont adaptées aux personnes ayant des troubles du langage ou encore une hémiparésie.

L'échelle NER 21 de bien-être/fierté permet à tout thérapeute de voir avec le patient quelle est l'évolution de son état de bien-être ou de satisfaction ressentie.

L'échelle NER 21 d'effort permet à la personne de quantifier la quantité d'effort qu'elle éprouve lors de la réalisation d'une tâche définie. Cela donne une indication sur l'évolution de l'indépendance fonctionnelle.

L'échelle NER 21 de capacité /performance tient compte de la tâche et de l'environnement pour être en accord avec la CIF. Il doit donc être précisé s'il s'agit de l'évaluation de l'activité ou de l'environnement.

L'échelle NER 21 de douleur est utilisée pour quantifier la douleur ressentie par la personne que ce soit globalement, localisée ou lors de la réalisation d'une activité.

L'échelle NER 21 de oui /non est employée en posant une question fermée à la personne et lui permet de répondre tout en nuancant entre le oui et le non (2).

#### 1.2.7 NER 21 et ergothérapie

Dans l'approche NER 21, à travers l'approche patient-centrée, la prise en considération de la personne de manière holistique semble complètement adaptée à la pratique ergothérapique. Cette approche se base sur des valeurs comme le respect de la personne, le partenariat thérapeutique, la responsabilité décisionnelle, l'habilitation et la congruence contextuelle entre les activités et l'environnement, milieux de vie indissociables de la personne. Cela implique le respect de la personne en tant qu'individu tout en tenant compte de sa singularité (elle vit ses propres expériences de vie et est experte en ce qui la concerne). Les ergothérapeutes encouragent le patient à faire des choix et l'accompagnent dans l'identification de ses difficultés occupationnelles et des objectifs de sa thérapie. Ils agissent en partenariat avec le patient tout en tenant compte de son contexte de vie et de ses contraintes environnementales. Les ergothérapeutes se différencient des autres thérapeutes car dans la mise en pratique de l'approche patient-centré, ils mettent en avant les perspectives bio-psycho-sociales de l'individu en tant qu'être occupationnel et non ses déficiences physiques et limitations. Il semblerait que cela permette au patient d'améliorer son fonctionnement dans la vie quotidienne, de favoriser sa participation et d'avoir une perception positive de sa qualité de vie (27).

## 1.3 L'ergothérapie

### 1.3.1 Définition et rôle

L'ergothérapie vient du grec ancien : « ergon » = travail et « therapia » = soins. Le principe fondateur du métier remonte à l'Antiquité mais c'est au début du XXème siècle qu'il se développe en investissant la santé mentale dans un premier temps. Puis elle s'étend progressivement à la santé physique et ne cesse d'évoluer.

Au cours du XXème siècle, les paradigmes de l'ergothérapie ont évolués. Le premier paradigme du début du siècle dernier est fondé sur « l'importance de l'activité pour l'être humain et l'amélioration du fonctionnement de la personne par la mise en activité ». Le second paradigme, au milieu du XXème siècle, « se centre sur l'importance du fonctionnement des systèmes internes et l'amélioration de ces systèmes pour permettre l'activité grâce à une analyse de l'activité orientée vers la réduction des déficits de la rééducation. » Enfin, à la fin du XXème siècle, le troisième paradigme « se centre sur l'interaction personne-activité-environnement dans une perspective systémique ». Ces trois paradigmes se complètent et montrent l'évolution de pensée et de pratique de l'ergothérapie (30).

En parallèle, la législation concernant l'ergothérapie a évolué elle aussi. Il est maintenant nécessaire d'obtenir un diplôme d'Etat pour exercer. Le métier d'ergothérapeute est régi par l'article L.4331-1 et R.4331-1 du Code de la Santé Publique et les référentiels d'activités et de compétences professionnelles définis aux annexes I et II (31). Il est précisé dans le Référentiel d'activité annexe I que « L'ergothérapie [...] se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. [...] L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. L'ergothérapeute [...] collabore avec la personne et son entourage, l'équipe médicale et paramédicale, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif afin d'établir des projets d'intervention pertinents. L'ergothérapeute agit sur prescription médicale lorsque la nature des activités qu'il conduit l'exige. L'ergothérapeute accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie en proposant un cadre d'intervention repéré dans le temps et dans l'espace. Il s'attache à recevoir le consentement éclairé du bénéficiaire de son intervention. L'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les

limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapeutique. L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie. [...] L'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence. » (32).

Certaines valeurs sont associées au métier d'ergothérapeute, liées au fondement de la profession. Ces valeurs de nature altruiste, humaniste, holiste et écologique reflètent la valorisation par les ergothérapeutes de l'autonomie, la dignité humaine, la participation occupationnelle, la justice sociale, l'équité, le professionnalisme, l'holisme, la collaboration, l'approche centrée sur le patient, l'empathie, la sollicitude et l'adaptation pour les plus prégnants (33).

### 1.3.2 Ergothérapie et AVC

L'ergothérapeute est un rééducateur dont la profession est centrée sur le patient. Il a pour objectif de réduire les limitations physiques, cognitives et psychiques après un AVC à travers des activités signifiantes (3). « Il a pour objectif de faciliter l'indépendance fonctionnelle par des exercices de rééducation et la mise en place de stratégies compensatoires. Les ergothérapeutes privilégient trois types d'interventions dans la PES des patients victimes d'un AVC : l'entraînement aux activités d'auto-soins, l'entraînement aux activités de loisirs et les conseils et indications concernant les appareils d'assistances. Mais l'ergothérapeute prend aussi en compte l'information et l'éducation de la famille et/ou de l'aidant principal. L'ergothérapie semble avoir des effets positifs significatifs dans la rééducation concernant les activités de vie quotidiennes, les activités instrumentales de vie quotidienne mais aussi sur la participation sociale des patients. » (4).

De nouvelles approches prometteuses s'appuyant sur la plasticité cérébrale ont été développées telles que l'imagerie mentale, la thérapie miroir, la formation robotique interactive et la réalité virtuelle. L'ergothérapeute a un rôle clé dans la rééducation des patients post-AVC mais s'inscrit dans une équipe pluridisciplinaire. En effet, aucune profession de rééducation ne possède les connaissances et compétences pour traiter

tous les aspects du fonctionnement et des performances humaines. C'est pourquoi il est indispensable de croiser les regards des différentes professions du soin et de la rééducation pour favoriser une récupération optimum des performances et du rendement occupationnel de la personne (3).

### 1.3.3 Ergothérapie et modèles conceptuels

« Un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. »(30). Il est élaboré à partir d'hypothèses et selon des valeurs fondamentales. Les hypothèses amèneront à des résultats suite à une confrontation à la réalité. Cela constitue le « cadre de référence » du modèle. Le terme « approche » est aussi utilisé. Il correspond plus à une approche théorique pour une application pratique directe. Différentes sortes de modèles conceptuels existent et il est possible d'en utiliser de façon concomitante. L'utilisation d'un modèle permet d'observer une situation à travers un angle de vue particulier. Les modèles réductionnistes mettent le focus sur une partie précise alors que les modèles holistiques ouvrent le champ d'observation en tenant compte de la globalité de la personne, de l'environnement... L'utilisation d'un modèle conceptuel permet de procurer aux ergothérapeutes « un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité » (30).

D'après ce que nous venons de voir, l'approche NER 21 correspond donc à un modèle conceptuel, d'autant plus dans une application ergothérapique, de par sa vision holistique de la personne et visant une amélioration de la qualité de vie du patient.

## 1.4 La qualité de vie

### 1.4.1 Définition de la qualité de vie

L'OMS définit la santé en 1948 comme un « état de complet bien-être physique, mental et social. »

L'expression " qualité de vie " est apparue pour la première fois en 1920, mais ce n'est que dans les années 1960 qu'elle a été portée à la connaissance du public en Amérique du Nord (34). Le concept de qualité de vie a émergé dans les années 1970 comme un critère important de l'évaluation en santé en prenant en compte le point de vue du patient (35). L'OMS définit en 1993 la qualité de vie « comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et

ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (35). La perception de la qualité de vie peut être influencée par les valeurs, les attentes et les croyances culturelles (18). La qualité de vie intègre différents concepts qui reposent sur des notions souvent étudiées de manière indépendante notamment celles relatives au bonheur, au bien-être subjectif et matériel ou encore au degré de satisfaction de vie (36).

La spécificité de la qualité de vie liée à la santé est précisée par Patrick et Erickson (1993). Ils expliquent que « la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé » (36).

Depuis, la mesure subjective de la qualité de vie liée à la santé (*Health related quality of life*<sup>1</sup> – HRQoL) s'est imposée comme une dimension légitime de l'évaluation du bénéfice des interventions de santé, en complément des mesures cliniques objectives, permettant d'évaluer l'impact d'une pathologie ou d'une intervention de santé du point de vue du patient (35).

Toutefois, il existe différents outils de mesure de la qualité de vie. Le 36 items Short-Form Health Survey (SF-36) est une échelle standardisée de 36 items remplie par le patient. Le Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) permet le dépistage de l'anxiété et de la dépression. L'échelle de Rankin (Rankin handicap scale) permet une évaluation globale du handicap en mesurant de façon fiable les capacités fonctionnelles du malade suite à un AVC. Le World Health Organisation- Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO-DAS II) est un outil d'évaluation des handicaps en 36 points basé sur la Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Il examine les difficultés rencontrées par une personne au cours du mois précédent en raison d'un problème de santé (6).

#### 1.4.2 Qualité de vie et AVC

L'altération de la qualité de vie chez les patients post-AVC est fréquente. L'anxiété, la dépression et l'importance des situations de handicap physique semblent être des facteurs prédictifs (6,7,37). De plus, le risque d'isolement social induit par l'AVC peut lui-aussi entraîner une baisse de la qualité de vie (37). Mais la qualité de vie étant subjective, la corrélation directe avec le handicap fonctionnel n'est pas toujours établie.

Par ailleurs, le soutien social reçu, la résilience concernant le changement de vie ou encore l'environnement semblent avoir un impact conséquent dans la perception du bien-être individuel et de la qualité de vie (2,37). L'importance des variables psychologiques a été confirmée dans certaines études, soulignant le retentissement positif des stratégies d'adaptation actives et orientées vers la tâche, favorisant la qualité de vie (38). Il semblerait que la plus grande partie de la récupération fonctionnelle et de l'amélioration de la qualité de vie s'effectue durant les six premiers mois suivant l'AVC. Au-delà, la qualité de vie resterait constante. Pourtant, il apparaît dans certaines études que les scores de qualité de vie rapportés au moment de la sortie de réadaptation ne sont souvent pas durables (37).

Les outils d'évaluation comme le SF-36 ou le HADS comparés à l'échelle de Rankin permettent de croiser les informations. Il semble que l'AVC induit des « répercussions importantes comme une altération constante de la qualité de vie et la survenue fréquente [...] d'anxiété et de dépression. Certains facteurs d'ordre personnel [...] participent à cette altération. [...] Le degré du handicap physique et la présence d'anxiété et de dépression contribuent aussi à l'altération de la qualité de vie. » (7). Malgré une prévalence élevée, l'anxiété et la dépression semblent sous-diagnostiquées alors même qu'elles ont une influence significative sur la récupération fonctionnelle (7). Les études montrent que plus la situation de handicap est importante, plus la qualité de vie est impactée. Il y aurait aussi un lien entre la reprise du travail et une meilleure qualité de vie ainsi qu'une invalidité moindre (6).

La mise en place d'un programme de mobilisation précoce et actif dans les phases aiguës de l'AVC peut avoir des avantages physiques et psychologiques importants qui pourraient améliorer la qualité de vie à long terme. L'activité physique précoce après un AVC peut améliorer l'indépendance fonctionnelle. En effet, les résultats suggèrent que son utilisation dans les phases aiguës de l'AVC peut avoir une certaine influence sur l'amélioration de la qualité de vie globale à 12 mois, principalement en ce qui concerne l'indépendance fonctionnelle. Or, l'amélioration de l'indépendance fonctionnelle après un AVC est considérée comme un facteur important pour l'amélioration de la qualité de vie à long terme. Une activité fonctionnelle précoce peut aussi contribuer à stimuler la formation de nouvelles voies neuronales, permettant une réorganisation fonctionnelle plus précoce du cerveau. Il a également été démontré que les patients victimes d'un AVC plus sévère perçoivent une qualité de vie plus faible car



ils sont susceptibles de présenter des déficits plus importants, des complications médicales, des limitations d'activité et de participation et un chemin plus long vers la récupération. D'autres facteurs influents tels que le handicap physique et la mauvaise humeur (irritabilité, dépression, anxiété) ont également été pris en compte dans l'étude actuelle. Un soutien social adapté de la famille et de la communauté peut également améliorer la qualité de vie après l'AVC. Commencer un programme de réhabilitation précoce et actif, un programme de réadaptation précoce et actif (axé sur la mobilisation) dans les phases aiguës de l'AVC peut avoir d'importants avantages physiques et psychologiques qui peuvent améliorer la qualité de vie à long terme (18).

#### 1.4.3 Qualité de vie et ergothérapie

L'ergothérapie a pour objectif de favoriser l'indépendance fonctionnelle, la santé et le bien-être de la personne (39). Pour cela, l'ergothérapeute s'appuie sur une triade : personne-environnement-occupation. Il considère la personne comme un individu unique, le prend en compte de façon holistique. L'environnement est considéré au sens large (physique, familial, culturel...). Enfin l'occupation regroupe l'ensemble des tâches et activités quotidiennes (30). Or, les humains ont un besoin inné et la capacité de s'engager dans les occupations. L'occupation influence la santé et le bien-être. Elle organise le temps et structure la vie. Les occupations sont riches et remplies de sens. L'engagement dans une occupation est individuel et contextuel. Enfin, l'occupation a un potentiel thérapeutique (40). Donc si la personne réalise des activités significatives et significatives dans un environnement adapté, alors l'amélioration de la qualité de vie est possible.

## 2. Du cadre théorique à la question de recherche

### 2.1 La question de recherche

Le cheminement de mes recherches m'a permis de remarquer que le fil conducteur reliant les différentes notions du cadre théorique était la qualité de vie. En effet, celle-ci est altérée lors de la survenue d'un AVC. Or, l'ergothérapeute a pleinement un rôle à jouer dans la PES des personnes post-AVC notamment pour favoriser l'amélioration de la qualité de vie. De plus, l'approche NER 21 a elle-aussi pour objectif principal l'optimisation de la qualité de vie.

Cela m'amène à ma question de recherche :

**En quoi l'utilisation de l'approche NER 21 en ergothérapie peut-elle améliorer la qualité de vie des patients post-AVC ?**

## 2.2 Les hypothèses formulées

Pour répondre à la question de recherche, plusieurs hypothèses sont possibles :

- L'ergothérapeute, à travers l'approche NER 21, favorise la participation active du patient en lui proposant des activités signifiantes et significatives dans un environnement le plus écologique possible, ce qui contribue à l'amélioration de sa qualité de vie.
- L'ergothérapeute contribue à l'amélioration de la qualité de vie du patient post-AVC en favorisant son contrôle postural.
- La préconisation d'activités physiques par les ergothérapeutes permet de lutter contre le syndrome BPS-D et donc d'agir sur la qualité de vie du patient.

## 3. Méthodologie

### 3.1 Objectifs de la recherche

L'objectif principal de ce travail de recherche est d'accroître les connaissances concernant la PES des patients post-AVC et l'amélioration de leur qualité de vie. De plus, il s'intéresse à comprendre le retentissement positif de la méthode NER 21 utilisée en ergothérapie lors de la rééducation des patients post-AVC.

### 3.2 Type de recherche

La recherche effectuée durant ce travail est de type qualitatif. Cette démarche s'inscrit dans le paradigme phénoménologique car elle vise la compréhension d'une expérience ou analyse d'une pratique telle qu'elle est vécue ou perçue. Dans ce cas, il s'agit de comprendre comment l'utilisation du concept NER 21 par les ergothérapeutes est adaptée pour favoriser l'amélioration de la qualité de vie des patients post-AVC. L'intérêt de la recherche a donc une fonction descriptive de la pratique.

Ma démarche est de type hypothético-déductif puisque la question de recherche m'a conduite à formuler des hypothèses de réponse. La réalisation d'entretiens et leur analyse va me permettre de confirmer ou d'infirmer les hypothèses. S'il y a confirmation des hypothèses, alors le travail de recherche est terminé. Mais s'il y a infirmation des hypothèses, alors il y aura poursuite de la recherche avec de nouvelles formulations de réponses à la question de recherche.

### 3.3 Méthode

#### 3.3.1 Recueil de données

Deux recueils de données sont possibles lors d'une recherche qualitative : le questionnaire et l'entretien. L'entretien est retenu car il permet de recueillir un

témoignage direct des interviewés sur leur analyse de la pratique ergothérapique et l'utilisation de l'approche NER 21 dans le cadre de la rééducation des patients post-AVC. Ils seront semi-directifs pour guider l'entrevue tout en laissant libre court à des réponses ouvertes et ainsi recueillir potentiellement plus d'informations. Je pourrai effectuer des relances pour entretenir et dynamiser l'échange. Cela permet d'apporter du soutien à l'interviewé et de préciser certaines réponses. Les entretiens, réalisés de manière individuelle, comporteront les mêmes questions afin d'effectuer une analyse comparative des informations recueillies (41,42).

Différents biais sont possibles lors de l'entretien. La subjectivité du chercheur peut être un biais à la recherche. De même, la manière dont sont posées les questions ou l'attitude de l'interviewer peuvent être des biais car ils peuvent influencer la personne interrogée.

Les limites sont inhérentes à la méthodologie. En effet, le faible échantillonnage lié aux entretiens ne permet pas de généraliser les informations obtenues. De plus, les différents lieux d'exercices et expériences des ergothérapeutes interrogés peuvent induire un biais dans l'étude. En effet, les moyens divergent selon les établissements et ont un retentissement sur la pratique ergothérapique. Il est difficile d'évaluer uniquement les répercussions de l'ergothérapeute puisque celui-ci s'inscrit dans une démarche de rééducation pluridisciplinaire. Le fait d'être novice dans la pratique de l'entretien semi-directif peut aussi être une limite de même que le mode de passation de l'entretien. En raison des conditions sanitaires, la visioconférence ou l'entretien téléphonique semblent indiqués mais peuvent freiner la relation. En effet, des coupures peuvent survenir, ce qui peut obliger à répéter ou encore limiter la compréhension entre les deux interlocuteurs.

### 3.3.2 Sélection des participants

Pour recruter les participants aux entretiens, je vais réaliser un pré-questionnaire afin de sélectionner les participants suivant les réponses apportées. Les questions ne nommeront pas l'approche NER 21 afin de ne pas influencer la sélection et de recruter des personnes formées et/ou utilisant la méthode NER 21 et d'autres non. Ce pré-questionnaire permettra de répondre aux hypothèses concernant la population étudiée :

- Hypothèse 1 : les ergothérapeutes sont formés et/ou utilisent l'approche NER 21.
- Hypothèse 2 : les ergothérapeutes ne sont pas formés à l'approche NER 21.

Le pré-questionnaire comprend 7 questions qui permettent de savoir si les ergothérapeutes interrogés répondent ou non aux critères d'inclusion pour les entretiens. Les questions sont fermées pour certaines et ouvertes pour d'autres. La question 5 est multichotomique. Un biais de désirabilité sociale et un biais d'acquiescement peuvent éventuellement survenir dans les réponses apportées. Concernant la question multichotomique, un effet d'ancrage peut survenir mais limité par la question elle-même puisqu'il s'agit de propositions concernant les différents types de rééducation.

Pour les critères d'inclusion au pré-questionnaire, les ergothérapeutes inclus dans les entretiens devront être diplômés d'Etat français et devront tous travailler auprès de personnes ayant eu un AVC.

Concernant les critères de non-inclusion au pré-questionnaire, seront exclus des entretiens toute personne n'ayant pas le diplôme d'Etat d'ergothérapie et toute personne diplômée d'Etat en ergothérapie n'ayant jamais travaillé auprès de personne ayant eu un AVC.

Un pré-test sera réalisé auprès de 4 personnes pour vérifier la clarté des questions, tester l'absence d'ambiguïté et de contre-sens et enfin la qualité univoque des questions. Le pré-test est effectué du 23 au 25 novembre 2021 et montre que la question 5 nécessite une modification. En effet, la réponse « Aucune spécifique ergo » a été donnée à la question « Quelles formations concernant les approches ou méthodes de rééducation avez-vous suivies depuis votre diplôme ? ». Or, la méthode NER 21 n'est pas spécifique aux ergothérapeutes. C'est pourquoi j'ai choisi de transformer cette question ouverte en question multichotomique en proposant différentes méthodes de rééducation pouvant être pratiquées par des ergothérapeutes, dont l'approche NER 21.

La prise de contact concernant le recrutement des ergothérapeutes participant aux entretiens de mon travail d'initiation à la recherche est effectuée via les réseaux sociaux. Le pré-questionnaire Google Forms est diffusé à partir du 27 novembre 2021 jusqu'au 27 décembre 2021 (Annexe V).

Les résultats seront analysés tout d'abord selon un tri à plat des données de la population. Ensuite, une pondération des résultats permettra de répondre aux hypothèses. Pour la suite de la réalisation de mon travail d'initiation à la recherche, cela me permet de contacter les ergothérapeutes afin de les solliciter pour participer aux entretiens.

Face aux non réponses concernant la méthode NER 21, j'ai pris contact avec l'ANFE le 17 décembre 2021 afin d'avoir des contacts avec des ergothérapeutes formés à la méthode NER 21. Mon pré-questionnaire est transmis à Me Gerber, physiothérapeute à l'origine de l'approche NER 21, qui m'a communiqué son adresse mail par ce biais. J'ai pu lui parler en entretien téléphonique le 31 janvier 2022 afin de recueillir des informations sur l'approche NER 21. De plus, elle a transféré mes coordonnées à ses deux assistants de recherche. A ce jour, son assistante française a pris contact avec moi par mail pour des renseignements sur ma recherche.

Il m'a aussi été transmis le contact de deux ergothérapeutes formés NER 21 que j'ai contacté par mail le 6 janvier 2022 pour une prise de contact. Les deux ont acceptés de participer à des entretiens.

Les critères d'inclusion concernent les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire en ligne ou au mail de prise de contact.

Les critères de non-inclusion aux entretiens comprennent toute personne n'ayant pas participé au questionnaire en ligne ou n'ayant pas répondu à ma prise de contact.

La prise de contact est effectuée par mail pour ceux qui auront accepté de le divulguer lors du questionnaire. L'anonymat est garanti tout au long du travail d'initiation à la recherche.

En définitive, j'ai obtenu six réponses au pré-questionnaire parmi lesquelles trois personnes ont accepté de laisser leurs coordonnées. Les trois ergothérapeutes sollicités par mail ont accepté de participer aux entretiens. Mon objectif était de réaliser de 3 à 6 entretiens, nombre suffisant qui me permet d'obtenir assez de données pour aboutir à l'émergence de notions et d'ouvertures sur l'expérience des ergothérapeutes interviewés. Je peux donc réaliser 6 entretiens d'ergothérapeutes que je ne connaissais pas.

La prise de contact débute le 29 décembre 2021 afin de pouvoir débiter les entretiens dès janvier 2022, suivant la disponibilité des personnes.

Les entretiens débutent le 4 janvier 2022 et se terminent le 10 mars 2022.

### 3.3.3 L'entretien semi-directif

Un mail est envoyé aux ergothérapeutes retenus afin de recueillir leur consentement pour la participation à cette étude et pour convenir d'un rendez-vous pour l'entretien. Il comprendra la feuille de recueil du consentement éclairé des personnes concernant l'enregistrement et l'anonymat. L'entretien comprend huit questions.

La première question « Quel est votre parcours professionnel depuis le DE ? » permet à la personne de se présenter et de contextualiser sa pratique.

La question 2 « Pouvez-vous me dire quelles conséquences de l'AVC connaissez-vous ? » et la question 3 « Quelles conséquences de l'AVC vous semblent primordiales lors de la PES des patients post-AVC ? » s'intéresse à l'AVC. La question 2 porte sur les connaissances de la personne sur les conséquences de l'AVC. La question 3 recherche l'expérience de la personne concernant l'axe de la PES qu'elle propose.

La question 4 « Comment est intégrée la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement le concernant ? » porte sur l'approche patient-centré et donc sur la façon dont le patient est associé à la prise de décision le concernant.

La question 5 « Quels types d'activités proposez-vous aux patients post-AVC et dans quelles conditions ? » et la question 6 « Agissez-vous sur le positionnement du patient ? Si oui, à partir de quand dans la PES ? » se rapportent au syndrome BPS-D. La question 7 « Lors de vos PES, évaluez-vous la qualité de vie de la personne ? Si oui, quels bilans/échelles utilisez-vous ? » traite de la qualité de vie.

Enfin la question 8 « Avez-vous des questions ou éléments que vous souhaiteriez ajouter ? » a pour objectif de permettre à l'ergothérapeute d'ajouter des éléments complémentaires.

La durée prévue pour l'entretien est de 20 à 30 minutes afin de ne pas accaparer trop du temps de l'interviewé.

Suite à la réalisation d'un pré-test de l'entretien le 30 décembre 2021, la question 3 est modifiée pour faciliter sa compréhension. A la place de « Quelles conséquences de l'AVC vous semblent primordiales lors de la PES des patients post-AVC ? », elle devient « Quelles sont la/les conséquences qui vous semblent primordiales pour axer votre PES des patients post-AVC? ».

#### 3.3.4 Le déroulement de l'entretien

Les entretiens se déroulent par entretien téléphonique à une date qui convient à l'interviewé.

Un enregistrement de l'entretien est réalisé sur téléphone Redmi Note 10 se verrouillant par code ce qui garantit l'anonymat de la personne.

Un guide d'entretien est réalisé pour définir la procédure (43) (Annexe VI).

### 3.3.5 Méthode d'analyse des données

Dans un premier temps, j'effectue la transcription de chaque entretien dans son intégralité tout en préservant l'anonymat de la personne interrogée.

Puis, je réalise une analyse longitudinale des entretiens. Je commence par un tableau reprenant le corpus. Ensuite, j'effectue un codage afin de faire ressortir les phrases et mots clés. Enfin ceux-ci sont catégorisés selon les liens avec le cadre théorique. Ceci est réalisé pour chaque question posée et chaque entretien (44).

Enfin, l'analyse transversale est pratiquée. Il s'agit de comparer les résultats obtenus lors de l'étude longitudinale (44).

## 4. Analyse des résultats

### 4.1 Présentation des intervenants

Afin de préserver leur anonymat, les ergothérapeutes ayant participé à l'étude sont nommés E1, E2, E3, E4, E5 et E6 en référence à l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens. Ils sont cinq femmes et un homme. La première question de l'entretien me permet de les présenter.

L'ergothérapeute E1 est diplômée en 2021. Elle exerce en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) neurologique à temps plein depuis 3 mois. Le service comprend 20 lits avec une majorité de patients post-AVC et 6 places d'HDJ. L'équipe pluridisciplinaire est composée de deux médecins MPR, un chef de service, trois MK, deux ergothérapeutes, un enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA), une orthophoniste, une diététicienne une demi-journée par semaine, des infirmières et des aides-soignantes. Il n'y a pas de neuropsychologues actuellement.

L'ergothérapeute E2 est diplômée en 2021. Elle a exercé dans un SSR durant 4 mois. Elle était la seule ergothérapeute présente dans le service à mi-temps. L'équipe comptait aussi un MK et deux EAPA.

L'ergothérapeute E3 est diplômée en 2000. Elle a exercé en centre de rééducation de jour pendant 5 ans. Elle exerce à mi-temps depuis 7-8 ans dans une équipe mobile pour personnes post-AVC. L'équipe mobile est composée d'un médecin MPR, d'une neuropsychologue, d'une assistante-sociale, d'une infirmière coordinatrice et d'une secrétaire.

L'ergothérapeute E4 exerce depuis son diplôme en SSR. Le service comprend 20-25 lits quasi-exclusivement neurologiques et avec quelques patients issus de la traumatologie. L'établissement comprend aussi un hôpital de jour. L'équipe

pluridisciplinaire comprend des MK, des ergothérapeutes, un EAPA, une diététicienne et habituellement une psychologue mais pas actuellement. Elle est formée Bobath/NER 21 au niveau 1.

L'ergothérapeute E5 exerce depuis environ 19 ans en centre de rééducation type SSR avec 80% de l'activité centrée sur le post-AVC. Actuellement, son temps de travail se répartit sur 40% en organisation de service, 40% en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et 20% en rééducation avec PES systématique de patients post-AVC. E5 est formé à Bobath depuis 2009 et a été durant un an l'assistant de Me Gerber.

L'ergothérapeute E6 exerce depuis 2012 dans des services de rééducation notamment neurologiques et gériatrie. Elle est formée à l'approche NER 21 depuis 9 mois. L'équipe pluriprofessionnelle est composée d'ergothérapeutes, de MK, d'EAPA, d'orthophonistes, de psychomotriciens, de neuropsychologues et de psychologues.

## 4.2 Analyse longitudinale

L'ensemble des tableaux réalisés pour l'analyse longitudinale de tous les entretiens sont exposés en Annexe VII.

### 4.2.1 Entretien E1

#### Question 2 :

Selon E1, les conséquences sont variables selon le type d'AVC qui peut engendrer des troubles moteurs type hémiplégie ou hémiparésie. Il peut aussi entraîner des troubles cognitifs dont des troubles de la mémoire, des praxies, du repérage spatio-temporel ou une négligence spatiale unilatérale. E1 cite également de possibles troubles de la déglutition ou encore des troubles du comportement. L'AVC induit également des conséquences au niveau des AVQ, mais aussi de l'autonomie et de l'indépendance de la personne. E1 énumère comme axe de rééducation les Mises en Situation (MES) et la favorisation de l'autonomie et de l'indépendance de la personne.

#### Question 3 :

Pour E1, la conséquence primordiale prise en compte est la sécurisation pour la personne afin qu'elle puisse utiliser la sonnette. L'installation au lit est aussi vue à l'entrée. Les exercices analytiques sont effectués en amont pour favoriser la récupération des amplitudes articulaires. Ensuite, des MES en ce qui concerne les transferts, l'habillage et autres sont réalisées. Cela permet ensuite à la personne de



recupérer de l'autonomie et de l'indépendance. La PES est patient-centrée mais les exercices analytiques sont moins significatifs pour la personne.

#### Question 4 :

Pour intégrer la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement la concernant, E1 réalise un entretien avec le patient et recueille ses priorités sur les activités qu'il souhaite réaliser. Elle effectue également un bilan des capacités de la personne. Mais les troubles cognitifs de type aphasie et difficultés d'initiation entraînent des difficultés pour recueillir les desideratas du patient. Donc les ergothérapeutes s'adaptent en effectuant le recueil au cours de la PES.

E1 explique la volonté des ergothérapeutes de s'appuyer sur la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) à l'avenir. Leurs questions s'en inspirent sans demander la hiérarchisation des priorités de la personne.

#### Question 5 :

E1 propose des exercices analytiques pour favoriser la récupération des amplitudes articulaires et des fonctions cognitives. Les AVQ sont favorisées à travers des mises en situation en milieu écologique afin d'améliorer l'autonomie et l'indépendance de la personne. La plupart du temps, les exercices analytiques sont proposés initialement puis progressivement des MES. Mais parfois, les deux types d'activités sont mis en place en parallèle. E1 exprime une volonté de proposer des activités significatives et significatives en fonction des personnes et une adaptation tout au long de la PES. Enfin, E1 informe le patient et fait du lien avec ses objectifs de rééducation.

#### Question 6 :

E1 explique qu'un positionnement précoce est réalisé dès l'arrivée dans le service, en pluridisciplinarité. Elle évalue également les besoins en positionnement, en aménagement de l'environnement et/ou d'aides techniques de la personne.

Si la personne présente une hémiparésie, E1 voit avec l'équipe soignante pour que le côté négligé soit stimulé. Puis E1 propose des exercices de rééducation lors des séances.

#### Question 7 :

Lors de la PES, E1 explique ne pas utiliser de bilan pour évaluer la qualité de vie mais le faire de manière informelle, sous forme d'entretien ou de questionnaire « maison » pour faire le point sur les permissions par des questions. De plus, l'entourage est sollicité tout au long de la PES.

#### Question 8 :

E1 n'a rien à rajouter.

#### 4.2.2 Entretien E2

#### Question 2 :

Selon E2, les conséquences dépendent de l'AVC, de la localisation et de la sévérité de l'atteinte. Cela peut entraîner des troubles moteurs de type hémiparésie ou hémiplégie. Des troubles cognitifs concernant la mémoire, l'attention, la planification, l'exécution des séquences, les praxies sont aussi possibles. E2 explique rappeler aux équipes que les séquelles cognitives peuvent entraîner des situations de handicap invisible et avoir un impact sur les AVQ.

#### Question 3 :

Pour E2, l'évaluation des fonctions cognitives dans l'évaluation initiale permet de cibler où se situent les difficultés, donc d'adapter les activités. Puis, des MES sont réalisées pour évaluer les capacités préservées. Ces évaluations précoces sont effectuées pour repérer les capacités et incapacités de la personne.

#### Question 4 :

Pour intégrer la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement la concernant, E2 prend en compte le patient durant toute la PES. Elle effectue un recueil d'informations auprès de l'équipe soignante en amont et un premier entretien avec le patient pour favoriser une relation de confiance et lui délivrer des informations. Le recueil est compliqué en cas de troubles cognitifs de la personne.

E2 réalise un bilan des AVQ pour évaluer l'autonomie et l'indépendance de la personne. E2 travaille en équipe pluriprofessionnelle et prend en compte les retours des aides-soignantes.

Enfin, E2 propose une PES patient-centrée puisqu'elle oriente celle-ci en fonction des desideratas de la personne, de ses objectifs et de l'orientation post-rééducation.

#### Question 5 :

Dans l'organisation de la structure, les locaux sont peu adaptés et il manque des moyens humains. E2 effectue des PES courtes, en équipe pluriprofessionnelle.

Les activités proposées sont des MES écologiques évaluatives. Des aménagements de l'environnement sont également effectués pour faciliter la marche ou encore le repérage spatio-temporel.

#### Question 6 :

E2 explique agir précocement sur le positionnement de la personne, que ce soit pour le positionnement au lit, au fauteuil. Elle aménage l'environnement proche et sécurise en rendant les moyens d'appels d'urgence accessibles.

E2 effectue une PES pluriprofessionnelle et tient compte des retours de l'équipe soignante.

#### Question 7 :

E2 n'utilise pas de bilans pour évaluer la qualité de vie des personnes mais effectue de manière informelle des entretiens. E2 a peu d'échanges avec l'entourage par manque de temps mais les contacte en collaboration avec l'assistante sociale lors de préconisations d'aides techniques ou de PES complexe.

#### Question 8 :

E2 n'a rien à rajouter.

### 4.2.3 Entretien E3

#### Question 2 :

Selon E3, l'AVC engendre des troubles moteurs et cognitifs, des déficits fonctionnels et des troubles psychologiques. Cela entraîne une altération de l'autonomie et de l'indépendance de la personne liée à une réduction des activités, une baisse de la participation et de l'équilibre occupationnel et des difficultés environnementales. Les personnes présentent des situations de handicap, une désadaptation sociale avec une perturbation des rôles, mais aussi des difficultés professionnelles. De plus, les conséquences sont familiales.

#### Question 3 :

E3 axe sa PES pour favoriser l'engagement, la participation dans les activités et l'équilibre occupationnel de la personne. Elle cherche aussi à favoriser la volition du patient. L'optimisation des AVQ, dont les déplacements, est recherchée pour améliorer l'autonomie et l'indépendance de la personne. De plus, E3 intervient aussi sur l'aménagement de l'environnement, que ce soit au domicile ou dans la voiture. E3 exprime effectuer une PES holistique, des évaluations initiales aux préconisations d'aménagements.

#### Question 4 :

Pour intégrer la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement le concernant, E3 utilise une approche patient-centré. De plus, l'entourage est intégré dès le premier entretien, qu'il soit présentiel ou téléphonique. La PES est pluridisciplinaire dès la première visite à domicile. Un des

membres de l'équipe effectue un entretien pour recueillir les besoins exprimés par la personne et réalise un bilan de la situation. La MCRO sert de modèle, peu importe le professionnel de l'équipe. Les objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini) sont formulés par le patient puis reformulés en parallèle par l'équipe. Ensuite, le programme de traitement est établi par l'équipe pluriprofessionnelle pour enfin être signé et remis en copie au patient.

La participation active du patient est recherchée durant la PES.

#### Question 5 :

Les activités proposées par E3 sont patient-centré. Il est nécessaire de créer une relation de confiance mais cela est difficile car les rendez-vous sont espacés tous les 15 jours.

Dans la pratique d'E3, les MES écologiques sont évaluatives (cuisine, conduite automobile, déplacements extérieurs) et parfois, elle propose des activités de loisirs. La personne effectue les exercices en autonomie et indépendance puis un entretien est réalisé pour effectuer un retour sur la réalisation de l'activité par la personne. E3 précise que la PES est effectuée en équipe pluriprofessionnelle.

E3 rapporte des freins à la reprise d'activité comme l'état psychologique de la personne de type sidération ou apathie. Dans ce cas, il est nécessaire de réaliser des entretiens motivationnels auxquels l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle est formée. Les autres freins à l'activité rapportés sont l'anosognosie et l'apathie sur le long terme. Dans ce cas, E3 intervient auprès des aidants.

#### Question 6 :

E3 explique qu'elle effectue peu de positionnement puisqu'ils sont plutôt effectués en centre de rééducation. Elle réalise toutefois des positionnements au fauteuil et au lit quand l'AVC est de longue date. E3 forme les aidants au positionnement du membre supérieur et au lit.

#### Question 7 :

E3 n'utilise pas de bilans pour évaluer la qualité de vie mais l'évalue de manière informelle en fonction des observations et des entretiens réalisés. E3 utilise le bilan sur la santé globale EuroQol rempli par les patients. Un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) sur l'AVC dans le département est porté par le service de E3. Il permet une évaluation plus qualitative de la qualité de vie des personnes.

#### Question 8 :

Selon E3, la qualité de vie nécessite de retrouver une place dans la vie de manière satisfaisante pour la personne.

#### 4.2.4 Entretien E4

##### Question 2 :

Selon E4, l'AVC induit des troubles sensitivo-moteurs, des troubles cognitifs et des troubles moteurs. Cela engendre des troubles analytiques, des déficits fonctionnels, une désadaptation sociale, une perte d'autonomie et d'indépendance. L'AVC induit une altération de la vie quotidienne.

E4 prévoit comme axe de rééducation les AVQ.

##### Question 3 :

E4 considère que la perte d'autonomie et d'indépendance induites par les troubles sensori-moteurs et cognitifs sont primordiales à prendre en soins de même que la désadaptation sociale. Pour cela, E4 s'appuie sur une approche patient-centrée, adapte la PES aux besoins de la personne et favorise l'autonomie et l'indépendance de celle-ci. E4 accompagne le patient pour la priorisation des objectifs d'autant plus quand il y a des troubles cognitifs ou de l'anosognosie. E4 précise qu'elle peut aussi travailler des objectifs que les personnes ne perçoivent pas forcément.

##### Question 4 :

E4 effectue une PES patient-centrée. La personne est intégrée dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique dès le début de la PES avec un entretien s'inspirant de la MCRO. Puis, elle élabore le plan de traitement en collaboration avec le patient et favorise sa participation active, car sinon, E4 n'observe pas de transfert des acquis dans les activités de vie quotidienne par la personne. Mais en cas de troubles cognitifs, E4 explique que c'est plus compliqué à effectuer.

Par ailleurs, E4 intègre l'entourage dès le début de la PES à travers le recueil d'information et des bilans d'autant plus en cas de troubles cognitifs de la personne. Elle propose également des bilans spécifiques à l'entourage, les informe et les forme aux difficultés de la personne. En effet, E4 estime que l'AVC est une pathologie impactant la personne ET son entourage.

##### Question 5 :

E4 propose des activités de rééducation de type analytique et des MES écologiques dès que c'est possible. Elle propose également des objets fonctionnels lors des exercices analytiques car c'est plus signifiant et significatif pour la personne.

E4 s'appuie sur l'approche NER 21 et propose l'utilisation d'objets fonctionnels et des MES écologiques. De plus, le positionnement au lit, au fauteuil et l'adaptation de l'environnement sont réalisés dès l'arrivée du patient en s'appuyant sur l'approche NER 21.

#### Question 6 :

E4 effectue le positionnement précoce au lit et au fauteuil de la personne. E4 utilise le positionnement particulier de l'approche NER 21 sur le côté hémiparalysé en cas d'héminégligence et de troubles sensitifs et moteurs. Celui-ci est stimulant au niveau proprioceptif. Il nécessite une formation et information des professionnels soignants pour comprendre son intérêt et savoir réaliser le positionnement car il implique un changement de paradigme.

E4 adapte l'environnement proche à la personne. En cas d'héminégligence, elle préconise une stimulation progressive de ce côté. Dans ce cas, E4 forme, informe et accompagne aussi l'entourage dans le cadre d'une collaboration pluriprofessionnelle. La concordance du discours est primordiale pour guider l'entourage.

#### Question 7 :

E4 n'évalue pas directement la qualité de vie mais les différents facteurs l'influençant. Elle utilise le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) pour évaluer l'autonomie fonctionnelle de la personne mais c'est un bilan subjectif. E4 souhaiterait recourir à la MCRO car c'est un bilan patient-centré. E4 évalue aussi les capacités/incapacités de la personne à l'aide de bilans analytiques. Enfin, E4 se sert de l'échelle de Catherine Bergego pour évaluer la vie quotidienne en cas d'héminégligence.

#### Question 8 :

E4 n'a rien à rajouter.

### 4.2.5 Entretien E5

#### Question 2 :

Selon E5, l'AVC entraîne des troubles cognitifs, thymiques, neuro-visuels et moteurs. Cela engendre une perte d'autonomie et d'indépendance mais aussi des conséquences familiales. Les difficultés environnementales nécessitent un aménagement et une adaptation de l'environnement mais aussi des aides techniques. La rééducation est axée sur l'amélioration de l'autonomie, l'indépendance du patient et son retour à domicile.

#### Question 3 :

Pour E5, les troubles cognitifs sont importants à prendre en soin car la cognition et l'attention sont nécessaires aux apprentissages. Sinon, la problématique du tronc déficitaire (hypo ou hypertonique) est une priorité de rééducation. En effet, si le tronc est déficitaire, alors l'épaule est déficitaire, donc la main également. Cela entraîne une limitation pour tous les AVQ. De plus, le maintien indispensable aux transferts et à la marche n'est pas possible car il n'y a pas de mise en charge sur les membres inférieurs si le tronc est déficitaire. A leur récupération, le travail des transferts peut débuter.

E5 propose des exercices fonctionnels et des MES écologiques développés par NER 21, ce qui est signifiant et significatif pour la personne. La rééducation est patient-dépendant. Elle vise la récupération d'autonomie et d'indépendance et permet de préparer le retour à domicile de la personne.

#### Question 4 :

E5 effectue une PES patient-centrée. La personne est intégrée dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique avec un entretien pour recueillir des informations, ses objectifs et son projet de vie. Des bilans sur les capacités de la personne sont aussi réalisés. Puis, le plan de traitement est élaboré en fonction des objectifs et projets du patient mais aussi de ses facteurs personnels et du central-set ou répertoire sensori-moteur de la personne.

La PES est adaptée à la personne et favorise sa participation active. Des activités signifiantes et significatives sont utilisées mais aussi des nouvelles technologies comme l'Arméo. Ce ne sont pas des MES, préconisées par NER 21, mais quand cela est signifiant pour la personne, cela est tout de même adapté à l'approche NER 21.

#### Question 5 :

Les activités proposées par E5 sont adaptées à la personne. Des objets fonctionnels sont utilisés pour simuler les activités lors des exercices de rééducation. Les compétences de l'ergothérapeute sont d'adapter le matériel à la personne pour favoriser son autonomie et son indépendance. Les nouvelles technologies sont aussi employées comme l'Arméo Spring et l'IVS3 de Dessintey. E5 recourt aussi aux MES et des repas thérapeutiques avec 4 patients sont effectués en collaboration pluriprofessionnelle. L'entourage est intégré à la PES et peut être formé.

#### Question 6 :

E5 effectue le positionnement précocement. Il est adapté aux besoins de la personne et comprend le positionnement pour prévenir les escarres avec la mise en place de matelas et de mousses spécifiques ou sur mesures. Des orthèses peuvent

être fabriquées si nécessaire. C'est une compétence du métier d'adapter au plus près de la personne.

E5 aborde le positionnement spécifique NER 21 qui se pratique en décubitus latéral sur le côté hémiparétique, ce qui est hyperstimulant au niveau proprioceptif et atténue l'hypertonie de la phase aigüe. Mais cette technique peut léser l'épaule si elle est mal réalisée. De plus, les matelas à air nécessaires en prévention des escarres sont problématiques pour ce type de positionnement.

#### Question 7 :

E5 n'utilise pas de bilans pour évaluer la qualité de vie mais effectue une évaluation factuelle de celle-ci à travers l'atteinte des objectifs ou non.

#### Question 8 :

E5 souhaite exprimer les limites qu'il trouve à l'approche NER 21. Tout d'abord, peu de professionnels sont formés. Ensuite, il est difficile de transférer ses connaissances auprès de collègues non formés dans son service. Enfin, le coût de la formation peut également être un frein.

Par contre, E5 explique les avantages de l'approche NER 21. Elle favorise la collaboration interprofessionnelle (soignants, thérapeutes, domicile) et avec l'entourage et le patient. La personne est au centre du processus. Enfin, c'est la seule méthode de rééducation tenant compte du Syndrome Pusher.

#### 4.2.6 Entretien E6

#### Question 2 :

Selon E6, l'AVC entraîne des conséquences motrices, cognitives, psychologiques, sociales et familiales.

#### Question 3 :

Pour E6, les conséquences de l'AVC sont nombreuses et patient-dépendant. E6 effectue une PES patient-centrée. Elle recueille les conséquences de l'AVC pour la personne ce qui lui permet de définir les axes de la rééducation. E6 propose des exercices fonctionnels qui visent à favoriser l'autonomie et l'indépendance de la personne mais aussi la reprise d'activités significatives et significatives pour celle-ci.

#### Question 4 :

E6 effectue une PES patient-centrée. Un entretien et un bilan sont réalisés dès l'entrée de la personne dans le service à travers un recueil d'informations sur les habitudes de vie antérieures de la personne, sur leurs connaissances concernant l'AVC et sur leurs attentes. E6 délivre aussi les informations au patient sur l'AVC, ses



conséquences, sur les bilans réalisés et leurs résultats mais aussi sur la manière de travailler en ergothérapie.

De plus, E6 précise que la famille est intégrée à la PES environ deux semaines après l'entrée du patient. L'équipe pluriprofessionnelle est présentée par le médecin. Les informations sur l'AVC et ses conséquences sont délivrées, mais aussi les explications sur le fonctionnement de la rééducation et du suivi.

Selon E6, le patient et son entourage sont intégrés dès le début de la PES.

#### Question 5 :

Les exercices proposés par E6 sont de type analytique avec des exercices moteurs et cognitifs. Des MES sont aussi effectuées en ce qui concerne les AVQ puis les activités domestiques dans un second temps. E6 précise que les exercices fonctionnels sont favorisés dans la PES. De plus, selon E6, proposer des activités significatives et significatives permet de stimuler l'engagement dans la rééducation et la participation active de la personne.

#### Question 6 :

E6 effectue le positionnement de la personne dès l'arrivée dans le service. Cela passe par la mise en place de fauteuil roulant, de matelas ou encore le positionnement au lit. Le but est d'atténuer les positions vicieuses. Des aides techniques sont préconisées si cela est nécessaire comme l'installation d'une hémitablette au niveau du fauteuil roulant quand la motricité du bras plégique est inférieure à 3. De plus, E6 réalise des orthèses comme les attelles de réalignement articulaire en rectitude pour limiter les positions vicieuses de manière précoce. Durant les PES, E6 explique favoriser la verticalisation de la personne le plus précocement possible, en équipe pluriprofessionnelle.

En ce qui concerne le positionnement spécifique NER 21, E6 précise qu'il est difficile à mettre en place. C'est une technique spécifique qui nécessite une formation, de la place et du matériel (coussins de positionnement). E6 ajoute que l'appréhension des soignants est aussi un frein. La technique va à l'encontre des positionnements habituels et nécessite du temps pour la mise en place. De plus, elle nécessite également l'acceptation de la personne.

Par ailleurs, E6 indique que différents membres de l'équipe sont formés : des rééducateurs et des soignants.

#### Question 7 :

E6 explique ne pas réaliser d'évaluation de la qualité de vie et ne pas connaître d'échelles. E6 précise qu'elle souhaiterait être formée à la MCRO pour favoriser l'engagement et la participation active de la personne dans sa PES.

#### Question 8 :

E6 souhaite préciser que l'approche NER 21 favorise l'intégration précoce de l'entourage dans la PES. La formation du personnel soignant et de rééducation permet une unité dans le discours et la pratique. De plus, les soignants participent aussi à favoriser la participation active de la personne dès le début de la PES. L'équipe pluriprofessionnelle informe et forme l'entourage afin que celui-ci sollicite aussi la participation active de la personne lors des séjours au domicile, pour qu'il soit patient-acteur.

### 4.3 L'analyse transversale

#### 4.3.1 Les conséquences de l'AVC

Les conséquences de l'AVC sont variables d'après E1 et E2.

Selon les six ergothérapeutes, l'AVC entraîne des troubles moteurs type hémiparésie ou hémiparésie et des troubles cognitifs. Les troubles cognitifs comprennent des troubles de la mémoire, des praxies, du repérage spatio-temporel ou une négligence spatiale unilatérale pour E1. E2 ajoute les troubles de l'attention et des fonctions exécutives.

E1 complète que les conséquences possibles de l'AVC peuvent être des troubles de la déglutition et du comportement. E3 et E6 évoquent également des troubles psychologiques. E4 avance des troubles sensitivo-moteurs et des troubles analytiques. Enfin, E5 note aussi des troubles thymiques et des troubles neuro-visuels. E3 et E4 suggèrent des déficits fonctionnels et une désadaptation sociale de la personne, également repérée par E6, avec une perturbation des rôles et des relations sociales. Tandis que E3, E5 et E6 précisent que l'AVC entraîne aussi des conséquences à l'échelle de la famille.

Pour E1, E3, E4, et E5 l'AVC entraîne une altération de l'autonomie et de l'indépendance et des situations de handicap selon E3. E4 parle aussi d'une altération de la vie quotidienne.

L'impact sur les AVQ est avancé par E1, E2 et E4. Il semble que cela soit également induit par les troubles cognitifs même s'ils passent inaperçus selon E2.

E3 et E5 dénombrent des difficultés environnementales. Pour E3, elles entraînent une réduction des activités, une baisse de la participation et de l'équilibre occupationnel.

Et pour E5, elles nécessitent des aménagements et adaptations de l'environnement et la mise en place d'aides techniques. De plus, E3 envisage des difficultés professionnelles pour la personne.

E1, E4 et E5 avancent déjà des axes de rééducation : les AVQ en ce qui concerne E1 et E4, l'autonomie et indépendance pour E1 et E5. Et enfin E5 envisage aussi le retour à domicile.

#### 4.3.2 Axes de la PES selon les conséquences de l'AVC

Selon E6, l'AVC présente de nombreuses conséquences qui sont patient-dépendantes pour E5 et E6. Par ailleurs, E2, E4 et E5 évoquent les troubles cognitifs comme conséquence importante de l'AVC. Enfin, E4 mentionne également les troubles sensori-moteurs.

E1, E3 et E5 expliquent que les AVQ sont impactés par l'AVC. Pour E1, cela se répercute au niveau des transferts, de l'habillage et autre, pour E3 cela concerne les déplacements et pour E5, le retentissement porte sur l'ensemble des AVQ. De plus, E4 évoque aussi la désadaptation sociale comme conséquence de l'AVC.

Selon E1, E3, E4, E5 et E6, les conséquences de l'AVC primordiales pour axer la PES sont l'autonomie et l'indépendance de la personne.

E1, E4 et E6 envisagent une PES patient-centré. E6 précise qu'elle recueille à travers un entretien les conséquences de l'AVC perçues par la personne. E4 adapte la PES à la personne et l'accompagne dans la priorisation de ses objectifs de rééducation. E3, à travers une PES holistique, souhaite favoriser l'engagement et la participation dans les activités, l'équilibre occupationnel mais aussi la volition de la personne. E2 réalise des évaluations précoces pour repérer les capacités/incapacités de la personne et pouvoir adapter les activités si cela est nécessaire.

Selon E5, le tronc déficitaire est une priorité de rééducation. En effet, E5 explique que si le tronc est déficitaire, alors l'épaule est déficitaire donc la main aussi. Et si le tronc est déficitaire, il n'y a pas de maintien pourtant indispensable aux transferts et à la marche. C'est pourquoi la mise en charge sur le MI n'est pas possible dans ce cas.

E1 débute par la sécurisation de la personne grâce à la possibilité d'utilisation de la sonnette et réalise le positionnement au lit. Puis, E1 préconise dans un premier temps des exercices analytiques pour favoriser la récupération de l'amplitude articulaire mais qui sont moins signifiants et significatifs pour la personne.

Par ailleurs, E5 et E6 favorisent les exercices fonctionnels dans la PES. De plus, E2 et E5 s'appuient sur les MES écologiques : E2 pour évaluer les capacités préservées

de la personne et E5 dans le cadre de l'approche NER 21. L'objectif pour E5 et E6 est de favoriser les activités signifiantes et significatives.

Enfin E3 préconise l'aménagement de l'environnement de la personne en ce qui concerne le domicile et le véhicule.

#### 4.3.3 Intégration de la personne dans le processus d'élaboration de la PES

Le patient est intégré durant toute la PES selon E2 et E4. De plus, E2, E3, E4, E5 et E6 expliquent réaliser une PES patient-centrée. Pour cela, l'ensemble des ergothérapeutes interrogés réalise un entretien avec la personne afin de recueillir ses souhaits, ses priorités et son projet de vie. E2 précise qu'elle recueille en amont des informations auprès de l'équipe soignante et que l'entretien lui permet de favoriser une relation de confiance, mais également de délivrer des informations à la personne. Par ailleurs, E1, E2 et E4 évoquent les difficultés induites par les troubles cognitifs que peuvent présenter les patients, notamment en cas d'aphasie. Dans ce cas, il est d'autant plus important d'intégrer l'entourage dès le début de la PES comme pour E3, E4 et E6. E4 précise que l'AVC est une pathologie ayant une incidence sur la personne mais aussi son entourage.

Ensuite, les six ergothérapeutes réalisent des bilans pour évaluer les capacités, les AVQ ou encore l'autonomie et indépendance de la personne. E1, E3 et E4 s'inspirent du bilan MCRO mais sans demander la hiérarchisation des objectifs à la personne pour E1. E3 explique accompagner la personne à définir elle-même ses objectifs SMART puis l'équipe les reformule en parallèle. Par la suite, E4 explique qu'elle réalise le plan et programme de traitement en collaboration avec la personne. Par contre, E3 et E5 décrivent qu'il est réalisé en fonction des informations recueillies auprès de la personne, notamment des facteurs personnels et du répertoire sensori-moteur en ce qui concerne E5. E3 explique remettre le projet au patient pour qu'il puisse le valider. E3, E4 et E5 recherchent la participation active de la personne.

E1 et E5 s'adaptent à la personne durant la PES. E5 précise proposer des activités signifiantes et significatives. Il s'appuie aussi sur les nouvelles technologies de type Arméo lors de la PES ce qui correspond tout de même à l'approche NER 21 si elles sont signifiantes pour la personne.

Par ailleurs, E6 explique qu'une éducation du patient et de son entourage est réalisée en ce qui concerne l'AVC et ses conséquences.

E2, E3 et E6 s'inscrivent dans une équipe pluriprofessionnelle.

#### 4.3.4 Les activités de rééducation

E1, E4 et E6 proposent des exercices analytiques afin de favoriser la récupération motrice et cognitive. Ensuite, les six ergothérapeutes proposent des MES écologiques évaluatives en ce qui concerne E2 et E3. E1 met en place les exercices analytiques puis progressivement les MES mais il lui arrive parfois de travailler les deux en parallèle. E6 préconise également des exercices fonctionnels.

De plus, E2 préconise l'aménagement de l'environnement pour faciliter la marche ou encore le repérage temporo-spatial. De plus, E5 explique que les compétences des ergothérapeutes leurs permettent d'adapter le matériel à la personne et E1 précise que l'adaptation a lieu tout au long de la PES. E5 utilise aussi les nouvelles technologies en ce qui concerne les activités de rééducation comme Arméo Spring et Dessintey IVS3.

E1, E3, E4 et E6 proposent des activités signifiantes et significatives à la personne, notamment à travers des objets fonctionnels en ce qui concerne E4. De plus, E1 précise informer les personnes sur les activités proposées et faire des liens avec les objectifs. L'utilisation d'objets fonctionnels pour E5 permet d'autant plus de favoriser des activités écologiques. Pour E6, les activités signifiantes et significatives permettent de favoriser l'engagement et la participation active de la personne dans sa rééducation.

E4 et E5 expliquent qu'ils s'appuient sur l'approche NER 21 en ce qui concerne les activités. E4 précise que l'utilisation d'objets fonctionnels même lors d'exercices analytiques est plus signifiante et significative pour la personne. E4 ajoute que le positionnement au lit et au fauteuil mais aussi l'adaptation de l'environnement dès l'entrée de la personne sont aussi recommandés par NER 21.

E3 souligne qu'il existe des freins à la reprise d'activité comme de l'anosognosie ou de l'apathie à long terme mais encore un état psychologique de la personne de type sidération ou apathie. Dans ce cas, l'équipe peut réaliser des entretiens motivationnels. E3 propose une PES patient-centré et explique la nécessité de favoriser une relation de confiance avec la personne. En effet, l'organisation du service fait qu'elle ne rencontre les personnes que tous les 15 jours ; la personne effectue les MES en autonomie et indépendance pour ensuite faire un retour avec l'ergothérapeute lors d'un entretien. C'est pourquoi pour E3 comme pour E5, l'entourage est intégré lors de la PES mais aussi lors des MES cuisine notamment en ce qui concerne E5.

L'objectif est de favoriser l'autonomie et l'indépendance de la personne pour E1 et E5. La réalisation des activités pour E2 est conditionnée par l'organisation des locaux et de la durée des PES. La PES est effectuée en équipe pluriprofessionnelle selon E2, E3 et E5.

#### 4.3.5 Le positionnement dans la PES

Les ergothérapeutes interrogés préconisent un positionnement le plus précoce possible sauf E3 qui agit peu sur le positionnement puisqu'elle intervient au domicile des personnes post-rééducation. Par ailleurs, les six ergothérapeutes agissent sur le positionnement au lit et au fauteuil en s'adaptant à la personne selon E5. De plus, E5 et E6 mettent aussi en place les matelas en prévention des escarres.

Ensuite, E1, E2 et E4 participent à l'aménagement de l'environnement proche de la personne, plus particulièrement pour sécuriser celle-ci, comme l'accès à la sonnette. E4 précise que l'aménagement est adapté à la personne. La préconisation d'aide technique est avancée par E1 et E6 en cas d'hémiplégie par exemple.

E5 et E6 avancent aussi la fabrication d'orthèses si nécessaire, ce qui est une compétence du métier selon E5. E6 précise que celle-ci permet de limiter les positions vicieuses à l'aide d'attelles de réalignement en rectitude.

De plus, E6 explique l'importance de la verticalisation de la personne le plus précocement possible.

En ce qui concerne les personnes souffrant de négligence spatiale unilatérale, E1 explique préconiser une sollicitation progressive du côté hémignégligé par l'équipe soignante puis intervient dessus avec des exercices de rééducation. Le travail en équipe pluriprofessionnelle est indiqué par E1 mais aussi E2, E4 et E6.

E3 et E4 interviennent aussi sur la formation de l'entourage et E4 précise que la concordance du discours interprofessionnel est primordiale pour guider l'entourage.

Enfin le positionnement spécifique NER 21 est mis en place par E4, E5 et E6 en cas de troubles moteurs, sensoriels ou encore de négligence spatiale unilatérale. Ce positionnement est effectué en décubitus latéral sur le côté hémiplégique ce qui est hyperstimulant au niveau proprioceptif pour la personne selon E4 et E5 et atténue les hypertonies de la phase aigüe. Mais les trois ergothérapeutes expliquent que la technique nécessite une formation car si elle est mal réalisée, cela peut léser l'épaule. Elle nécessite aussi la formation des différents professionnels, rééducateurs comme soignants pour apprendre la technique et comprendre l'intérêt de ce type de positionnement. En effet, un changement de paradigme doit s'opérer car le

positionnement va à l'encontre de ce qui se pratique habituellement. Par ailleurs, cette technique prend du temps à mettre en place et nécessite aussi l'accord du patient. Enfin, les matelas à air nécessaires en cas de prévention des escarres posent problèmes pour ce type de positionnement.

#### 4.3.6 Evaluation de la qualité de vie

Aucun des ergothérapeutes interrogés ne réalise de bilan pour évaluer la qualité de vie de la personne. E1 et E3 l'évaluent de manière informelle à travers des entretiens tout comme E2. E1 précise aussi se servir de bilan « maison » pour faire le point sur les retours de permissions. Elle sollicite aussi l'entourage tout au long de la PES. E2, quant à elle, précise qu'elle sollicite peu l'entourage par manque de temps. Toutefois, elle s'adresse à eux en cas de préconisation d'aide technique et de PES complexe en collaboration avec l'assistante sociale.

E3 s'appuie aussi sur ses observations et sur le bilan EuroQoL qui est un bilan de la santé globale. E3 explique aussi que l'ETP portée par son service permet une évaluation plus qualitative de la qualité de vie des personnes.

E4 utilise le SMAF qui est un bilan de l'autonomie fonctionnelle, les bilans analytiques sur les capacités/incapacités et l'échelle de Catherine Bergego en ce qui concerne l'héminégligence et la vie quotidienne des personnes. De plus, elle souhaiterait être formée à la MCRO, tout comme E6, afin de favoriser l'engagement et la participation active de la personne dans sa PES.

E5 explique que son évaluation de la qualité de vie repose sur une évaluation factuelle en fonction de l'atteinte ou non des objectifs fixés.

Enfin, E3 s'appuie également sur le programme d'ETP sur l'AVC porté par son service ce qui permet une évaluation plus qualitative de la qualité de vie des personnes.

#### 4.3.7 Remarques ajoutées par les ergothérapeutes

Seuls E3, E5 et E6 souhaitent ajouter des éléments.

E3 explique que selon elle, la qualité de vie nécessite de retrouver un rôle dans la vie satisfaisant pour la personne.

E5 et E6, quant à eux, précisent des notions concernant l'approche NER 21. E5 mentionne que le manque de personnel formé, induisant des difficultés de transferts des connaissances auprès des collègues non formés mais aussi le coût de la formation peuvent être un frein à la mise en application de la méthode NER 21. Par contre, ses avantages selon E5 et E6, concernent l'intégration de l'entourage dans la PES, le

positionnement du patient au centre du processus (patient-centré) et l'incitation de sa participation active à travers la collaboration interprofessionnelle (soignants et rééducateurs) – personne- entourage. E6 précise que la formation des différents professionnels intervenants permet une unité dans le discours et la pratique. Enfin, E5 explique que c'est la seule méthode de rééducation tenant compte du Syndrome Pusher.

## 5. Discussion

### 5.1 La méthode : les limites et les facilitateurs

Afin de mener à bien cette recherche qualitative, j'ai pu réaliser six entretiens qui ont duré environ 35 minutes en moyenne. Cela m'a permis de recueillir de nombreuses informations même si elles ne sont pas généralisables. Mais c'est également long et fastidieux à analyser dans un temps restreint.

Les six ergothérapeutes interrogés exercent auprès de personnes ayant eu un AVC, mais n'exercent pas tous dans le même type de structure et n'ont pas bénéficié des mêmes formations complémentaires. Cela m'a permis d'obtenir des réponses variées. Mais la comparaison des informations selon la formation des ergothérapeutes à l'approche NER 21 ou non, n'a pas facilité l'analyse et la discussion de ce travail de recherche. De plus, il aurait été intéressant de pouvoir interroger plus d'ergothérapeutes formés NER 21 afin de recueillir davantage d'informations sur la mise en pratique de l'approche NER 21.

Par ailleurs, au cours de mes recherches, j'ai pu réaliser un entretien en visioconférence avec Mme Gerber. Cela m'a permis d'enrichir ma compréhension de l'approche NER 21. Je vais également pouvoir réaliser trois jours d'observation auprès d'un ergothérapeute formé NER 21 au cours du mois de mai 2022 dans le but de continuer à découvrir l'approche NER 21 et sa mise en application.

En raison de la distance et des conditions sanitaires, tous les entretiens ont été réalisés par téléphone. Cela n'a pas permis de tenir compte de la communication non verbale. De plus, la qualité des enregistrements des appels téléphoniques n'était pas toujours optimum ce qui a compliqué la retranscription.

### 5.2 Le contenu de recherche

L'analyse des résultats fait émerger des liens avec le cadre théorique et la nouvelle littérature.

[L'AVC et ses conséquences :](#)



Concernant l'AVC et ses conséquences, les ergothérapeutes interviewés, à eux tous, citent les différentes séquelles précisées dans la partie reprenant les conséquences de l'AVC dans le cadre théorique (p 5-6). Tout d'abord, deux ergothérapeutes précisent que les conséquences sont variables (9) et deux autres qu'elles sont « patients-dépendant » (p 8). Les six ergothérapeutes énoncent les troubles moteurs et cognitifs dont les troubles neuro-visuels par un ergothérapeute (3,15). De plus, trois d'entre eux évoquent l'altération des AVQ (3). Par contre, le syndrome BPS-D n'est évoqué par aucun des ergothérapeutes interrogés. Mais deux des ergothérapeutes formés NER 21 citent tout de même les « troubles sensori-moteurs » pour l'un et « le tronc déficitaire » pour l'autre, composantes des symptômes primaires du syndrome BPS-D (2,16). Enfin, trois ergothérapeutes évoquent les troubles psychologiques et les troubles thymiques comme cités dans la partie conséquences de l'AVC (19,20).

Les ergothérapeutes interrogés précisent des conséquences supplémentaires de l'AVC, corroborant les conséquences à prendre en compte dans la PES pluridisciplinaire : physiques, psychologiques, cognitives et sociales (23) (p 7). Par ailleurs, E3 décrit des difficultés professionnelles. De plus, selon trois ergothérapeutes, l'AVC engendre des conséquences familiales, comme précisé par E4 : « c'est le patient qui est atteint bien sûr, mais c'est toute la famille qui est impactée ». Tout cela correspond aux conséquences retentissant sur la vie des personnes dans leur quotidien (45). Les répercussions de l'AVC entraînent « une réduction des activités, une baisse de la participation occupationnelle, une baisse de l'équilibre occupationnel » selon E3 et une perte d'autonomie et d'indépendance selon quatre des ergothérapeutes interviewés. E2 et E3 énoncent également des situations de handicap, notamment invisibles pour les personnes (45).

Enfin, E5 énonce comme conséquence devenant un axe prioritaire de la rééducation le « tronc déficitaire ». En effet, un tronc hypotonique ne permet pas à la personne d'avoir une position assise stable, ni de se mettre debout (2).

Il est à mentionner qu'aucun des ergothérapeutes interviewés n'évoque une altération de la qualité de vie induite par l'AVC comme précisé dans la partie conséquences.

### [PES holistique](#)

Dans l'ensemble, les prises en soin décrites par les ergothérapeutes tiennent compte de la personne dans sa globalité (p 14 et 16). Ils considèrent le patient, son

entourage et son environnement et adaptent les activités, ce qui correspond à l'interaction personne-environnement-activité (p 15). La PES est adaptée à la personne afin de favoriser son autonomie et son indépendance (p 7, 10 et 16).

Le travail en équipe pluriprofessionnelle est mentionné par l'ensemble des ergothérapeutes interviewés durant la PES, notamment pour former les professionnels du soin pour le positionnement (p 7, 10,11 et 16).

L'entourage est intégré à la prise en soin par l'ensemble des ergothérapeutes interrogés (p 8, 10 et 16) afin de mieux comprendre la pathologie et ses conséquences, de les former et informer sur les techniques et aides techniques (p16) (4). Ils sont également les personnes ressources pour le retour à domicile et jouent un rôle dans le pronostic du soigné (p 8) (12). Un ergothérapeute formé NER 21 spécifie que l'entourage est également sollicité lors de MES repas au sein de l'établissement. Elles sont effectuées en collaboration avec d'autres professionnels de rééducation. Cela permet d'expliquer les attitudes bénéfiques pour la personne (2) et également de les inclure dans la mise en place d'un projet de vie réaliste de la personne puisque l'AVC touche la personne et son entourage.

Les conditions de travail influent sur la PES. En effet, un manque d'effectif, de temps de travail et des durées d'hospitalisation courtes reposant sur la récupération des capacités motrices, altèrent la possibilité de PES holistique et limitent la possibilité d'intégrer l'entourage dans celle-ci.

#### Participation active du patient

La participation active de la personne est sollicitée par l'ensemble des ergothérapeutes. Mais le patient est intégré tout au long de la PES pour une ergothérapeute formée NER 21 et une non formée (p 11). De plus, l'ensemble des ergothérapeutes met en œuvre une approche patient-centrée (p 11 et 16) (2,3). En effet, cela renforce les bénéfices de la rééducation en favorisant l'engagement et la performance occupationnelle de la personne (46).

Pour cela, les six ergothérapeutes s'appuient sur des entretiens avec la personne et des bilans afin de recueillir des informations sur ses habitudes de vie, ses desideratas et d'évaluer les intégrités et les déficiences. Le recueil est réalisé en collaboration avec l'entourage en cas de troubles cognitifs de la personne (p 10, 15 et 16).

Ensuite, trois des ergothérapeutes précisent élaborer les objectifs de PES en tenant compte de la personne et en collaboration avec celle-ci pour deux d'entre eux (p 10 et

15). De plus, E3 précise accompagner la personne à définir des objectifs SMART (47) et remet le plan et programme de traitement à la personne pour signature afin de le valider (p 15).

Dans le but de favoriser l'engagement de la personne dans sa rééducation, les ergothérapeutes formés NER 21 proposent des activités signifiantes et significatives, tandis que deux ergothérapeutes non formés NER 21 essaient (p 16). Cela contribue à favoriser l'engagement de la personne dans sa rééducation et à développer la performance occupationnelle (3).

E2 et E3 précisent qu'établir une relation de confiance avec la personne est nécessaire pour favoriser la mise en place d'un partenariat conduisant à une alliance thérapeutique. Cela favorise la prise de décisions thérapeutiques en partenariat, contribuant donc à la participation active de la personne (48).

Enfin, E3 décrit utiliser les entretiens motivationnels lors de freins à la reprise d'activité d'ordre psychologique comme la sidération et l'apathie. Cette méthode de communication centrée sur la personne comprend « un entretien guidé centré sur le patient pour l'encourager à changer de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence face au changement » selon Miller et Rollnick (49).

#### Les différents types d'activités préconisés par les ergothérapeutes

Trois des ergothérapeutes interviewés, dont deux formés NER 21, proposent des exercices analytiques pour favoriser l'amélioration de fonctions déficitaires. Cela correspond à une approche bottom-up, centrée sur la cause des difficultés et non sur la performance occupationnelle (30). De plus, ce type d'exercice n'est pas signifiant et significatif pour la personne, donc ne favorise pas la participation active de celle-ci.

Ensuite, des exercices fonctionnels sont pratiqués par les trois ergothérapeutes formés NER 21. Ils utilisent au maximum des objets du quotidien, ce qui est porteur de sens pour la personne et favorise l'amélioration de la performance occupationnelle (p 16) (3).

L'ensemble des ergothérapeutes propose des MES écologiques lors de la PES. En étant centrée sur l'occupation, dans un environnement adapté, porteur de sens pour la personne, la démarche est top-down et favorise la neuroplasticité. Cela concorde avec la philosophie de l'approche NER 21, top-down, recherchant à favoriser la neuroplasticité à travers la participation active du patient dans un environnement proche de la réalité et diversifié, ne nécessitant aucun matériel spécifique (p 11) (2). De plus, tenir compte de la personne, réalisant des activités, dans un environnement

adapté découle de la dynamique personne-occupation-environnement (p 15) (30). Cette interaction favorise la performance occupationnelle de l'individu (50).

Les nouvelles technologies (Arméo Spring® et IVS3® de Dessintey), citées par un des ergothérapeutes formé NER 21, font parties des différentes méthodes de rééducation validées par l'HAS (p 7). Ce type de rééducation, de prime abord, ne semble pas concorder avec la philosophie de l'approche NER 21, qui s'appuie sur des activités le plus écologique possible (p 11) (2,25). Or, si les nouvelles technologies sont significatives et signifiantes pour la personne, alors leur utilisation favorise la participation active et la neuroplasticité, ce qui est tout à fait en accord avec l'approche NER 21 (2). De plus, l'utilisation de ce type de technologies stimule la neuroplasticité (2,51,52) et apparait donc pertinente en complément des méthodes traditionnelles de rééducation.

Selon Doris Pierce, l'occupation comprend trois notions pour développer son potentiel thérapeutique : « l'attrait » qui correspond au « degré de désir de l'occupation », « la pertinence » qui se définit comme « la cohérence ou la correspondance entre l'occupation et les objectifs thérapeutiques de l'individu », et « la réalité écologique », qui se caractérise par « le degré d'occurrence de l'activité thérapeutique dans les conditions spatiales, temporelles et socioculturelles habituelles du client » (53). L'utilisation de différentes méthodes thérapeutiques apparait donc pertinente, toujours dans le but de favoriser une récupération optimum permettant de favoriser, à terme, l'indépendance fonctionnelle et l'amélioration de la qualité de vie de la personne (21).

### Positionnement du patient

L'ensemble des ergothérapeutes interviewés expriment la nécessité d'un positionnement précoce. Les trois premiers ergothérapeutes interrogés, non formés NER 21, précisent effectuer un positionnement au lit et au fauteuil, avec un aménagement de l'environnement en fonction des atteintes de la personne et dans le but de la sécuriser. De plus, ils forment les aidants au positionnement pour les personnes vivant à leur domicile (p 16). Ainsi, le positionnement de la personne est préconisé afin d'éviter des complications notamment celle de la subluxation de l'épaule (54,55).

Par ailleurs, les trois ergothérapeutes formés NER 21 précisent réaliser un positionnement spécifique NER 21 en décubitus latéral sur le côté plégique, pour les personnes présentant des troubles sensitifs et moteur. Cela correspond aux éléments

influençant la neuroplasticité (p 11) (Annexe II). Les ergothérapeutes soulignent que ce positionnement stimule la proprioception. En parallèle, ils mettent en place des attelles de réalignement articulaire, en position physiologique optimum, pour limiter les positions vicieuses et stabiliser les articulations (p 12) (Annexe II). Associées à une limitation de l'espace qui renforce les retours sensori-moteurs et le sentiment de sécurité, tout cela induit une amélioration du contrôle postural (2). De plus, ils aménagent également l'environnement et l'adaptent à la personne (Annexe II) (2). Une des ergothérapeutes formée NER 21 précise la mise en place d'une verticalisation précoce. En effet, même en présence d'hypotonie du côté parétique, la verticalisation stimule le retour proprioceptif et le tonus postural, favorisant ainsi la neuroplasticité et le contrôle postural (p12) (1). Les ergothérapeutes interviewés précisent rencontrer des limites à la mise en place de ce type de positionnement : personnel peu formé, positionnement allant à l'encontre de ce qui est réalisé habituellement et technique nécessitant une formation spéciale pour une application n'induisant pas de complications.

La plupart des ergothérapeutes interrogés évoquent un travail pluriprofessionnel dans la PES du positionnement avec également un rôle de formation et de sensibilisation des autres professions de santé (32).

Dans tous les cas, les positionnements sont effectués dans une volonté de limitation des complications mais avec une appréhension différente de la méthode à appliquer (p 16-17).

### Qualité de vie

Concernant la qualité de vie, l'ensemble des ergothérapeutes interviewés décrit ne pas réaliser d'évaluation ou de bilan spécifiques, à l'encontre de la partie définition de la qualité de vie (p 18). Par ailleurs, les six ergothérapeutes précisent s'en soucier, mais de manière informelle, à travers des entretiens, des observations, des questionnaires « maison » permettant de faire le point sur les permissions à domicile des personnes, ou encore en se référant à la validation des objectifs fixés ou non.

De plus, certains ergothérapeutes citent des bilans non développés dans le cadre théorique mais étudiant certains facteurs de qualité de vie. En effet, E3 évoque l'EuroQoL soit EQ-5D-5L. C'est la dernière version d'une échelle européenne mesurant la qualité de vie liée à la santé. Les cinq items étudiés sont la mobilité, les soins de soi, les activités habituelles, les douleurs et inconforts et enfin l'anxiété et la dépression (56–58). E4, quant à elle, nomme différents bilans. Tout d'abord le SMAF

qui évalue 29 fonctions recouvrant les AVQ. Elle énonce également le bilan analytique et l'échelle de Bergego, permettant l'évaluation fonctionnelle de l'héminégligence dans différentes situations de vie quotidienne (59). En cela, ces différentes méthodes évoquées évaluent indirectement la qualité de vie pour la plupart, s'appuyant sur les facteurs l'influençant, à l'instar des différents outils de mesure présentés dans la définition de la qualité de vie (p18).

E1 précise également solliciter l'entourage lors des retours sur les permissions de la personne, s'appuyant ainsi sur le soutien familial de la personne, facteur favorisant l'amélioration de la qualité de vie de la personne, comme cité dans la partie qualité de vie et AVC (p 20). Par contre, E2 explique que les conditions de travail, manque de temps de ce cas, limitent les échanges avec l'entourage.

La quasi intégralité des ergothérapeutes interrogés souhaite ou attend d'être formé au MCRO. Cette outil patient-centré est issu du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Il permet d'identifier cinq problèmes prioritaires parmi les trois domaines de performance : les soins personnels, la productivité et les loisirs (30,60).

Enfin, E3 cite l'ETP comme outil d'évaluation de la qualité de vie des personnes post-AVC. Or, selon l'OMS, l'ETP est un outil de prise en soin permettant aux personnes porteuses d'une pathologie chronique de mieux comprendre et vivre avec la maladie. Cette méthode patient-centrée a pour objectif de maintenir voire améliorer la qualité de vie de la personne (61,62).

Ainsi, que ce soit les bilans cités par les ergothérapeutes, la MCRO ou l'ETP, ce ne sont donc pas des méthodes d'évaluation directe de la qualité de vie mais des outils en lien avec le rôle des ergothérapeutes permettant de favoriser celle-ci (p 20).

### [Le syndrome Pusher](#)

Le syndrome Pusher ou latéropulsion est évoqué par E5 en précisant que seule l'approche NER 21 proposait une PES pour ce type de conséquence post-AVC. Ce syndrome est particulièrement remarqué lors de lésions de l'hémisphère droit. Les personnes présentent une perception altérée de l'orientation du corps par rapport à la gravité. Ainsi, il est observé une inclinaison et une poussée active vers le côté hémiplegique dans toutes les positions, sans tentative de compensation du déséquilibre. De plus, il existe une résistance aux tentatives de corrections passives vers le côté sain. La présence d'une négligence spatiale unilatérale est souvent présente dans le cas d'un syndrome Pusher (2,63). La PES nécessite la stimulation

du retour sensori-moteur (64) mais également l'amélioration du contrôle postural (65). L'approche NER 21 semble pouvoir proposer des clés pour améliorer à terme la qualité de vie des patients. Elle peut également être associée à des thérapies de réalité virtuelle, ou l'utilisation du Lokomat® (65), exosquelette de membres inférieurs électromécanisé, permettant une amélioration de l'équilibre et une verticalisation prolongée. Tout cela facilite le retour sensori-moteur et la neuroplasticité.

### 5.3 Validation des hypothèses et réponse à la question de recherche

Pour rappel, la question de recherche est : « En quoi l'utilisation de l'approche NER 21 en ergothérapie peut-elle améliorer la qualité de vie des patients post-AVC ? ».

Après m'être entretenue avec six ergothérapeutes dont trois formés NER 21, il apparaît que certaines hypothèses sont validées. Tout d'abord, l'hypothèse « L'ergothérapeute, à travers l'approche NER 21, favorise la participation active du patient en lui proposant des activités signifiantes et significatives dans un environnement le plus écologique possible, ce qui contribue à l'amélioration de sa qualité de vie » est validée. En revanche, il semble que l'approche NER 21, hormis en ce qui concerne l'utilisation d'objets du quotidien afin de renforcer l'aspect signifiant et significatif de l'activité et la réalité écologique, n'ait pas de réelle plus-value en ergothérapie, car l'ensemble des ergothérapeutes interviewés favorise la participation active et la MES la plus écologique possible.

Enfin, l'hypothèse « L'ergothérapeute contribue à l'amélioration de la qualité de vie du patient post-AVC en favorisant son contrôle postural » est validée. Les ergothérapeutes non formés NER 21 n'évoquent pas le sujet. A contrario, les ergothérapeutes formés NER 21 évoquent le positionnement spécifique NER 21, tiennent compte du tronc hypotonique, mettent en place des orthèses de stabilisation des articulations, pratiquent la verticalisation précoce qui favorise une amélioration du contrôle postural.

En revanche, l'hypothèse « La préconisation d'activités physiques par les ergothérapeutes permet de lutter contre le syndrome BPS-D et donc d'agir sur la qualité de vie du patient » n'est pas validée. Aucun des ergothérapeutes interviewés ne cite le syndrome BPS-D comme conséquence de l'AVC. Seuls deux symptômes primaires sont pris en compte et bénéficient d'une PES : les troubles sensori-moteurs et l'altération du contrôle postural.

Suite à ce travail de recherche, il apparaît que l'approche NER 21, en ergothérapie, favorise la qualité de vie des personnes à travers l'amélioration du contrôle postural. En revanche, elle ne semble pas apporter de moyens supplémentaires aux ergothérapeutes pour favoriser la participation active de la personne à travers des activités signifiantes et significatives dans un environnement le plus écologique possible. Le syndrome BPS-D, quant à lui, n'est pas pris en compte lors de la PES. Une prochaine étude sur un échantillon plus représentatif permettrait d'approfondir le sujet notamment en étudiant uniquement une population d'ergothérapeutes formés NER 21.

#### 5.4 L'activité physique : vers de nouvelles perspectives de recherche

L'hypothèse affirmant que la préconisation d'activités physiques par les ergothérapeutes permet de lutter contre le syndrome BPS-D et donc d'agir sur la qualité de vie du patient n'est pas vérifiée. Lors des échanges, aucun des ergothérapeutes ne cite le syndrome BPS-D comme conséquence de l'AVC, ni l'activité physique comme moyen de rééducation.

Plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer. Tout d'abord, la formation initiale et continue des ergothérapeutes ne sensibilise peut-être pas assez au syndrome BPS-D. La littérature contient très peu d'articles à ce sujet (2,16), ce qui peut également expliquer le manque de connaissances. En revanche, le déconditionnement cardiorespiratoire et physique post-AVC est présent dans la littérature. En effet, l'AVC induit une diminution des capacités cardiorespiratoires. Cela est induit par des facteurs de risques présents en amont de l'AVC et également par les séquelles de l'AVC comme l'hémi-parésie (66). De cette altération des aptitudes cardiorespiratoires résulte un déconditionnement conduisant à une inactivité physique accrue, un isolement social et décuple les facteurs de risques de maladie cardiovasculaire (67,68). Or, les ergothérapeutes ne citent pas non plus cette conséquence de l'AVC, retentissant pourtant sur l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie de la personne. Les ergothérapeutes s'appuyant sur une approche patient-centré, cette conséquence de l'AVC n'est peut-être pas une priorité de rééducation de la personne. Si la personne présentait des habitudes de vie plutôt sédentaires avant l'AVC, elles ne recherchent pas en priorité de récupérer une condition physique optimum, ne sachant pas que cela influe positivement sur leur récupération et à terme sur leur qualité de vie future.

L'activité physique, quant à elle, tient une place à part entière en rééducation. Elle est tout d'abord recommandée par l'HAS, en prévention primaire pour améliorer les



facteurs de risques. En prévention secondaire, associée à une modification des habitudes de vie, elle diminue les risques de récidives cardio-vasculaires post-AVC. En prévention tertiaire, l'activité physique favorise la neuroplasticité, la récupération fonctionnelle, améliore les aptitudes cardiorespiratoires et diminue le syndrome dépressif (68). Les effets bénéfiques de l'activité physique en rééducation apparaissent dans divers articles ce qui en fait un moyen de rééducation dont il faut tenir compte (2,66,67).

Or, les ergothérapeutes ne citent pas l'activité physique comme moyen de rééducation, ce qui peut s'éclaircir par différentes hypothèses. Tout d'abord, les personnes post-AVC ne considèrent pas nécessairement la condition physique et cardiorespiratoire comme une priorité. C'est pourquoi, l'activité physique n'est pas un moyen proposé. Une autre raison peut être un investissement du champ de l'activité physique encore faible par les ergothérapeutes. Pourtant, depuis 2016, le code de la Santé Publique, dans l'article L1172-1 et D1172-2, notifie que l'ergothérapeute est un professionnel qualifié pour proposer de l'activité physique aux patients. De plus, il est précisé que l'activité physique s'inscrit « dans un contexte d'activités du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés ». La promotion de l'activité physique en ergothérapie est en évolution ses dernières années à travers la formation initiale notamment (69). L'ergothérapie peut également s'appuyer sur la science de l'occupation pour renforcer le sentiment de légitimité dans l'investissement de l'activité physique et s'appuyer sur son potentiel thérapeutique (53,70).

Dans une prochaine étude, il serait intéressant de se demander comment favoriser l'utilisation de l'activité physique comme moyen thérapeutique du syndrome BPS-D par les ergothérapeutes.

## 6. Perspective pour la pratique

### 6.1 Apports personnels

Sur un plan personnel, ce travail de recherche me permet tout d'abord de développer mon esprit critique, mais également mon esprit de synthèse, nécessaires à ma future pratique professionnelle.

Sur le plan professionnel, ce travail me permet de développer de nouvelles connaissances concernant la PES des patients post-AVC et les réponses à leur apporter. Mon identité professionnelle s'est également enrichie. Il me semble également primordial de rester curieux et de continuer à s'interroger tout au long de

sa pratique professionnelle sur pourquoi et comment nous utilisons ou proposons telle méthode de rééducation.

### 6.2 Apports pour la profession

Ce travail de recherche sur une méthode de rééducation/ réadaptation récente peut permettre de faire évoluer les pratiques ergothérapeutiques concernant la PES des patients post-AVC. Cette approche patient centrée est complètement en adéquation avec les valeurs du métier et pourrait s'avérer être un avantage supplémentaire dans les différents outils s'offrant déjà à nous et ainsi optimiser les résultats escomptés par le patient. De plus, cette méthode s'inscrit dans une transversalité des professions de rééducation mais aussi de soins. Pratiquer le même langage entre différents professionnels de santé permet de se comprendre et ainsi optimiser la PES du patient.

### Conclusion

L'AVC est une pathologie très répandue dans le monde, aux lourdes conséquences pour la personne et son entourage. L'approche NER 21, dans sa mise en pratique en ergothérapie, permet de favoriser des PES pluriprofessionnelles, entre rééducateurs mais également soignants tout en intégrant précocement l'entourage. Le patient est au centre de sa PES et sa participation active est facilitée par des objets du quotidien et des occupations signifiantes et significatives. De plus, le positionnement spécifique NER 21, la verticalisation précoce et le contrôle postural induisent un retour sensorimoteur nécessaire à la neuroplasticité. Cela améliore la récupération fonctionnelle et la qualité de vie des personnes. Mais ce type de positionnement nécessite un changement de paradigme des professionnels intervenant dans les PES post-AVC. Par ailleurs, l'approche NER 21 semble apporter des outils concrets et bénéfiques pour les personnes présentant un syndrome Pusher.

Les ergothérapeutes pourraient également proposer l'activité physique, en tant qu'occupation, pour favoriser l'amélioration du syndrome BPS-D mais aussi limiter les récurrences cardio-vasculaires. Cette occupation entre dans le champ des compétences ergothérapeutiques, mais elle est encore peu investie. Elle offre toutefois un réel intérêt pour les patients, en s'inscrivant dans une PES pluriprofessionnelle. La science de l'occupation pourrait permettre d'offrir un cadre et également une légitimité des ergothérapeutes dans leur pratique.

## Bibliographie

1. Gerber MH. Rééducation d'une jeune maman post-AVC, basée sur l'approche neuro-environnementale « NER21 ». ErgOthérapies. 2016 octobre 21; 63:51-66.
2. Gerber MH. Approche thérapeutique neuro-environnementale après une lésion cérébrale. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. 2014. 349 p. (De Boeck Solal).
3. Govender P, Kalra L. Benefits of occupational therapy in stroke rehabilitation. Expert Review of Neurotherapeutics [en ligne]. 2007 août [consulté le 22 février 2021]; 7(8):1013-9. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17678496/>
4. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JCM, Cup EHC, van den Ende CHM. Occupational Therapy for Stroke Patients. Stroke [en ligne]. 2003 mars 1 [consulté le 24 mai 2021];34(3):676-87. Disponible : <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.0000057576.77308.30>
5. Société Française Neuro Vasculaire. AVC, nous sommes tous concernés - campagne information 2018 [en ligne]. Paris: SFNV; 2018 [consulté le 13 mai 2021]. Disponible : <https://www.accidentvasculairecerebral.fr/avc-tous-concernes>
6. Cerniauskaite M, Quintas R, Koutsogeorgou E, Meucci P, Sattin D, Leonardi M, et al. Quality-of-life and disability in patients with stroke. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation [en ligne]. 2012 février [consulté le 22 février 2021]; 91(13 Suppl 1):S39-47. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22193309/>
7. Nada C, Sourour T, Mariem T, Manel MB, Lobna Z, Jihène BT, et al. Impact du handicap physique et des troubles émotionnels concomitants sur la qualité de vie en post-AVC. L'encephale [en ligne]. 2017 octobre 20 [consulté le 05 mars 2021]; 43(5):429-34. Disponible : [https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EL\\_S0013700616301737](https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EL_S0013700616301737)
8. Sifef. Ergothérapeute – Accueil [en ligne]. Paris: Sifef; 2021 [consulté le 27 sept 2021]. Disponible: <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>
9. OMS. Accident vasculaire cérébral (AVC) [en ligne]. Geneva: World Health Organization; 2021 [consulté le 13 mai 2021]. Disponible : [https://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/fr/](https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/)
10. Murphy SJX, Werring DJ. Stroke: causes and clinical features. Medicine [en ligne]. 2020 septembre [consulté le 10 septembre 2021]; 48(9):561-6. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7409792/>
11. Collège des Enseignants de Neurologie. Accidents vasculaires cérébraux [en ligne]. Rennes: Collège des Enseignants de Neurologie; 2016 [consulté le 10 sept 2021]. Disponible : <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/accidents-vasculaires-c%C3%A9r%C3%A9braux>
12. Haute Autorité de Santé. Accident vasculaire cérébral - Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC [en ligne]. Note de

- problématique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019 [consulté le 16 mars 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc)
13. Haute Autorité de Santé. Accident vasculaire cérébral (AVC) [en ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010 [mis à jour le 19/03/2013 ; consulté le 10/09/2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1501300/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501300/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc)
  14. Haute Autorité de Santé. Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités [en ligne]. Recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019 [consulté le 16 mars 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites-note-de-cadrage)
  15. Belda-Lois JM, Mena-del Horno S, Bermejo-Bosch I, Moreno JC, Pons JL, Farina D, et al. Rehabilitation of gait after stroke: a review towards a top-down approach. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* [en ligne]. 2011 décembre 13 [consulté le 19 septembre 2019]; 8(1):66. Disponible: <https://doi.org/10.1186/1743-0003-8-66>
  16. Gerber MH. Syndrome du déconditionnement physique et biopsychosocial après AVC : modèle «PBDS» et programme de rééducation. *Le mensuel pratique et technique du kinésithérapeute* [en ligne]. 2007 juillet 10 [consulté le 22 mars 2021]; 479. Disponible : <https://www.ks-mag.com/article/7157-syndrome-du-deconditionnement-physique-et-biopsychosocial-apres-avc-modele-pbds-et-programme-de-reeducation>
  17. Pang MYC, Charlesworth SA, Lau RWK, Chung RCK. Using aerobic exercise to improve health outcomes and quality of life in stroke: evidence-based exercise prescription recommendations. *Cerebrovascular Diseases* [en ligne]. 2013 [consulté le 12 septembre 2021]; 35(1):7-22. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23428993/>
  18. Tyedin K, Cumming TB, Bernhardt J. Quality of life: An important outcome measure in a trial of very early mobilisation after stroke. *Disability and Rehabilitation* [en ligne]. 2010 janvier 1 [consulté le 6 septembre 2021]; 32(11):875-84. Disponible : <https://doi.org/10.3109/09638280903349552>
  19. Ferro JM, Caeiro L, Figueira ML. Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nature Reviews Neurology* [en ligne]. 2016 mai [consulté le 10 septembre 2021]; 12(5):269-80. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27063107/>
  20. Mast BT, Vedrody S. Poststroke depression: a biopsychosocial approach. *Current Psychiatry Reports* [en ligne]. 2006 février [consulté le 13 septembre 2021]; 8(1):25-33. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16513040/>
  21. Haute Autorité de Santé. Rééducation motrice après un AVC : à déclencher dès que possible [en ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013 [mis à jour le

- 12/06/2019 ; consulté le 16/03/2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974887/fr/reeducation-motrice-apres-un-avc-a-declencher-des-que-possible](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974887/fr/reeducation-motrice-apres-un-avc-a-declencher-des-que-possible)
22. Bonan I, Raillon A, Yelnik AP. Rééducation après accident vasculaire cérébral. EMC - Neurologie [en ligne]. 2014 octobre [consulté le 05 mars 2021]; 11(4):1-10. Disponible : [https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EL\\_S0246037814657237](https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EL_S0246037814657237)
  23. Rodgers H. Stroke. Handbook of Clinical Neurology [en ligne]. 2013 [consulté le 02 mars 2021]; 110:427-33. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23312661/>
  24. Mareschal J, Ferrer Soler C, Lathuilière A, Graf C. Prise en charge nutritionnelle du sujet âgé en neuro-réadaptation. Revue Medicale Suisse [en ligne]. 2019 novembre 4 [consulté le 17 septembre 2021]. 15:2046-51. Disponible : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2019/revue-medicale-suisse-670/prise-en-charge-nutritionnelle-du-sujet-age-en-neuro-readaptation>
  25. Gerber MH. Rééducation neuro-environnementale 21e siècle « NER21 » post-AVC : description d'une séance de physiothérapie « hors les murs ». Mains Libres [en ligne]. 2016 [consulté le 05 août 2021]; 3:9-17. Disponible : <http://www.bobath-based-rehabilitation.com/LinkClick.aspx?fileticket=dvLarn4eD04%3D&tabid=455&mid=1486&language=fr-FR>
  26. World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines [en ligne]. Geneva : WHO ; 2010 [consulté le 20 sept 2021]. Disponible : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241548052>
  27. De Haerne C, Brousseau M. Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne ? ErgOthérapies. 2018 avril 26; 69:65-76.
  28. Deroide N, Nih LR, Tran Dinh RY, Lévy B, Kubis N. Plasticité cérébrale : de la théorie à la pratique dans le traitement de l'accident vasculaire cérébral. La Revue de Médecine Interne [en ligne]. 2010 juillet 1 [consulté le 01 mars 2021]; 31(7):486-92. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866310004911>
  29. Jyotirekha D, Rajanikant GK. Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. Neuroscience and Biobehavioral Reviews [en ligne]. 2018 juillet [consulté le 22 mars 2021]; 90:104-14. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763417302130?via%3Dihub>
  30. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux. 2ème édition. Paris: De Boeck Supérieur; 2017. 261 p.
  31. France. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Ministère de la santé et des sports. Santé Protection sociale Solidarité. Bulletin Officiel n°7. 15 août 2010, p. 641.

32. France. Ministère de la santé et des sports. DE d'Ergothérapeute - référentiel d'activité - Annexe I. JORF n°0156 du 8 juillet 2010 p. 12558.
33. Drolet MJ, Goulet M. Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles : perceptions d'ergothérapeutes du Québec. *ErgOthérapie*. 2018; 71:31-50.
34. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *Journal of Clinical Epidemiology* [en ligne]. 1999 avril [consulté le 14 septembre 2021]; 52(4):355-63. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10235176/>
35. Haute Autorité de Santé. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [en ligne]. Note de synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018 [consulté le 12 septembre 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie)
36. Lourel M. La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. 2007 janvier [consulté le 14 septembre 2021]; 88:4-17. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-4.htm>
37. Schindel D, Schneider A, Grittner U, Jöbges M, Schenk L. Quality of life after stroke rehabilitation discharge: a 12-month longitudinal study. *Disability and Rehabilitation* [en ligne]. 2021 juillet 31 [consulté le 6 septembre 2021]; 43(16):2332-41. Disponible : <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1699173>
38. Lo Buono V, Corallo F, Bramanti P, Marino S. Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology* [en ligne]. 2017 janvier [consulté le 12 septembre 2021]; 22(1):16-28. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26220458/>
39. Levasseur M, St-Cyr-Tribble D, Desrosiers J. Analyse du concept qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physiques. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [en ligne]. 2006 juin 1 [consulté le 22 septembre 2021]; 73:163-77. Disponible : <https://journals.sagepub.com/doi/10.2182/cjot.05.0013>
40. World Federation of Occupational Therapists. *La Pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client*. London: WFOT; 2010.
41. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer, la revue française de médecine générale* [en ligne]. 2008 [consulté le 25 janvier 2022]; 19(84):142-145. Disponible : [https://www.researchgate.net/publication/285158641\\_Introduction\\_a\\_la\\_recherche\\_qualitative](https://www.researchgate.net/publication/285158641_Introduction_a_la_recherche_qualitative)
42. Imbert G. The Semi-structured Interview: at the Border of Public Health and Anthropology. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. 2010 [consulté le 25 janvier 2022]; 102(3):23-34. Disponible :

[https://www.researchgate.net/publication/285158641\\_Introduction\\_a\\_la\\_recherche\\_qualitative](https://www.researchgate.net/publication/285158641_Introduction_a_la_recherche_qualitative)

43. Tétreault S, Guillez P. Guide pratique de recherche en réadaptation. 1ère édition. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014. 555p (De Boeck Solal).
44. Bardin L. L'analyse de contenu. 2<sup>ème</sup> édition. Paris: Presses Universitaires de France. 2013. 296 p. (Quadrige Manuels).
45. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Conséquences et retentissements suite à un AVC [en ligne]. Paris: APHP ; 2017 [consulté le 25 avril 2022]. Disponible : <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/consequences-retentissements-suite-a-avc/>
46. Piazza T. L'ergothérapie signifiante. ErgOthérapies. 2021 janvier 29; 80:43-52.
47. Rivière A. Piloter son activité avec les objectifs smart : Exemple et définition [en ligne]. Nantes: Sales Odyssey France ; 2020 [mis à jour le 01/03/2022 ; consulté le 25/04/2022]. Disponible : <https://www.salesodyssey.fr/blog/objectifs-smart/>
48. De la Tribonnière X. Être en relation avec le patient [en ligne]. In: De la Tribonnière X, médecin. Pratiquer l'éducation thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2016 [consulté le 25 avril 2022]. p 35-42. Disponible : <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/Etre-en-relation-avec-le-patient>
49. Hôpitaux Universitaires Genève. L'entretien motivationnel [en ligne]. Genève : HUG ; 2022 [consulté le 25 avril 2022]. Disponible : <https://www.hug.ch/elips/entretien-motivationnel>
50. Meyer S. De l'activité à la participation. 1ère édition. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2013. 288 p.
51. Roussel M, Godefroy O, de Boissezon X. Troubles neurologiques vasculaires et post-AVC. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2017. 326 p.
52. Duret C, Gracies JM. La rééducation du membre supérieur assistée par robot contribue-t-elle à améliorer le pronostic de l'hémiplégie vasculaire ? Revue Neurologique [en ligne]. 2014 novembre 1 [consulté le 27 avril 2022]; 170(11):671-9. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378714009473>
53. Pierce D. La science de l'occupation. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2016. 364 p.
54. ANAES. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral [en ligne]. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS ; 2002 [mis à jour le 19/07/2006 ; consulté le 25/04/2022]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/avc\\_param\\_351dical\\_recommandations\\_version\\_2006.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_recommandations_version_2006.pdf)
55. Info AVC. Positionnement [en ligne]. Montréal : Stroke Engine ; 2009 [consulté le 25 avril 2022]. Disponible : <https://strokengine.ca/fr/interventions/positionnement/>

56. EuroQol Group. EQ-5D [en ligne]. Rotterdam : EuroQol Office ; 2021 [consulté le 24 avril 2022]. Disponible : <https://euroqol.org/euroqol/>
57. EuroQol Group. EQ-5D-5L [en ligne]. Rotterdam : EuroQol Office ; 2021 [consulté le 24 avril 2022]. Disponible : <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>
58. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins dans le cadre de l'expérimentation « Episode de soins » [en ligne]. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Paris : HAS ; 2019 [consulté le 24 avril 2022]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/iqss\\_2019\\_aide\\_utilisation\\_proms\\_eds.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/iqss_2019_aide_utilisation_proms_eds.pdf)
59. Azouvi P. Évaluation de la négligence spatiale en vie quotidienne [en ligne]. In: Pradat-Diehl P, Peskine A, médecins. Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne. Paris: Springer Editions ; 2006 [consulté le 24 avril 2022]. p. 17-24. Disponible : [http://link.springer.com/10.1007/2-287-34365-2\\_3](http://link.springer.com/10.1007/2-287-34365-2_3)
60. Yang SY, Lin CY, Lee YC, Chang JH. The Canadian occupational performance measure for patients with stroke: a systematic review. *Journal of Physical Therapy Science* [en ligne]. 2017 [consulté le 25 avril 2022]; 29(3):548-55. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28356652/>
61. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation [en ligne]. Recommandations. Paris : HAS ; 2007 [consulté le 25 avril 2022]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
62. Organisation Mondiale de la Santé. Education Thérapeutique du Patient - Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques [en ligne]. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Copenhague : OMS ; 1998 [consulté le 25 avril 2022]. Disponible : [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf)
63. Roller ML. The 'Pusher Syndrome'. *Journal of Neurologic Physical Therapy* [en ligne]. 2004 mars [consulté le 27 avril 2022]; 28(1):29-34. Disponible : [https://journals.lww.com/jnpt/Fulltext/2004/03000/The\\_\\_Pusher\\_Syndrome\\_.4.aspx](https://journals.lww.com/jnpt/Fulltext/2004/03000/The__Pusher_Syndrome_.4.aspx)
64. Pardo V, Galen S. Treatment interventions for pusher syndrome: A case series. *NeuroRehabilitation* [en ligne]. 2019 janvier 1 [consulté le 27 avril 2022]; 44(1):131-40. Disponible : <https://content.iospress.com/articles/neurorehabilitation/nre182549>
65. Luque-Moreno C, Jiménez-Blanco A, Cano-Bravo F, Paniagua-Monrobel M, Zambrano-García E, Moral-Munoz JA. Effectiveness of visual feedback and postural balance treatment of post-stroke pusher syndrome. A systematic review.



Revista Científica de la Sociedad de Enfermería Neurológica (English ed) [en ligne]. 2021 janvier 1 [consulté le 27 avril 2022]; 53:16-24. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530299X20300030>

66. Billinger SA, Arena R, Bernhardt J, Eng JJ, Franklin BA, Johnson CM, et al. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [en ligne]. 2014 août [consulté le 28 avril 2022]; 45(8):2532-53. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24846875/>
67. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [en ligne]. 2016 juin [consulté le 28 avril 2022]; 47(6):e98-e169. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27145936/>
68. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive - Accidents Vasculaires Cérébraux [en ligne]. Organisation des parcours. Paris : HAS ; 2018 [consulté le 01 mai 2022]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref\\_aps\\_avc\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_avc_vf.pdf)
69. Marchalot I. Promouvoir l'activité physique : une mission des ergothérapeutes. *ErgOthérapies* [en ligne]. 2020 juillet 31 [consulté le 28 avril 2022]; 78:7-15. Disponible : <https://revue.anfe.fr/2020/07/31/promouvoir-lactivite-physique -une-mission-des-ergotherapeutes/>
70. Bertrand R. Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : une recension des écrits. *ErgOthérapies* [en ligne]. 2020 juillet 31 [consulté le 28 avril 2022]; 78:17-29. Disponible : <https://revue.anfe.fr/2020/07/31/vers-une-perspective-occupationnelle-de-lactivite-physique-et-sportive-en-ergotherapie -une-recension-des-ecrits/>

# **ANNEXES**

## Table des matières

<b>Annexe I : Tableau comparatif des approches Bottom-up et Top-down (27)</b>	III
<b>Annexe II : Éléments influençant la neuroplasticité (2)</b>	IV
<b>Annexe III : Approche écosystémique du concept « Neuro-Environnemental Rehabilitation 21<sup>st</sup> Century / NER 21 (2)</b>	V
<b>Annexe IV : Les échelles NER 21-GIJ (2)</b>	VI
<b>Annexe V : Guide du questionnaire de recrutement des participants à l'entretien</b>	VII
<b>Annexe VI : Guide d'entretien</b>	IX
<b>Annexe VII : Tableaux des analyses longitudinales</b>	XII

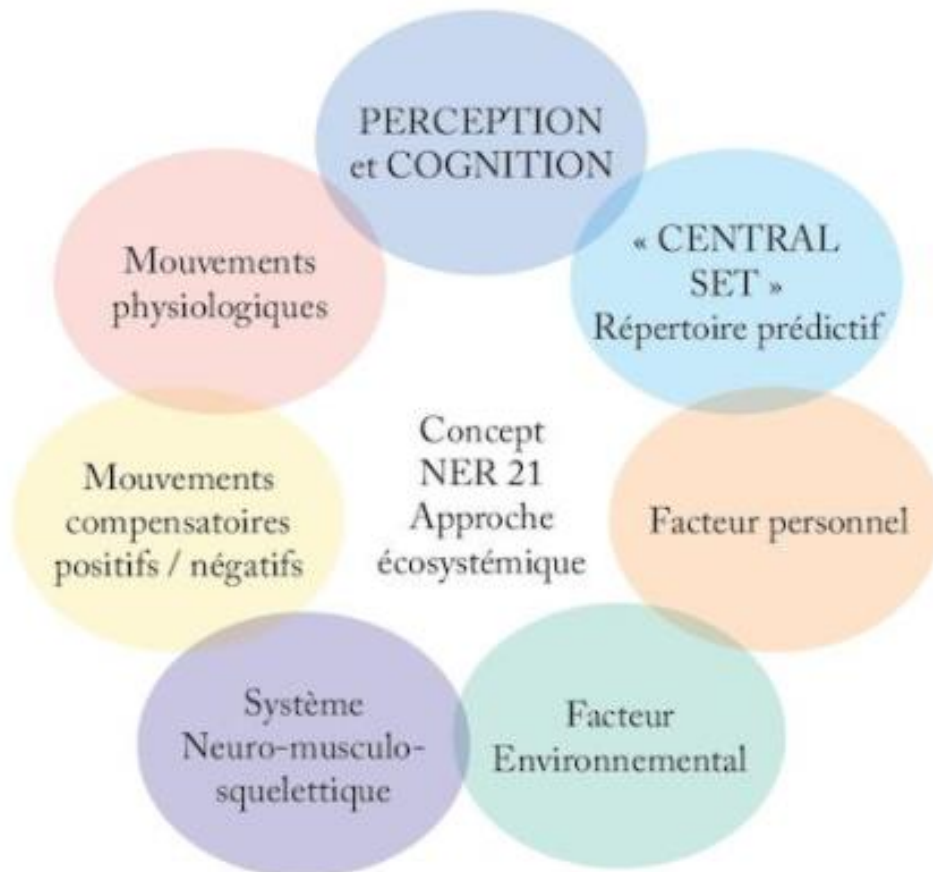
Annexe I : Tableau comparatif des approches Bottom-up et Top-down (27)



## Annexe II : Eléments influençant la neuroplasticité (2)

<b>Influence positive</b>	<b>Influence négative</b>
Participation active	Passivité et dépression
Attention accrue vers le côté parétique ou plégique	Stimulation des compensations par le côté S dès le début de la rééducation
Mise en charge du côté H (proprioception stimulée positivement si en alignement et de façon dynamique)	Décharge du côté H
Environnements diversifiés et situations surprenantes, inattendues (défi, humour, plaisir, rire)	Positionnement sur le dos et pauvre en informations perceptives qui stimule certaines composantes liées aux réflexes archaïques (réflexes toniques, symétriques et asymétriques) de la nuque
Intégration du membre supérieur parétique ou plégique	Bras parétique ou plégique en écharpe (flexion, adduction, rotation interne, pronation, flexion palmaire, déviation cubitale ou ulnaire et flexion des doigts)
Stabilisation des articulations instables dès la phase précoce, surtout cheville et poignet	Instabilité des articulations, surtout cheville et poignet
Répétitions sans répétitions (en favorisant des variations et des environnements différents)	Répétitions stéréotypées dans des environnements artificiels (le gymnase par exemple)
Aspects constructifs de l'échec	Aspects destructifs de l'échec
Progression réaliste	Progression irréaliste

Annexe III : Approche écosystémique du concept « Neuro-  
Environnemental Rehabilitation 21<sup>st</sup> Century / NER 21 (2)



## Annexe IV : Les échelles NER 21-GIJ (2)

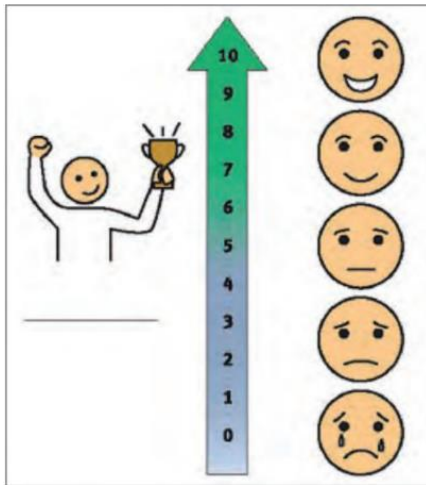


Figure 1 : Echelle NER 21 de bien-être / fierté (2)

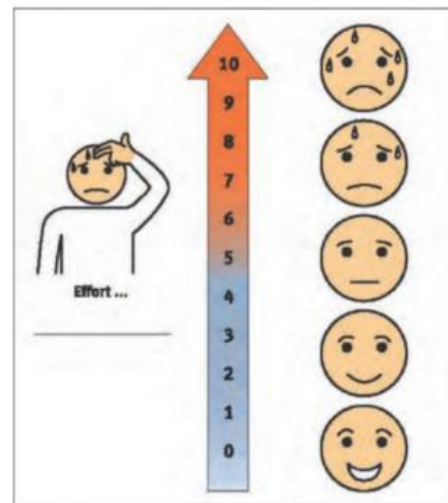


Figure 2 : Echelle NER 21 d'effort (2)

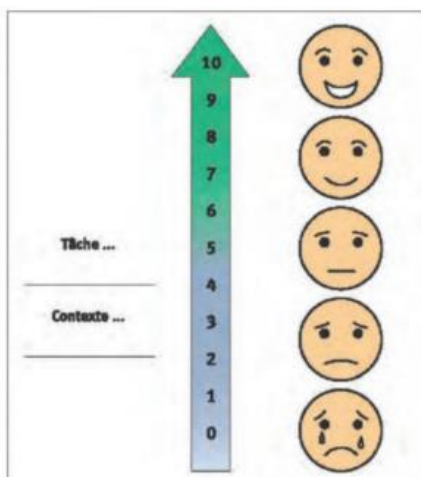


Figure 3 : Echelle NER 21 de capacité / performance (2)

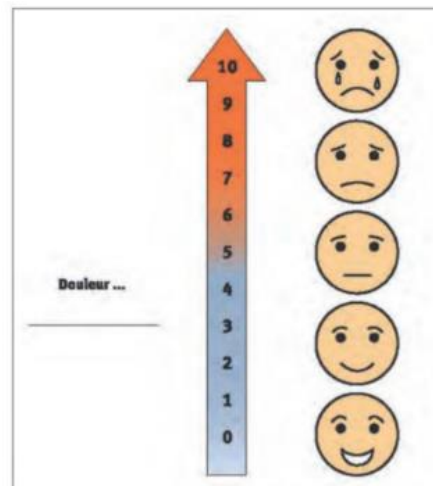


Figure 4 : Echelle NER 21 de douleur (2)

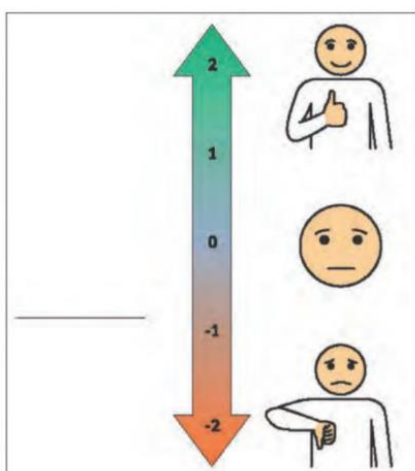


Figure 5 : Echelle NER 21 de oui / non (2)

## Annexe V : Guide du questionnaire de recrutement des participants à l'entretien

### « Amélioration de la qualité de vie des patients post-AVC »

**Période du questionnaire :** 27 novembre 2021 au 27 décembre 2021.

Le questionnaire se présente sous la forme d'un Google forms diffusé sur Facebook le 27 novembre 2021 sur les groupes « Ergothérapie (idées et créativité) », « Ergothérapie; conseils, entraide, infos, et partage. » et « Mémoire ergothérapie ».

#### **Introduction du message sur les réseaux sociaux :**

« Bonjour à tous,

Je suis actuellement étudiante en Ergothérapie à Nevers.

Dans le cadre du mémoire que je réalise sur la qualité de vie des personnes post-AVC, je recherche des ergothérapeutes travaillant en service de rééducation et plus particulièrement auprès de personnes ayant eu un AVC.

J'ai préparé un pré-questionnaire de 5 minutes que vous pouvez remplir et partager afin de m'aider dans cette démarche.

Merci beaucoup pour votre temps et vos partages.

Amélie Martin Lhomme »

Cette introduction est suivie du lien permettant d'accéder au pré-questionnaire.

#### **Présentation dans le Google Forms :**

« Bonjour, je suis actuellement étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à l'IFE de Nevers. Dans le cadre de mes études, je réalise mon mémoire sur l'amélioration de la qualité de vie des patients post-AVC.

Je recherche des ergothérapeutes travaillant en service de rééducation auprès de patients post-AVC pour remplir ce pré-questionnaire. Cela me permettra ensuite d'effectuer des entretiens avec celles/ceux qui l'acceptent. En effet, vos opinions et votre expérience concernant ce type de prises en soin me permettraient d'enrichir mes connaissances et de progresser dans ce travail d'initiation à la recherche.

Ce questionnaire comporte 7 questions et vous prendra 5 minutes.

Je vous remercie par avance pour vos réponses qui me seront d'une grande aide pour la suite de la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche.

Si vous avez besoin de plus amples renseignements, vous pouvez me contacter au : 06 48 00 36 17 ou par mail: lhomme.amelie39@outlook.fr .

Mots clés : ergothérapie, AVC, rééducation, qualité de vie, holisme, approche patient-centrée, neuroplasticité »

#### **Consentement :**

**Question 1 (dichotomique):** consentez-vous à ce que les données recueillies soient traitées de manière anonyme et utilisées pour la rédaction d'un mémoire d'initiation à la recherche ? (cochez la réponse oui / non (\* obligatoire))

#### **Description de la population :**

**Question 2 (fermée) :** depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?



**Question 3 (fermée) :** depuis combien de temps exercez-vous dans le secteur de la rééducation de patients post-AVC ?

**Question 4 (fermée) :** êtes-vous le/la seul (e) ergothérapeute du service ?

**Question 5 (ouverte) :** quelles formations concernant les approches ou méthodes de rééducation avez-vous suivies depuis votre diplôme ?

**Devient :**

**Question 5 (multichotomique) :** quelles formations concernant les approches ou méthodes de rééducation avez-vous suivies depuis votre diplôme ?

**Propositions de réponse :**

- **Thérapie miroir**
- **Approche Bobath actuelle**
- **Thérapie induite par la contrainte (TIC) du membre supérieur plégique**
- **Réalité virtuelle**
- **Concept NER 21**
- **Méthode Perfetti**
- **Autre : .....**

**Consentement :**

**Question 6 (fermée) :** acceptez-vous de laisser votre numéro de téléphone et/ou votre adresse mail afin que je puisse vous contacter pour de plus amples renseignements ? (votre anonymat reste garanti tout au long de ce travail) oui/non.

**Question 7 (fermée) :** Si oui, numéro de téléphone et/ou adresse mail :

.....

## Annexe VI : Guide d'entretien

Date:

Lieu:

Présentiel / visioconférence :

Heure du début:

Heure de fin:

### **Formule d'introduction**

Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je vous rappelle que cet entretien sera enregistré et anonymisé.

Je m'appelle Amélie Martin Lhomme et je suis étudiante en 3<sup>ème</sup> année en ergothérapie à l'IFE de Nevers. Mon sujet de mémoire porte sur l'amélioration de la qualité de vie des patients post-AVC. Etes-vous toujours d'accord pour participer à cet entretien ?

Je mets en route le système d'enregistrement sur le smartphone qui se verrouille avec un code.

Etes-vous prêt(e) ?

### **Entretien**

Thèmes	Questions	Sous-thèmes	Questions de relance
Généralités	<b>1. Quel est votre parcours professionnel ?</b> Reformulation : pouvez-vous vous présenter professionnellement ?	Critères d'inclusions validés	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quand avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat ?</li><li>• Depuis combien de temps travaillez-vous avec des patients post-AVC ?</li><li>• Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ? Avec quels rééducateurs ?</li></ul>
Accident Vasculaire Cérébral	<b>2. Pouvez-vous me dire quelles conséquences de l'AVC connaissez-vous ?</b> Reformulation : quelles conséquences physiques, cognitives, psychologiques et sociales de l'AVC connaissez-vous ?	Connaissance pathologie, Conséquences au quotidien	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quelles conséquences de l'AVC rencontrez-vous ?</li></ul>

	<p><b>3. Quelles sont les conséquences qui vous semblent primordiales pour axer votre PES des patients post-AVC ?</b></p> <p>Reformulation : quelles sont les conséquences les plus importantes à PES selon vous ?</p>	<p>Axe de la PES Vision holistique du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur quelles conséquences avez-vous le plus votre PES ?</li> </ul>
Approche patient-centré	<p><b>4. Comment est intégrée la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement le concernant ?</b></p> <p>Reformulation : pour réaliser le diagnostic ergothérapeutique et le plan de traitement, comment procédez-vous ?</p>	<p>Participation active du patient, Vision holistique du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels bilans réalisez-vous ?</li> <li>• Sur quoi questionnez-vous le patient ?</li> <li>• Le plan de traitement est-il réalisé avec la personne ?</li> </ul>
Syndrome BPS-D	<p><b>5. Quels types d'activités proposez-vous aux patients post-AVC et dans quelles conditions ?</b></p> <p>Reformulation : lors de la PES post-AVC, quels sont les moyens et environnements que vous utilisez ?</p>	<p>Activités significantes, Activités physiques, Participation active du patient, AVQ, Environnement écologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les activités sont-elles significantes ?</li> <li>• Proposez-vous des AVQ dans un environnement écologique et diversifié ?</li> </ul>
	<p><b>6. Agissez-vous sur le positionnement du patient ? Si oui, à partir de quand dans la PES ?</b></p> <p>Reformulation : prenez-vous en compte le positionnement de la personne lors de votre PES ? Prise en compte précoce ?</p>	<p>Alignement postural, Retour sensori-moteur, Compensations / AT Neuroplasticité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles préconisations d'installation réalisez-vous ?</li> <li>• Sollicitations du côté hémiparétique ?</li> </ul>

Qualité de vie	<p><b>7. Lors de vos PES, évaluez-vous la qualité de vie de la personne ? Si oui, quelles bilans/ échelles utilisez-vous ?</b></p> <p>Reformulation : comment pensez-vous contribuer à la qualité de vie des patients post-AVC ?</p>	<p>Prise en compte de la qualité de vie dans la PES comme critère de qualité</p> <p>Bilans/échelles utilisés</p> <p>Prise en compte de l'environnement social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels bilans utilisez-vous pour évaluer la qualité de vie de la personne ?</li> <li>• A quel moment de la PES ?</li> <li>• Le soutien familial / social est-il pris en compte ?</li> </ul>
Clôture	<p><b>8. Avez-vous des questions ou éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</b></p> <p>Reformulation : Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?</p>	Ouverture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous des remarques ?</li> </ul>

**Formule de clôture de l'entretien**

Nous avons maintenant terminé. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre participation à mon étude. Cela me permettra d'avancer dans mes recherches.

Je vous souhaite une bonne continuation et une bonne journée.

## Annexe VII : Tableaux des analyses longitudinales

### Entretien ergothérapeute E1

	<p><b>Question 2 : Pouvez-vous me dire quelles conséquences de l'AVC vous connaissez ?</b></p>
Corpus	<p>« Sur la vie quotidienne des personnes ?          Oui, quelles conséquences physiques, cognitives, psychologiques, sociales et de vie quotidienne ?          Après ça dépend, euh en fait chaque AVC est un peu différent. Donc, ça peut être des hémiparésies, une hémiparésie. Après ça peut être plus cognitif, troubles du comportement, ou euh des troubles de mémoire, de repérage dans l'espace, des praxies aussi. Euh quoi d'autre ? Il y en a tellement c'est assez [silence]. Là, j'essaie de voir les patients que j'ai, voir un peu ce qu'ils ont et [silence].          Qu'est-ce que vous rencontrez le plus souvent ?          Le plus souvent, ils sont hémiparétiques d'un côté. Euh un peu de troubles cognitifs, donc des fois quand on pose la question « quel jour on est ? », ils ne savent pas trop. [silence]          Concernant les AVQ quelles sont les conséquences ?          Bah après ils ont des difficultés par exemple à s'habiller. Souvent, ils peuvent aider un peu à faire la toilette du haut. Euh après ils se déplacent en fauteuil roulant donc c'est un peu contraignant. Les transferts, on travaille les transferts pour qu'ils soient le plus autonome pour aller sur les toilettes, les choses comme ça. Parce que sinon, la plupart du temps ils ont des protections. Donc voilà les impacts un peu. Aussi, pour manger, ils ont des difficultés. Euh des fois ils ont les repas mixés parce qu'ils ont des troubles de la déglutition. Après ils ont des difficultés pour ouvrir les pots de yaourts, des choses toutes bêtes comme ça. Et puis, s'ils sont négligents, ils vont laisser un côté de leur plateau comme ça sans le toucher parce que bah ils sont négligents. Et si on ne les stimule pas en leur disant regardez bien à votre gauche, à votre droite et bah ils ne vont pas toucher du tout à cette partie du plateau. Donc voilà. Puis après bah [silence]. Il y a des fois on fait des mises en situation pour aller faire les courses. Ils ont des difficultés, bah le fait de trouver ce qu'ils cherchent dans le magasin, de devoir donner les sous, devoir compter combien ils doivent donner.          Oui pour la gestion.          Oui voilà. »</p>
Codage	<p>« ça dépend » « chaque AVC est un peu différent »          « hémiparésies », « hémiparésie », « cognitif », « trouble du comportement », « troubles de mémoire », « repérage dans l'espace », « des praxies », « quel jour on est ? ils ne savent pas trop »          « difficultés par exemple à s'habiller », « peuvent aider un peu à faire la toilette du haut », « se déplacent en fauteuil roulant »          « transferts », « travaille les transferts pour qu'ils soient le plus autonome pour aller sur les toilettes »,          « pour manger », « troubles de la déglutition »,          « négligents », « si on ne les stimule pas », « bah ils ne vont pas toucher du tout à cette partie du plateau »          « mises en situation pour aller faire les courses », « difficultés [...] de trouver [...] dans le magasin, de devoir donner les sous, devoir compter »</p>

Catégorisation	<p>Conséquences variables selon AVC</p> <p>Troubles cognitifs : mémoires, praxies, repérage spatio-temporel, héminégligence</p> <p>Troubles moteurs : hémiplégie, hémiparésie</p> <p>Troubles de la déglutition</p> <p>Troubles du comportement</p> <p>AVQ</p> <p>Autonomie et indépendance</p> <p>Axe de rééducation : AVQ et autonomie/indépendance</p>
	<p><b>Question 3</b> : Quelles sont la/les conséquences qui vous semblent primordiales pour axer votre PES des patients post-AVC ?</p>
Corpus	<p>« Ce qui nous intéresse le plus ?</p> <p>Oui</p> <p>Euh, dans un premier temps ce qui nous intéresse le plus c'est qu'ils puissent déjà appeler quand ils arrivent dans le service. Qu'ils puissent appuyer sur le bouton pour qu'ils puissent demander de l'aide. Qu'ils comprennent ça. Euh, qu'ils soient bien installés au lit. Après c'est aussi, on va travailler en premier lieu les transferts pour aider aussi les soignants, faire que ça soit plus facile pour eux. Euh et puis aussi, après, on va plus axer sur l'habillage, les choses comme ça. Mais avant ça, en fait, on va travailler plus en analytique. Des choses pas forcément qui ont, [silence]. Comme ça, on va donner des exercices qui n'ont pas forcément de rapport avec l'habillage mais c'est pour, pas forcément de rapport avec l'habillage, mais c'est pour qu'ils récupèrent un peu d'amplitude pour ensuite lever le bras et mettre le tee-shirt.</p> <p>Pour ensuite transférer les acquis dans le fonctionnel ?</p> <p>Voilà c'est ça. On est obligé un peu de passer par les exercices qui ont peut-être moins de sens pour la personne mais pour au final aller plus dans la direction de son autonomie et de ce qu'il veut. Voilà. »</p>
Codage	<p>« qu'ils puissent déjà appeler quand ils arrivent dans le service », « Qu'ils puissent appuyer sur le bouton », « demander de l'aide. »,</p> <p>« Qu'ils soient bien installés au lit »,</p> <p>« on va travailler en premier lieu les transferts », « pour aider aussi les soignants », « que ça soit plus facile pour eux »,</p> <p>« aussi après on va plus axer », « sur l'habillage, les choses comme ça »,</p> <p>« avant ça en fait on va travailler », « en analytique », « donner des exercices qui n'ont pas forcément de rapport avec l'habillage », « pour qu'ils récupèrent un peu d'amplitude pour ensuite lever le bras et mettre le tee-shirt »</p> <p>« on est obligé un peu de passer par les exercices qui ont peut-être moins de sens », « pour au final aller plus dans la direction de son autonomie et de ce qu'il veut »</p>
Catégorisation	<p>Sécurisation de la personne</p> <p>Positionnement au lit</p> <p>Récupération des amplitudes articulaires : exercices analytiques</p> <p>AVQ : transferts, habillage, autres</p> <p>Viser autonomie et indépendance</p> <p>Patient centré</p> <p>Analytique moins significatif</p>
	<p><b>Question 4</b> : Comment est intégrée la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement le concernant ?</p>

Corpus	<p>« Euh bah souvent on fait un entretien. On voit ses compétences et on leur demande ce qui leur tient à cœur, ce qui leur plairait on va dire de refaire. Après ça dépend de chaque patient aussi, parce que ceux qui ont des gros troubles cognitifs ça va être compliqué de leur demander. Ou des fois juste des patients qui vont dire bah « on ne sait pas ». Donc on essaie de travailler un peu globalement. Voilà ! Euh mais sinon avec ma collègue, on aimerait bien commencer à utiliser la MCRO, comment dire le questionnaire.</p> <p><a href="#">Vous souhaitez utiliser la MCRO qui va avec le modèle conceptuel MCREO.</a></p> <p>Oui. On ne l'a pas trop mis en place encore, mais dans nos questions c'est [silence]. C'est un peu, euh on s'en inspire. C'est juste on ne remplit pas la feuille et on ne demande pas forcément à la personne euh à quel niveau c'est vraiment important pour lui. Donc voilà. Et aussi, c'est aussi parce qu'on a beaucoup de personnes, il y a beaucoup de personnes qui sont aphasiques et donc pour parler c'est très compliqué. Et donc, euh, bah on ne peut pas leur demander, ils ne vont pas nous répondre et donc voilà. Des fois on le fait un peu plus tard.</p> <p><a href="#">Quand ils ont commencé à récupérer ?</a></p> <p>Voilà quand la rééducation a commencé et qu'ils commencent à récupérer et que, et voilà.</p>
Codage	<p>« souvent on fait un entretien », « voit ses compétences », « on leur demande ce qui leur tient à cœur, ce qui leur plairait on va dire de refaire »,</p> <p>« ça dépend de chaque patient aussi », « ceux qui ont des gros troubles cognitifs ça va être compliqué de leur demander », « des patients qui vont dire [...] « on ne sait pas » », « essaie de travailler un peu globalement »,</p> <p>« avec ma collègue, on aimerait bien commencer à utiliser la MCRO, comment dire le questionnaire », « pas trop mis en place encore », « dans nos questions », « on s'en inspire », « on ne demande pas forcément à la personne euh à quel niveau c'est vraiment important pour lui »,</p> <p>« a beaucoup de personnes qui sont aphasiques », « ils ne vont pas nous répondre », « on le fait un peu plus tard. », « quand la rééducation a commencé et qu'ils commencent à récupérer »</p>
Catégorisation	<p>Entretien : recueil souhaits et priorités du patient</p> <p>Bilan des capacités</p> <p>Difficulté quand le patient présente des troubles cognitifs : trouble du langage, troubles des fonctions exécutives</p> <p>Adaptation des ergothérapeutes : recueil effectué à d'autres moments de la PES</p> <p>MCRO : inspiration en attendant formation</p> <p>Hierarchisation des objectifs</p>
	<p><a href="#">Question 5 : Quels types d'activités proposez-vous aux patients post-AVC et dans quelles conditions ?</a></p>

Corpus	<p>« Alors euh bah il y a toujours le côté AVQ et le côté plus analytique Donc, le côté analytique, bah c'est des choses un peu plus bateaux. Euh on va utiliser des jeux de société pour [silence]. Voilà pour utiliser [silence], faire travailler ce qu'on a besoin. Ça va être par exemple : on va utiliser les Mikados pour faire la préhension fine. Donc voilà, après on va utiliser d'autres jeux. Plus après peut être des jeux plus cognitifs. Après on a on va utiliser euh par exemple les tableaux Velléda : on va faire des traits et ils vont devoir effacer en poussant leur main. Et des fois c'est très compliqué juste ça. Mais là, on récupère l'amplitude, essayer de faire travailler et qu'ils étendent bien leur bras, qu'ils le bougent. Après plus côté, plus AVQ donc plus mises en situation. Donc on a une cuisine thérapeutique. Euh donc là on va faire de la cuisine. J'ai déjà préparé, alors avec une patiente on a fait un gâteau. Après avec un autre patient on fait cuire des pâtes. Après avec la patiente avec qui on a fait le gâteau, on est allées faire des courses. On a été carrément dans un magasin. Et euh, parce qu'on nous donne un budget, ça nous permet d'aller faire les courses et les mises en situation. Ce qui permet de, euh, bah de laisser le patient gérer, donc on va lui donner les sous. On a préparé euh en amont la liste de courses avec lui par rapport à la recette. Et après on a été faire les courses, donc voilà.</p> <p>Après s'il faut plus travailler l'habillage on va essayer de [silence]. De mettre en situation, donc on va essayer de faire la séance le matin avant qu'il soit habillé. Et euh on va travailler l'habillage, lui montrer certaines techniques pour qu'il puisse s'habiller seul. Donc Voilà.</p> <p><a href="#">Et du coup en ce qui concerne l'analytique et les AVQ vous les travaillez en parallèle ou analytique puis AVQ ?</a></p> <p>Euh je dirais [silence] ça dépend. Des fois on les travaille en parallèle mais des fois, souvent, euh, pas tout le temps. Mais souvent, la plupart du temps on commencera analytique et après on intègre plus les AVQ, les choses comme ça [silence] au fur et à mesure.</p> <p><a href="#">Ils récupèrent d'abord avec l'analytique puis vous intégrez progressivement les AVQ.</a></p> <p>Mais des fois, ça s'enchaîne plus vite. On va dire on passe directement aux AVQ. Mais souvent, on fait dans tous les cas : on fait analytique et avec AVQ. Souvent on ne fait pas que les AVQ. Ou des choses comme ça. On fait avec de l'analytique. En tout cas c'est [silence] comme ça qu'on fait. En tout cas, on essaie quand même que ça ait du sens. On essaie quand même.</p> <p><a href="#">Pour que ça ait du sens, vous faites par rapport à l'entretien pour essayer de cibler ?</a></p> <p>Bah oui on essaie de cibler un peu [silence], ce qu'ils aiment faire. Et ils nous le disent aussi s'ils préfèrent une activité. A force, on fait un peu le tour et après ils ont un peu des préférences. Euh on essaie aussi de, de s'adapter. Donc voilà. Et de leur expliquer pourquoi on fait ça, pour voilà, pour leur montrer aussi que c'est par rapport aux buts et objectifs qu'ils veulent atteindre.»</p>
Codage	<p>« toujours le côté AVQ et le côté plus analytique »,  « côté analytique », « on va utiliser des jeux de société », « faire travailler ce qu'on a besoin »,  « les Mikados pour faire la préhension fine », « jeux plus cognitifs », « tableaux Velléda »,  « récupère l'amplitude », « qu'ils étendent bien leur bras, qu'ils le bougent »,  « plus AVQ donc plus mises en situation », « cuisine thérapeutique », « faire de la cuisine »,  « faire des courses [...] dans un magasin », « laisser le patient gérer, donc on va lui donner les sous », « préparé euh en amont la liste de courses avec lui par rapport à la recette »,  « travailler l'habillage », « séance le matin avant qu'il soit habillé », « lui montrer certaines techniques pour qu'il puisse s'habiller seul »,  « Des fois on les travaille en parallèle », « la plupart du temps on commencera analytique et après on intègre plus les AVQ », « des fois [...] on passe directement aux AVQ », « souvent [...] on fait analytique et avec AVQ »  « on essaie quand même que ça ait du sens », « essaie de cibler [...] ce qu'ils aiment faire »,  « nous le disent », « s'ils préfèrent une activité », « ont un peu des préférences », « on essaie aussi de, de s'adapter »,  « Et de leur expliquer pourquoi », « que c'est par rapport aux buts et objectifs qu'ils veulent atteindre. »</p>



Catégorisation	<p>Exercices analytiques : récupération d'amplitudes articulaire, de fonctions cognitives  MES écologiques  Favoriser autonomie et indépendance  Analytique puis progressivement MES. Parfois : analytique + MES en parallèle  Volonté de proposition d'activités signifiantes et significatives en fonction des personnes  Adaptation durant la PES  Information des patients, lien avec leurs objectifs</p>
	<p><b>Question 6 : Agissez-vous sur le positionnement du patient ? Si oui, à partir de quand dans la PES ?</b></p>
Corpus	<p>« Dans le positionnement, comment il est ?  Par rapport à l'environnement.  Ça c'est dès le début. Chez nous, dès que le patient arrive dans le service, souvent on le fait en doublon avec le kiné. Parce que le kiné, souvent, c'est lui qui lève la première fois le patient et donc souvent, euh, on en profite pour savoir si un patient tient bien assis, on voit un peu ses capacités. Ça nous permet de voir ce dont il a besoin. Comme exemple, euh, je peux donner par exemple un patient est arrivé avec un fauteuil confort. Et sauf que bah, on a été avec le kiné, sauf qu'on a vu qu'il avait un très bon équilibre assis et que en fait le confort ne correspondait plus du tout et qu'il fallait qu'on le change pour un manuel standard. Donc on fait, en général, dès le début et [silence] le kiné il fait plus la partie voir les capacités. Il fait 2, 3 mouvements pour voir si ça fonctionne. Et nous, on est plus dans un premier temps, bah on regarde les capacités aussi mais ça nous permet de voir aussi pour le positionnement. S'il faut un matelas à air, s'il faut des choses comme ça, s'il faut un fauteuil confort ou standard. Et euh s'ils sont hémiparétiques ou hémiplégiques, s'il faut une gouttière. Donc voilà on regarde ça s'il y a en a besoin ou pas. Donc voilà.  Et par rapport aux côtés hémiplégiques ou hémiparétiques, vous sollicitez ou faites solliciter plus particulièrement par les équipes ? Est-ce que vous avez une procédure par rapport à ça ?  Ba ça dépend [silence], on voit, euh, parce que ça dépend aussi s'il peut s'en servir ou pas. Si ça engendre [silence], une négligence ou non. S'il a une négligence, euh, on va essayer de voir avec les équipes pour qu'ils le stimulent et faire en sorte que [silence], de mettre peut être quelques affaires du côté négligent. Mais voilà, après, s'il ne peut pas s'en servir [silence], on ne va pas non plus le bloquer. Et après on travaillera plus en séances les choses comme ça.»</p>
Codage	<p>« dès que le patient arrive dans le service », « souvent [...] on le fait en doublon avec le kiné », « le kiné, souvent, c'est lui qui lève la première fois le patient », « on en profite pour savoir si un patient tient bien assis, on voit un peu ses capacités », « Ça nous permet de voir ce dont il a besoin », « le kiné il fait plus la partie voir les capacités. Il fait 2, 3 mouvements pour voir si ça fonctionne », « nous, on est plus dans un premier temps, bah on regarde les capacités aussi mais ça nous permet de voir aussi pour le positionnement », « matelas à air », « fauteuil confort ou standard », « hémiparétiques ou hémiplégiques, s'il faut une gouttière », « ça dépend aussi s'il peut s'en servir ou pas », « une négligence ou non », « on va essayer de voir avec les équipes pour qu'ils le stimulent », « de mettre peut être quelques affaires du côté négligent », « s'il ne peut pas s'en servir [silence], on ne va pas non plus le bloquer. », « après on travaillera plus en séance »</p>
Catégorisation	<p>Positionnement précoce  Travail en équipe pluridisciplinaire  Aménagement environnement/AT si besoin  Si héminégligence =&gt; sollicitation progressive du côté héminégligé par équipe soignante puis exercices de rééducation</p>

	<b>Question 7 : Lors de vos PES, évaluez-vous la qualité de vie de la personne ? Si oui, quels bilans/échelles utilisez-vous ?</b>
Corpus	<p>« Euh [silence]. Après, c'est euh [silence], là j'avoue que je n'utilise pas vraiment de bilan. C'est surtout [silence], on pose des questions en fait. C'est beaucoup de questions en fait. J'ai peut-être ma collègue qui utilise un bilan parce qu'elle est plus sur l'hôpital de jour. Elle utilise peut-être un bilan mais il n'y a pas de nom qui me vienne. Moi, je le fais plus par des questions et sinon après c'est aussi avec l'entourage. On demande à l'entourage aussi.</p> <p><b>L'entourage est sollicité quand dans la PES ?</b></p> <p>Ah bah c'est un peu au début déjà. Voir déjà avant comment ils se débrouillaient et puis après euh [silence]. Il y a des permissions aussi qui sont faites le week-end pour certains de nos patients. A un moment, si on pense qu'ils sont capables de rentrer chez eux le week-end, on le leur permet. Et après, on leur demande de remplir une sorte de questionnaire maison pour savoir comment ça s'est passé, comment les transferts ont été, ce qu'ils ont fait, quelles ont été les difficultés. Pour savoir comment ça s'est passé, s'ils ont eu besoin d'aide et des ajustements aussi qu'on peut faire. Des fois, quand ils rentrent à la maison, ils se rendent compte bah, en fait, « je ne peux pas faire ça et j'aimerais bien le faire ». On fait bah « d'accord » et on travaille ça ensuite.</p> <p><b>Ce questionnaire est rempli uniquement par le patient ou l'entourage peut aussi le remplir ? Ou c'est un retour oral avec l'entourage ?</b></p> <p>L'entourage souvent. Euh bah, des fois, les patients, ils ne le remplissent pas et c'est plutôt l'entourage. On va dire c'est plutôt les patients qui disent à l'entourage et l'entourage écrit pour eux. Ou des fois, on a des retours plutôt oraux. Ou quelqu'un vient nous voir et nous dit « il s'est passé ça ... ». »</p>
Codage	<p>« je n'utilise pas vraiment de bilan », « on pose des questions en fait »,  « On demande à l'entourage aussi », « c'est un peu au début déjà. Voir déjà avant comment ils se débrouillaient et puis après »,  « des permissions », « après, on leur demande de remplir une sorte de questionnaire maison pour savoir comment ça s'est passé, comment les transferts ont été, ce qu'ils ont fait, quelles ont été les difficultés », « s'ils ont eu besoin d'aide et des ajustements aussi qu'on peut faire »,  « rentrent à la maison, ils se rendent compte bah, en fait, « je ne peux pas faire ça et j'aimerais bien le faire », « on travaille ça ensuite »</p>
Catégorisation	<p>Pas de bilan  Informel : entretien, questionnaire « maison » pour retour sur les permissions  Entourage sollicité tout au long de la PES</p>
	<b>Question 8 : Avez-vous des questions ou éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</b>
Corpus	<p>« Là ça ne me vient pas à l'esprit mais après si vous avez des questions n'hésitez pas. Vous pouvez me renvoyer un mail.</p> <p><b>Merci à vous. »</b></p>
Codage	/

Catégorisation	/
----------------	---

## Entretien ergothérapeute E2

	<p><b>Question 2 : Pouvez-vous me dire quelles conséquences de l'AVC vous connaissez ?</b></p> <p>« [silence] Dans tous les domaines ?</p> <p>Oui</p> <p>J'ai certaines personnes qui étaient atteintes d'hémiplégie, donc c'était plutôt des séquelles euh, motrices qui allaient rester. Enfin quelques-unes, qui n'étaient pas forcément handicapantes dans les AVQ. Des personnes qui avaient une autonomie quand même dans ces actes-là, mais euh, il y avait des troubles sous-jacents qui pouvaient être présents au niveau cognitif avec des pertes aussi bien de mémoire, d'attention aussi. Euh, voilà les choses qui étaient impactées également au niveau cognitif et qui étaient parfois moins visibles. Et en fait, le secteur où je travaillais n'évaluait pas forcément tout ce qui était cognitif. C'était quelque chose qu'ils oubliaient un petit peu de la prise en charge. Donc c'était quand même important de le rappeler aussi bien aux équipes et aux soignants qu'il n'y avait pas que le côté euh, fonctionnel on va dire et qu'il y avait aussi en conséquences de l'AVC quelque chose de cognitif qui restait. Et à contrario j'ai vu donc euh, quelques personnes aussi qui avaient là, plus une hémiplégie qui restait. Donc persistance aussi bien sur tout le corps d'une personne qui était en fauteuil roulant. Une personne avait de la reprise de la mobilité on va dire au fur et à mesure et des personnes qui portaient une écharpe qui restait au niveau du membre supérieur. Et voilà.</p> <p><b>Du coup c'était très axé sur le moteur.</b></p> <p>Oui. L'endroit où j'étais, c'était un poste d'ergothérapie qui a ouvert en 2018 et euh c'était un poste à mi-temps qui m'orientait beaucoup plus sur tout ce qui était préconisation d'aides techniques, retour à domicile et euh, le membre supérieur. Alors qu'on ne travaille pas que là-dessus. C'était quelque chose qui commençait juste, c'était un poste qui avait ouvert et des médecins, pas mal de médecins rééducateurs qui avaient peu de connaissances du métier.</p> <p><b>Et au niveau des AVQ ?</b></p> <p>Comme je vous ai dit, au niveau moteur ça dépendait vraiment de l'AVC. On va dire, dans ses conséquences motrices, c'est quelque chose qui va donner de l'hémiplégie ou de l'hémiplégie. Par contre au niveau cognitif, quand j'ai fait des évaluations toilettes et habillage, euh, il y avait des personnes qui étaient touchées au niveau de la planification, de l'exécution des différentes séquences, donc des tâches. Euh voilà, où il fallait vraiment qu'ils soient guidés, qu'il y ait une stimulation aussi. Au niveau des praxies également c'était assez varié on va dire. Ça dépend de la localisation et de la sévérité de l'atteinte. »</p>
Corpus	

Codage	<p>« atteintes d'hémi-parésie », « séquelles euh, motrices qui allaient rester », « n'étaient pas forcément handicapantes dans les AVQ », « Des personnes qui avaient une autonomie quand même dans ces actes-là »,</p> <p>« troubles sous-jacents », « au niveau cognitifs », « pertes aussi bien de mémoire, d'attention », « parfois moins visibles »,</p> <p>« le secteur où je travaillais n'évaluait pas forcément tout ce qui était cognitif », « qu'ils oubliaient un petit peu de la prise en charge », « important de le rappeler aussi bien aux équipes et aux soignants », « aussi en conséquences de l'AVC quelque chose de cognitif qui restait »,</p> <p>« Une personne avait de la reprise de la mobilité on va dire au fur et à mesure et des personnes qui portaient une écharpe qui restait au niveau du membre supérieur »,</p> <p>« dépendait vraiment de l'AVC », « ses conséquences motrices, c'est quelque chose qui va donner de l'hémi-parésie ou de l'hémiplégie », « niveau cognitif, quand j'ai fait des évaluations toilettes et habillage [...] touchées au niveau de la planification, de l'exécution des différentes séquences, donc des tâches », « fallait vraiment qu'ils soient guidés, qu'il y ait une stimulation aussi », « praxies également »</p> <p>« Ça dépend de la localisation et de la sévérité de l'atteinte. »</p>
Catégorisation	<p>Conséquences variables selon AVC : localisation et sévérité de l'atteinte</p> <p>Troubles moteurs : hémiplégie, hémi-parésie</p> <p>Troubles cognitifs : mémoires, attention, fonctions exécutives, praxies</p> <p>Troubles cognitifs = situation de handicap invisible MAIS impact sur AVQ =&gt; rappel aux équipes</p>
	<p><b>Question 3 : Quelles sont la/les conséquences qui vous semblent primordiales pour axer votre PES des patients post-AVC ?</b></p>
Corpus	<p>« [silence] Euh. Bah on va dire que même s'il n'y a pas forcément le côté cognitif qui était observé de base, c'est quelque chose que j'étudie dans l'évaluation initiale pour, euh, avant de proposer par exemple une évaluation toilette ou de l'habillage. Pour savoir si au niveau cognitif la personne était en capacité ou non de faire certaines choses. Pour ne pas la mettre en échec on va dire. Donc je pense que c'était important d'évaluer assez rapidement avec une évaluation qui n'est pas trop complexe non plus, euh, pour qu'on ait une petite idée et après faire la mise en situation sur des choses qui sont, euh, qui entraînent normalement des automatismes, des choses que la personne connaît pour voir comment ça se passe. Pour pouvoir guider aussi euh, cette évaluation si jamais c'était compliqué. »</p>
Codage	<p>« même s'il n'y a pas forcément le côté cognitif qui était observé de base, c'est quelque chose que j'étudie dans l'évaluation initiale [...] avant de proposer par exemple une évaluation toilette ou de l'habillage », « savoir si au niveau cognitif la personne était en capacités ou non de faire certaines choses », « ne pas la mettre en échec », « important d'évaluer assez rapidement avec une évaluation qui n'est pas trop complexe », « et après faire la mise en situation », « qui entraînent normalement des automatismes, des choses que la personne connaît pour voir comment ça se passe »</p> <p>« pouvoir guider aussi », « si jamais c'était compliqué »</p>
Catégorisation	<p>Troubles cognitifs</p> <p>Adaptation activité</p> <p>MES pour l'évaluation des capacités préservées</p> <p>Evaluations précoces pour repérer les capacités/incapacités de la personne</p>
	<p><b>Question 4 : Comment est intégrée la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement le concernant ?</b></p>

Corpus	<p>« Alors vous voulez dire par rapport à l'équipe ?  D'abord vous, comment vous faites et si l'équipe a des procédures par rapport à l'intégration du patient dans ses prises de décision le concernant.</p> <p>Pour les personnes qui avaient des troubles, euh, en général, au fur et à mesure à l'endroit où je travaillais. En fait, euh, le médecin qui me donnait le plus de prescriptions me demandait de faire des bilans d'autonomie des personnes. Et euh, c'est comme ça en fait que j'évaluais aussi bien l'autonomie pour la toilette, l'habillage que pour d'autres activités. Donc je commençais par ce bilan d'autonomie. Non, en fait, je questionnais déjà l'équipe un petit peu pour savoir comment ça se passait avant, pour éviter la mise en échec, connaître un petit peu avant. Après, faire un premier entretien avec cette personne pour créer une relation de confiance, expliquer également euh, qui je suis, ce que je vais faire ensuite aussi pour que les personnes comprennent même si des fois il peut y avoir, voilà, des troubles cognitifs et que les personnes comprennent pas forcément tout. Mais c'est important de créer cette relation de confiance et d'expliquer pourquoi on est là, pour ne pas être intrusif. Et après, euh, je faisais du coup l'évaluation toilette et l'habillage. Donc euh, en observation et en supervision avec les aides-soignantes. Elles connaissaient plus les personnes vu que j'étais là à mi-temps. Avec mes horaires, ce n'était pas possible de venir forcément le faire à chaque fois. Donc euh, soit je questionnais soit j'observais avec elles. Et ensuite bilan cognitif, ou avant en fait, ça dépendait du temps. Et après voilà. Prise en charge en fonction des résultats obtenus on va dire. En fait, en fonction des résultats obtenus, euh, j'orientais ce qui était primordial pour la personne, on va dire les activités qui étaient les plus importantes pour elle et celles qu'elle voulait faire, en fonction de ce que la personne avait comme objectif. On va dire dans mon entretien initial, je pouvais demander quel était son projet, s'il y a des activités qu'elle préférait ou des choses qui lui posaient plus problème. Et là, on va voir avec elle comment ça pouvait être fait. Egalement aussi par rapport à son devenir. Si c'est une personne qui allait rentrer chez elle ou si on supposait déjà une réorientation par exemple en EHPAD ou en foyer-logement. Donc voilà, ce n'est pas des choses qui vont être pareilles. C'est vrai que travailler sur la toilette ou l'habillage sur une personne qui va aller en EHPAD où là-bas, peut être qu'il n'y aura pas le temps de faire la toilette et l'habillage et que ça va être tout fait pour elle, je me dis c'est cette utilité qui est la plus importante pour elle de récupérer.</p> <p><a href="#">Le patient est inclus si possible dans l'orientation des objectifs.</a></p> <p>Oui. Parce qu'ils demandaient quand même si les personnes avaient un projet. Si, voilà, quelles activités elle aimait faire en général, quelles activités là elle trouvait difficiles, euh, lesquelles elle aimerait travailler. Voilà, faut voir quand même les personnes comprennent pas forcément ou elles ne parlent pas forcément. Et là, bon bah, on voit ce qui pose le plus de problème on va dire. Mais si c'est possible oui on demande. »</p>
--------	---

Codage	<p>« Pour les personnes qui avaient des troubles », « bilans d'autonomie des personnes », « j'évaluais aussi bien l'autonomie pour la toilette, l'habillement que pour d'autres activités », « savoir comment ça se passait avant », « pour éviter la mise en échec, connaître un petit peu avant »</p> <p>« faire un premier entretien avec cette personne pour créer une relation de confiance », « expliquer également euh, qui je suis, ce que je vais faire ensuite », « même si », « troubles cognitifs et que les personnes comprennent pas forcément tout », « important de créer cette relation de confiance et d'expliquer pourquoi on est là, pour ne pas être intrusif »,</p> <p>« l'évaluation toilette et l'habillement », « en observation et en supervision avec les aides-soignantes. Elles connaissaient plus les personnes », « fonction des résultats obtenus », « j'orientais ce qui était primordial pour la personne, on va dire les activités qui étaient les plus importantes pour elle », « qu'elle voulait faire, en fonction de ce que la personne avait comme objectif »,</p> <p>« dans mon entretien initial, je pouvais demander quel était son projet, s'il y a des activités qu'elle préférait ou des choses qui lui posaient plus problème », « aussi par rapport à son devenir », « rentrer chez elle ou si on supposait déjà une réorientation par exemple en EHPAD ou en foyer-logement. Donc voilà, ce n'est pas des choses qui vont être pareilles », « utilité qui est la plus importante pour elle de récupérer »,</p> <p>« qu'ils demandaient quand même si les personnes avaient un projet », « quelles activités elle aimait faire en général, quelles activités là elle trouvait difficiles, euh, lesquelles elle aimerait travailler », « si c'est possible oui on demande »</p>
Catégorisation	<p>Durant la PES</p> <p>Recueil informations auprès équipe soignante</p> <p>Premier entretien avec le patient : favoriser relation de confiance + délivre informations au patient</p> <p>Difficultés quand le patient présente des troubles cognitifs</p> <p>Bilans des AVQ, autonomie et indépendance</p> <p>Travail en équipe pluriprofessionnelle</p> <p>Prise en compte des retours des aides-soignantes</p> <p>Patient-centré : oriente la PES en fonction des desideratas de la personne, de ses objectifs et de l'orientation post-rééducation</p>
	<p><b>Question 5 : Quels types d'activités proposez-vous aux patients post-AVC et dans quelles conditions ?</b></p>
Corpus	<p>« Euh, donc, pour les patients qui étaient là à l'endroit où je travaillais, j'avais un petit bureau. Donc, pour les personnes qui étaient atteintes d'AVC, en général, elles n'avaient pas les capacités en général de descendre pour venir au bureau etc. Et souvent, c'était du brancardage et euh, en raison des ressources humaines, il n'y avait pas possibilité de faire du brancardage. Et pour les séances d'ergothérapie, donc, je les réalisais en chambre et en fonction de ce qui était observé je pouvais travailler, euh, sur différentes choses. Ça pouvait être aussi bien si la personne avait un déficit au niveau du champ visuel, de travailler là-dessus. Pour, euh, en collaboration avec les APA et les kinés, après au niveau de la marche, pouvoir regarder dans son environnement. Euh, travailler un petit peu aussi sur le cognitif, sur le repérage dans le temps, dans l'espace, des choses assez simples. On va dire que j'étais en fait aussi à mi-temps et la seule ergo pour 70 personnes. Voilà. Je les voyais une fois par semaine grand maximum, donc c'était des personnes en fait qui restaient, euh, qui restaient deux mois au grand maximum. Elles restaient deux mois, donc je n'avais pas beaucoup de séances non plus. Après c'était orienté aussi en fonction du devenir de la personne.</p> <p><b>Il vous arrivait de faire des mises en situation ?</b></p> <p>Bah les mises en situation, j'ai pu les faire juste pour les évaluations. Et après, j'en ai pas refait parce que je ne pouvais pas évaluer et faire des séances par manque de temps. »</p>

Codage	<p>« j'avais un petit bureau », « les personnes qui étaient atteintes d'AVC, en général, elles n'avaient pas les capacités en général de descendre pour venir au bureau », « en raison des ressources humaines, il n'y avait pas possibilité de faire du brancardage »,</p> <p>« je les réalisais en chambre et en fonction de ce qui était observé je pouvais travailler », « si la personne avait un déficit au niveau du champ visuel, de travailler là-dessus »,</p> <p>« en collaboration avec les APA et les kinés, après au niveau de la marche, pouvoir regarder dans son environnement », « aussi sur le cognitif, sur le repérage dans le temps, dans l'espace »,</p> <p>« j'étais en fait aussi à mi-temps et la seule ergo pour 70 personnes », « Je les voyais une fois par semaine grand maximum », « restaient deux mois au grand maximum », « donc je n'avais pas beaucoup de séances », « orienté aussi en fonction du devenir de la personne. »</p> <p>« MES », « juste pour les évaluations », « je ne pouvais pas évaluer et faire des séances par manque de temps. »</p>
Catégorisation	<p>MES écologiques évaluatives</p> <p>Aménagement environnement : pour faciliter marche, repérage spatio-temporel</p> <p>Travail pluridisciplinaire</p> <p>Locaux peu adaptés et manque de moyens humains</p> <p>PES courte</p>
	<p><b>Question 6 : Agissez-vous sur le positionnement du patient ? Si oui, à partir de quand dans la PES ?</b></p>
Corpus	<p>« A partir du moment où il y avait le premier entretien, le premier échange. Euh, ça se passait au lit ou déjà au fauteuil de la personne. Euh, de voir en fait déjà l'aménagement, voilà le positionnement au lit, au fauteuil, aussi si les aides-soignantes, les infirmières me relevaient des problématiques particulières. Donc voilà. Par observation déjà, de voir si les positionnements étaient déjà corrects ou non. Et euh, aussi de voir au niveau de l'aménagement de la chambre. C'est à dire par exemple, le téléphone, l'alarme, ces choses-là. Si elles étaient à proximité pour pouvoir s'en servir aussi. Donc voilà, par rapport au positionnement, que tout soit à proximité également. Mais dès le début de la prise en charge. <b>L'aménagement de proximité était réalisé pour tous ou plutôt ciblé juste par rapport à une hémiplégié potentielle ou à une héminégligence ?</b></p> <p>C'était, en fait, au niveau du premier entretien, je vérifiais aussi au niveau de l'aménagement de la chambre. Euh, comment vous faites si vous voulez appeler les soignants avec la sonnette ? Est-ce que vous pouvez me montrer ? Si les personnes n'y arrivent pas, bah en fait, voir où est-ce qu'on peut la positionner pour que tout soit à proximité on va dire. »</p>
Codage	<p>« A partir du [...] premier entretien », « se passait au lit ou déjà au fauteuil de la personne », « voir en fait déjà l'aménagement », « si les aides-soignantes, les infirmières me relevaient des problématiques particulières »,</p> <p>« Par observation », « voir si les positionnements étaient déjà corrects ou non. », « l'aménagement de la chambre », « téléphone, l'alarme », « étaient à proximité pour pouvoir s'en servir aussi », « que tout soit à proximité également », « dès le début de la prise en charge »</p>
Catégorisation	<p>Positionnement précoce : lit, fauteuil</p> <p>Aménagement environnement proche de la personne pour Sécurisation avec moyen d'appels d'urgence accessibles</p> <p>Travail en équipe pluriprofessionnelle : tient compte des retours de l'équipe soignante</p>
	<p><b>Question 7 : Lors de vos PES, évaluez-vous la qualité de vie de la personne ? Si oui, quels bilans/échelles utilisez-vous ?</b></p>

Corpus	<p>« Non. Quand j'évaluais la qualité de vie, on va dire euh, je posais des questions lors de mes entretiens surtout sur les AVQ. Mais ce n'était pas une évaluation de la qualité de vie avec des échelles et des bilans standardisés.</p> <p>Est-ce que vous avez pu voir aussi avec l'entourage, avoir des retours aussi d'eux ou ce n'était pas possible ?</p> <p>Très peu, mais toujours en raison du temps. Euh, j'avais des contacts avec l'entourage quand j'avais des préconisations d'aides techniques. Mais également si c'était des prises en charges assez complexes, euh, avec des préconisations d'aides techniques pour la santé ou une réorientation. Euh, là on pouvait contacter avec l'assistante sociale les familles pour échanger aussi bien sur le plan ergo que sur le plan social.</p> <p>Est-ce que certains patients rentraient parfois en permission ?</p> <p>Non. Ils étaient hospitalisés entre deux mois et trois mois, grand maximum normalement.</p> <p>C'était la volonté de l'établissement ?</p> <p>Oui, normalement il y a des durées d'hospitalisation. En centre de rééducation, pour chaque problématique, aussi bien si c'est de la traumatologie que de la neurologie. Et vu qu'ils n'axaient absolument pas au niveau, voilà euh, mises en situation, cognitif. Pour eux, dès qu'il y avait un peu de marche ou qu'ils reprenaient pour pouvoir sortir avec les aidants ou si ça reprend pas on oriente en EHPAD.»</p>
Codage	<p>« je posais des questions lors de mes entretiens surtout sur les AVQ. Mais ce n'était pas une évaluation de la qualité de vie avec des échelles et des bilans standardisés. »,</p> <p>« Très peu », « en raison du temps », « j'avais des contacts avec l'entourage quand j'avais des préconisations d'aides techniques », « des prises en charges assez complexes », « pouvait contacter avec l'assistante sociale les familles pour échanger »,</p> <p>« permission », « Non. Ils étaient hospitalisés entre deux mois et trois mois, grand maximum »</p>
Catégorisation	<p>Pas de bilan</p> <p>Entretien</p> <p>Peu d'échanges avec l'entourage : par manque de temps</p> <p>Echange avec entourage : préconisation AT, PES complexe</p> <p>en collaboration avec l'assistante sociale</p>
	<b>Question 8 : Avez-vous des questions ou éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</b>
Corpus	<p>« Non non. C'est bon pour moi.</p> <p>Merci à vous. »</p>
Codage	/
Catégorisation	/

## Entretien ergothérapeute E3

<b>Question 2 : Pouvez-vous me dire quelles conséquences de l'AVC vous connaissez ?</b>
---



Corpus	« Alors bah, les conséquences de l'AVC c'est une réduction des activités, une baisse de la participation occupationnelle, une baisse de l'équilibre occupationnel. Euh alors, c'est dû à des déficits fonctionnels, moteurs mais à des troubles cognitifs également, à des troubles psychologiques, parce que c'est dur à accepter. Euh, c'est également des difficultés environnementales qui créent des handicaps. Après c'est des difficultés aussi de rôle, de position dans la famille, euh, de réagencement des rôles familiaux et professionnels aussi, la difficulté de la réinsertion professionnelle. Euh voilà, après globalement, c'est à peu près ça. Je pense que ça doit tout recouper ça. »
Codage	« une réduction des activités, une baisse de la participation occupationnelle, une baisse de l'équilibre occupationnel. », « dû à des déficits fonctionnels, moteurs mais à des troubles cognitifs également, à des troubles psychologiques », « difficultés environnementales qui créent des handicaps. », « des difficultés aussi de rôle, de position dans la famille, euh, de réagencement des rôles familiaux et professionnels »,
Catégorisation	<p>Troubles moteurs</p> <p>Troubles cognitifs</p> <p>Déficits fonctionnels</p> <p>Troubles psychologiques</p> <p>Autonomie et indépendance : difficultés environnementales entraîne une réduction des activités, une baisse de la participation et de l'équilibre occupationnel, des situations de handicap</p> <p>Conséquences familiales</p> <p>Désadaptation sociale : rôles perturbés</p> <p>Difficultés professionnelles</p>
	<b>Question 3 : Quelles sont la/les conséquences qui vous semblent primordiales pour axer votre PES des patients post-AVC ?</b>
Corpus	<p>« Euh alors moi, ce qui est le plus primordial, c'est la reprise d'activités satisfaisantes. Passé les activités de soins personnels de base, euh, que la personne puisse de nouveau se réapproprier les activités pour réévaluer ses capacités, avoir l'envie de continuer, l'envie de faire autre chose et de s'adapter. Euh, moi c'est ça ma priorité.</p> <p>Et l'autre priorité sur laquelle je travaille beaucoup, c'est les déplacements. Euh, les déplacements en fauteuil, les déplacements autres et surtout les déplacements en voiture. Moi j'ai beaucoup de gens qui reprennent la conduite automobile et c'est une grosse part de mon accompagnement.</p> <p><b>Vous participez à l'aménagement du véhicule ?</b></p> <p>Euh non, je participe à la reprise de la conduite dans le sens où je fais l'évaluation primaire. Euh enfin, les bilans avant, puis l'évaluation en véhicule avec une auto-école. On détermine les aménagements qu'il faudrait mettre en place. Ensuite, euh, la personne prend des cours ou pas pour s'adapter s'il y a des aménagements. Puis après, après, je l'accompagne de loin mais je ne suis pas sur la présentation à l'inspecteur des permis de conduire pour valider les aménagements. Euh, je lui écris un argumentaire pour aller voir le médecin agréé de Préfecture qui valide ou non la conduite et ensuite pour les aménagements du véhicule normalement, je l'ai orienté vers un garage. Il n'y a pas de difficultés par rapport à ça. Mais il y a parfois un argumentaire pour les financements.</p> <p>Et je m'occupe de tout ce qui est aménagement de logement aussi. Ça implique aussi les déplacements.</p> <p><b>Vous faites des aménagements de logements.</b></p> <p>Quand il y a besoin, il n'y a pas toujours besoin, mais oui. Dans mon département il y a beaucoup, beaucoup, de maisons sur garage. Il y a peu de maisons de plein pied donc déjà c'est compliqué. »</p>

Codage	« c'est la reprise d'activités satisfaisantes », « Passé les activités de soins personnels de base », « la personne puisse de nouveau se réappropriier les activités pour réévaluer ses capacités, avoir l'envie de continuer, l'envie de faire autre chose et de s'adapter », « les déplacements », « déplacements en fauteuil, les déplacements autres et surtout les déplacements en voiture », « une grosse part de mon accompagnement », « je fais l'évaluation primaire », « l'évaluation en véhicule avec une auto-école », « détermine les aménagements qu'il faudrait mettre en place », « je lui écris un argumentaire pour aller voir le médecin agréé de Préfecture qui valide ou non la conduite », « pour les aménagements du véhicule », « l'ai orienté vers un garage », « parfois un argumentaire pour les financements. » « aménagement de logement aussi », « beaucoup, de maisons sur garage »
Catégorisation	Favoriser l'engagement et la participation dans les activités et l'équilibre occupationnel Visé Autonomie et indépendance Volition AVQ : déplacements Aménagement environnement : domicile, véhicule PES holistique : des évaluations primaires aux préconisations d'aménagements
	<b>Question 4 : Comment est intégrée la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement le concernant ?</b>
Corpus	« D'accord. Première visite à domicile, on fait le point sur la situation. Alors qui va en première visite ? Soit l'infirmière coordinatrice, soit un des professionnels de l'équipe parce que la demande est ciblée. Des fois, il arrive que notre demande arrive et que ce soit un bilan neuropsychologique. De toute façon, la première visite est un bilan sur l'ensemble de la situation. Euh, et au cours de ce bilan, on essaie de faire ressortir les besoins de la personne. C'est elle qui doit les exprimer. Euh, de quoi avez-vous besoin ? Euh, qu'est-ce que vous souhaiteriez faire ? C'est un peu comme une MCRO si vous voulez, mais, euh, de façon beaucoup plus globale, pas menée par un ergothérapeute forcément. Et on essaie de se cantonner à ce que les personnes veulent, euh, mais il faut que ces objectifs soient, euh, répondent un peu aux objectifs SMART si vous voulez : qu'ils soient réalistes, réalisables, temporels. Enfin qu'on puisse vraiment faire quelque chose. A ce moment- là, on les écrit avec lui, on les formule selon leur formulation à eux. A côté, on a une autre case où on formule selon notre, euh, ce que nous allons faire et on met quel est le professionnel qui va intervenir. Et ce plan d'action, on leur fait signer et on leur en donne une copie. Donc ça en soi, ils ont un peu peur de signer parce qu'ils pensent que ça les obligent. Oui, ça les engagent, voilà c'est ça, mais non c'est surtout un pense-bête et après s'ils n'atteignent pas les objectifs, bah, ils n'atteignent pas les objectifs, ce n'est pas le couteau sous la gorge. Bah après oui ils participent à tout, ils sont partie prenante dans tout ce qu'on fait. Les aidants sont présents lors du premier entretien et sinon on les appelle. »
Codage	« Première visite à domicile, on fait le point sur la situation », « Soit l'infirmière coordinatrice, soit un des professionnels de l'équipe parce que la demande est ciblée », « un bilan sur l'ensemble de la situation », « faire ressortir les besoins de la personne », « C'est elle qui doit les exprimer », « C'est un peu comme une MCRO », « de façon beaucoup plus globale, pas menée par un ergothérapeute forcément », « se cantonner à ce que les personnes veulent », « il faut que ces objectifs soient [...] SMART », « qu'on puisse vraiment faire quelque chose », « on les écrit avec lui, on les formule selon leur formulation à eux », « A côté, on a une autre case où on formule selon notre, euh, ce que nous allons faire et on met quel est le professionnel qui va intervenir », « ce plan d'action, on leur fait signer et on leur en donne une copie », « ils ont un peu peur de signer parce qu'ils pensent que ça les obligent », « surtout un pense-bête », « ils participent à tout, ils sont partie prenante dans tout ce qu'on fait », « Les aidants sont présents lors du premier entretien et sinon on les appelle. »,

Catégorisation	<p>Patient-centré</p> <p>Entourage intégré dès le premier entretien : présentiel ou téléphone</p> <p>Travail en équipe pluriprofessionnelle : un des professionnels effectue la 1<sup>ère</sup> visite à domicile</p> <p>=&gt; Entretien : recueil besoins exprimés par la personne + bilan situation</p> <p>MCRO : inspiration, par n'importe quels professionnels de l'équipe</p> <p>Objectifs SMART formulés par le patient + reformulés en parallèle par l'équipe</p> <p>Programme et plan de traitement établis par équipe + remis et signé par le patient</p> <p>Participation active du patient</p>
	<p><b>Question 5 : Quels types d'activités proposez-vous aux patients post-AVC et dans quelles conditions ?</b></p>
Corpus	<p>« Alors quels types d'activités, c'est bah, ça va être fonction de leur demande bien évidemment. Alors je dois dire que c'est difficile, euh, malgré la théorie, malgré la volonté, de faire des activités avec eux pour plusieurs raisons. D'abord parce que c'est difficile de créer une relation de confiance suffisante quand on ne voit pas souvent les gens et qu'en équipe mobile, quand on a une file-active assez importante où on les voit une fois par mois. Donc c'est difficile de créer quelque chose de vraiment suivi. Après, si vraiment je m'y colle et que je dis cette personne-là faut vraiment pas que je la lâche, je peux la voir une fois tous les 15 jours parce que je suis à mi-temps.</p> <p>Et donc, euh, ce que je peux proposer comme activités, ça va surtout être des activités évaluatrices pour voir s'ils sont capables de les faire, si ça leur plaît. Donc ça va être souvent la cuisine, la conduite automobile. C'est les déplacements extérieurs, euh, c'est rarement des activités de loisirs. Mais j'en ai déjà fait. J'ai fait de la gravure sur bois, j'ai fait des trucs comme ça. Euh, mais c'est vraiment rare que je puisse vraiment aller au bout d'un processus de reprise d'activité dans sa totalité. C'est-à-dire, la personne va devoir travailler seule. Euh, on va avoir des entretiens et elle va devoir se mettre en activité seule la majorité du temps.</p> <p><b>Et elle vous fait un retour après sur comment ça s'est passé ?</b></p> <p>Éventuellement. Après il y a toute la théorie et tout ce qu'on voudrait faire et mettre en place. Et après, il y a la réalité de terrain qui fait que ça ne se fait pas.</p> <p><b>Et est-ce que les conséquences psychologiques entrent aussi en jeu ?</b></p> <p>Euh oui, dans la limite il y a aussi l'état psychologique de la personne qui peut ne pas être dans la phase de vouloir faire quelque chose. Et là, c'est à nous de faire de l'entretien motivationnel et d'amener la personne à sortir de son apathie ou de sa sidération. Là, la neuropsychologue intervient beaucoup mais on est tous formés dans l'équipe à l'entretien motivationnel. Donc voilà.</p> <p>Après, s'il y a quelque chose qui peut nous bloquer, comme toujours, c'est l'anosognosie et euh, une apathie qui soit trop installée. C'est-à-dire quand on nous prévient beaucoup trop tard dans la situation et que la personne ne fait absolument plus rien et que c'est très difficile de l'en sortir. Là on agit plus sur les aidants.</p> <p><b>Les aidants font partis de votre PES ?</b></p> <p>Oui complètement. »</p>

Codage	<p>« fonction de leur demande bien évidemment. »,  « c'est difficile », « de faire des activités avec eux », « difficile de créer une relation de confiance suffisante », « on ne voit pas souvent les gens », « une fois tous les 15 jours »,  « ça va surtout être des activités évaluatrices pour voir s'ils sont capables de les faire, si ça leur plaît », « cuisine, la conduite automobile », « déplacements extérieurs », « rarement des activités de loisirs », « gravure sur bois, »  « c'est vraiment rare que je puisse vraiment aller au bout d'un processus de reprise d'activité dans sa totalité », « la personne va devoir travailler seule », « on va avoir des entretiens », « elle va devoir se mettre en activité seule la majorité du temps.  « dans la limite il y a aussi l'état psychologique de la personne qui peut ne pas être dans la phase de vouloir faire quelque chose », « c'est à nous de faire de l'entretien motivationnel et d'amener la personne à sortir de son apathie ou de sa sidération », « la neuropsychologue intervient beaucoup », « on est tous formés dans l'équipe à l'entretien motivationnel »,  « quelque chose qui peut nous bloquer », « anosognosie », « apathie qui soit trop installée », « très difficile de l'en sortir. Là on agit plus sur les aidants. »</p>
Catégorisation	<p>Patient-centré  Création relation de confiance nécessaire  RDV tous les 15 jours  MES écologiques au domicile : évaluatives  Activités de loisir parfois  La personne effectue exercice en autonomie et indépendance  Puis entretien pour retour sur MES  Travail en équipe pluriprofessionnelle  Freins à la reprise d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat psychologique de la personne type sidération ou apathie =&gt; réalisation d'entretiens motivationnels (toute l'équipe est formée)</li> <li>- Anosognosie et apathie sur le long terme =&gt; travail avec les aidants</li> </ul>
	<p><b>Question 6 : Agissez-vous sur le positionnement du patient ? Si oui, à partir de quand dans la PES ?</b></p>
Corpus	<p>« Le positionnement vous voulez dire au fauteuil, au lit et tout ça ?  <b>Oui</b>  Normalement ils sont allés en rééducation et ils ont eu tout ça. S'ils ne sont pas allés en rééducation, à priori, c'est qu'ils sont debout. Euh en gros, c'est à peu près ça. Mais euh, quand ce sont des patients AVC de longue date qu'on nous réadresse, par exemple ça fait 10 ans qu'ils ont fait un AVC, par exemple là oui ça m'arrive fréquemment.  <b>Vous proposez des positionnements de quel type ?</b>  Du positionnement au fauteuil, positionnement au lit. Euh, je fais aussi la formation auprès des aidants à domicile pour les guider dans le positionnement du membre supérieur, euh, le positionnement au lit. »</p>
Codage	<p>« ils sont allés en rééducation et ils ont eu tout ça »,  « quand ce sont des patients AVC de longue date », « oui ça m'arrive fréquemment »,  « positionnement au fauteuil », « positionnement au lit »,  « formation auprès des aidants à domicile pour les guider dans le positionnement du membre supérieur [...] le positionnement au lit»</p>
Catégorisation	<p>Post-rééducation =&gt; peu de positionnement  Positionnement au lit et au fauteuil : AVC de longue date  Formation des aidants : pour le positionnement du membre supérieur au lit</p>

	<p><b>Question 7 :</b> Lors de vos PES, évaluez-vous la qualité de vie de la personne ? Si oui, quels bilans/échelles utilisez-vous ?</p>
Corpus	<p>« Euh, je n'utilise pas de bilan. Euh, je vais vous répondre non, je n'évalue pas la qualité de vie parce que ce n'est pas formel.</p> <p><b>Ce n'est pas formel mais est-ce qu'à travers des entretiens ou autres ?</b></p> <p>Oui forcément, on se rend compte de si ça va chez eux ou pas et puis on interroge beaucoup sur la satisfaction des gens. C'est, est-ce que ça vous convient comme ça ? Est-ce que vous souhaitez autre chose ? Nous, c'est une question qui revient régulièrement.</p> <p>Après on évalue plus, non pas la qualité de vie, mais plus, euh, vous connaissez l'EuroQol ?</p> <p><b>Non je ne connais pas l'EuroQol.</b></p> <p>L'EuroQol, c'est comment on évalue son état de santé. Mais ça n'évalue pas forcément la qualité de vie mais c'est global. On présente une échelle qui va de 0 à 100. 0 : la personne va très mal. 100 : elle va très très bien. Sa vie va bien, ce n'est pas forcément que de l'état psychique.</p> <p>Je voulais ajouter un truc. On fait de l'ETP. On a ouvert ça il y a 5 ans maintenant. Euh, ça a lieu plusieurs fois par an sur notre département. Et euh, et là c'est vrai qu'on arrive à avoir des entretiens avec eux sur l'AVC, sur leur façon de vivre, sur leurs objectifs, sur ce qu'ils aimeraient changer, et tout ça. Et là c'est une approche beaucoup plus qualitative de leur bien-être.</p> <p><b>L'ETP est proposée dans le cadre de votre service ?</b></p> <p>Oui</p> <p><b>Il est à destination des patients ou des aidants ou les deux ?</b></p> <p>Les deux. C'est pour les patients et les aidants. Et on n'est pas obligé d'être suivi par notre service pour y assister. Il y a des personnes extérieures à notre service ayant fait un AVC qui peuvent s'y recoller.</p> <p><b>L'ETP comprend quels sujets ?</b></p> <p>Il y a 7 ateliers qui sont sur l'AVC, euh ses causes, ses conséquences, comment éviter la récurrence, enfin voilà. Il y a une partie sur la diététique. Il y a une partie sur les répercussions invisibles, l'activité physique adaptée, l'équilibre, euh la fatigue en parlant de l'occupation. Et puis il y a un atelier d'ouverture et un atelier de clôture. Mais en fait ce n'est pas des cours c'est vraiment des échanges avec eux, en fonction de ce qu'ils savent eux. Enfin c'est le cadre de l'ETP. C'est un groupe fermé, c'est-à-dire que quand ils commencent, ils doivent assister à tous les ateliers même si ça ne les concerne pas. C'est un groupe qui se veut uni du début à la fin.</p> <p><b>Ils sont combien à peu près ?</b></p> <p>Oh pas beaucoup. Ils sont au maximum jusqu'à présent 5,6. Après, des fois, c'est en fonction de la géographie, de là où ils habitent. Donc euh, comme on intervient sur tout le département ce n'est pas forcément évident de réunir beaucoup de gens au même endroit. »</p>

Codage	<p>« je n'utilise pas de bilan », « je n'évalue pas la qualité de vie parce que ce n'est pas formel », « on se rend compte de si ça va chez eux ou pas », « on interroge beaucoup sur la satisfaction des gens »,</p> <p>« EuroQoL », « on évalue son état de santé », « c'est global », « Sa vie va bien, ce n'est pas forcément que de l'état psychique »,</p> <p>« On fait de l'ETP », « ouvert ça il y a 5 ans », « plusieurs fois par an sur notre département », « qu'on arrive à avoir des entretiens avec eux », « approche beaucoup plus qualitative de leur bien-être », « pour les patients et les aidants », « pas obligé d'être suivi par notre service pour y assister »,</p> <p>« 7 ateliers qui sont sur l'AVC », « ses causes, ses conséquences, comment éviter la récurrence », « la diététique », « répercussions invisibles, l'activité physique adaptée, l'équilibre, euh la fatigue en parlant de l'occupation »,</p> <p>« échanges avec eux, en fonction de ce qu'ils savent eux »,</p> <p>« un groupe fermé », au maximum jusqu'à présent 5,6 »,</p> <p>« intervient sur tout le département ce n'est pas forcément évident de réunir beaucoup de gens au même endroit »</p>
Catégorisation	<p>Pas de bilan</p> <p>Informel : entretien, observation</p> <p>EuroQoL : Bilan santé globale</p> <p>ETP : permet évaluation plus qualitative de la qualité de vie</p>
	<b>Question 8 : Avez-vous des questions ou éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</b>
Corpus	<p>« Pour moi la qualité de vie, ça passe beaucoup par la reprise des activités satisfaisantes, reprendre un rôle, reprendre tout ça.</p> <p>Merci à vous. »</p>
Codage	« la qualité de vie », « reprise des activités satisfaisante, reprendre un rôle »
Catégorisation	Qualité de vie nécessite de retrouver sa place dans la vie de manière satisfaisante pour la personne

## Entretien ergothérapeute E4

	<b>Question 2 : Pouvez-vous me dire quelles conséquences de l'AVC vous connaissez ?</b>
Corpus	<p>« Euh bah, dès le départ il y a des troubles sensitivo-moteurs, des troubles cognitifs, qui entraînent des troubles analytiques. Après il y a toute euh, toute la désadaptation sociale que ça engendre. Il y a toute la perte d'autonomie, la relation aux autres. Voilà globalement. Après, c'est les conséquences des déficiences analytiques type, euh, voilà moteurs, cognitifs. Voilà.</p> <p>C'est tout ce que ça engendre ?</p> <p>Oui voilà. Ce que ça engendre sur la vie quotidienne d'où la réadaptation. Après dans toute l'ergo on l'aborde. »</p>

Codage	« troubles sensitivo-moteurs », « des troubles cognitifs, qui entraînent des troubles analytiques », « toute la désadaptation sociale que ça engendre », « toute la perte d'autonomie, la relation aux autres », « les conséquences des déficiences analytiques type [...] moteurs, cognitifs », « ça engendre sur la vie quotidienne d'où la réadaptation », « dans toute l'ergo on l'aborde »
Catégorisation	Troubles moteurs Troubles cognitifs Troubles sensitivo-moteurs Troubles analytiques Déficits fonctionnels Désadaptation sociale : relations sociales Autonomie et indépendance Axe de rééducation : AVQ Altère vie quotidienne
	<b>Question 3 : Quelles sont la/les conséquences qui vous semblent primordiales pour axer votre PES des patients post-AVC ?</b>
Corpus	<p>« Bah, la conséquence la plus importante, bah, la perte d'autonomie. La perte d'autonomie, après, euh, effectivement liée aux troubles sensitivo-moteurs et cognitifs. Mais la conséquence la plus importante pour nous à travailler, c'est ça, enfin pour moi en tout cas. La perte d'autonomie et tout ce qui du coup, tout ce qui est engendré, euh, par la suite. Euh voilà, la désadaptation sociale, voilà tout dans le détail. La perte d'autonomie, après il y a plein de choses qui viennent en cascade après.</p> <p><b>Vous avez beaucoup sur l'autonomie pour essayer d'en limiter les impacts ?</b></p> <p>Oui c'est ça, trouver des solutions pour qu'ils puissent, euh bah, que la solution qui leur semblera la plus adaptée et à nous aussi de nous adapter en fonction de ça. Euh, de leur proposer des aides, quelles qu'elles soient, pour qu'ils puissent y arriver le plus vite possible et le plus simplement possible pour eux en fait.</p> <p><b>Vous partez d'eux ?</b></p> <p>Oui oui, dans la majeure partie du temps c'est quand même le patient qui nous verbalise ce qui pour lui est le plus, euh, le plus problématique pour eux en fait. Dans un ordre de priorité en fait. Après, on aiguille un petit peu de toute façon. Après parfois, ils n'ont pas les capacités de se rendre compte avec des troubles cognitifs, l'anosognosie, tout ça. Ils ne savent pas toujours ce qui est prioritaire pour eux. Euh, on les accompagne en fonction de ce que eux, verbalise. Ce que nous on voit aussi, après en ordre de priorité pour pouvoir atteindre les objectifs. Donc forcément, on travaille certaines choses qu'eux ne voient pas. Euh, donc après, c'est à nous d'adapter nos prises en charge mais c'est aussi eux qui nous aide à mettre en place des objectifs ouais. »</p>
Codage	<p>« la conséquence la plus importante [...] la perte d'autonomie », « liée aux troubles sensitivo-moteurs et cognitifs », « La perte d'autonomie et tout ce qui du coup, tout ce qui est engendré, euh, par la suite », « la désadaptation sociale », « plein de choses qui viennent en cascade après »</p> <p>« trouver des solutions », « qui leur semblera la plus adaptée », « à nous aussi de nous adapter en fonction de ça », « de leur proposer des aides », « qu'ils puissent y arriver le plus vite possible et le plus simplement possible pour eux », « la majeure partie du temps c'est quand même le patient qui nous verbalise », « le plus problématique pour eux », « Dans un ordre de priorité », « on aiguille un petit peu », « parfois, ils n'ont pas les capacités de se rendre compte avec des troubles cognitifs, l'anosognosie », « ne savent pas toujours ce qui est prioritaire pour eux », « on les accompagne en fonction de ce que eux, verbalise », « nous on voit aussi, après en ordre de priorité pour pouvoir atteindre les objectifs », « forcément, on travaille certaines choses qu'eux ne voient pas », « , c'est à nous d'adapter nos prises en charge », « aussi eux qui nous aide à mettre en place des objectifs »</p>

Catégorisation	<p>Perte d'autonomie et indépendance : induite par les troubles sensori-moteurs et les troubles cognitifs. Vise à favoriser l'autonomie et l'indépendance</p> <p>Désadaptation sociale</p> <p>Patient-centré</p> <p>Adaptation de la PES aux besoins de la personne</p> <p>Accompagnement priorisation des objectifs : d'autant plus quand il y a des troubles cognitifs ou de l'anosognosie, travail d'objectifs que les patients ne perçoivent pas forcément</p>
	<p><b>Question 4 : Comment est intégrée la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement le concernant ?</b></p>
Corpus	<p>« Ah bah, en fait, elle est intégrée dès le départ. Euh moi, je fais toujours un entretien. Je commence toujours par l'interroger. En fait, c'est le patient. Alors moi, je n'ai pas encore fait la formation du MCRO, mais c'est un peu le principe en fait. Le patient est au cœur du processus. C'est quand même le patient qui est prioritaire dans l'élaboration du plan de traitement. Et euh, avec un entretien quand c'est possible. Enfin, après, c'est ça le problème pour certains cas. Parfois, ils ne sont pas capable de verbaliser et euh, et là, c'est plus compliqué. Mais oui on l'intègre en le faisant verbaliser les choses, en lui expliquant aussi les choses et puis après on oriente. Mais toujours avec sa collaboration parce que de toute façon sinon on arrive à rien. On a beau le travailler, si il ne veut pas il le mettra pas en place derrière.</p> <p><b>Si la personne ne peut pas verbaliser en raison des séquelles est-ce que vous passez par l'entourage ?</b></p> <p>Oui oui ça aussi euh, au tout début, j'essaie toujours de recevoir aussi la famille. Pour aussi, ne serait-ce que pour certains bilans demandent à avoir une évaluation par l'entourage. Et puis de toute façon, euh, effectivement pour avoir leur avis sur la question et quand effectivement il y a des personnes avec des troubles du langage, ils sont d'une aide précieuse, indispensable en fait. Bon bah voilà. Sinon on ne peut pas les connaître. Après on essaie toujours par des moyens de communication autres que verbaux d'utiliser quand même l'avis du patient. Mais dans la finesse, dans la précision des choses, effectivement, on passe par l'entourage. Quand c'est possible. Et puis de toute façon, euh, moi j'ai toujours à cœur de dire que c'est une pathologie de famille, c'est le patient qui est atteint bien sûr, mais c'est toute la famille qui est impactée. De toute façon pour, pour intégrer l'entourage dans le processus de rééducation le plus tôt possible, il faut les recevoir le plus tôt possible. Avoir euh, en dehors du fait qu'ils nous apportent des informations sur le patient, pouvoir qu'ils prennent aussi conscience des choses, qu'on leur explique leur position. Parce que c'est eux qui prennent le relai après, hein, dans la chambre pour la suite, des permissions, pour le retour à domicile quand il y a retour à domicile, pour plein de choses en fait. Enfin la rééducation, les héminégligences, tout ça, c'est important qu'ils soient là. Après, effectivement, ils nous apportent des informations quand ce n'est pas possible de les avoir par les patients. »</p>



Codage	<p>« elle est intégrée dès le départ », « je fais toujours un entretien. Je commence toujours par l'interroger », « pas encore fait la formation du MCRO, mais c'est un peu le principe en fait », « patient est au cœur du processus », « patient qui est prioritaire dans l'élaboration du plan de traitement », « avec un entretien quand c'est possible », « Parfois, ils ne sont pas capable de verbaliser », « c'est plus compliqué », « on l'intègre en le faisant verbaliser les choses », « après on oriente », « Mais toujours avec sa collaboration », « sinon on arrive à rien », « , si il ne veut pas il le mettra pas en place derrière »,</p> <p>« j'essaie toujours de recevoir aussi la famille. », « pour certains bilans demandent à avoir une évaluation par l'entourage », « pour avoir leur avis sur la question », « troubles du langage, ils sont d'une aide précieuse, indispensable », « Sinon on ne peut pas les connaître », « on essaie toujours par des moyens de communication autres que verbaux d'utiliser quand même l'avis du patient », « dans la précision », « on passe par l'entourage. Quand c'est possible »,</p> <p>« pathologie de famille, c'est le patient qui est atteint », « c'est toute la famille qui est impactée », « pour intégrer l'entourage dans le processus de rééducation le plus tôt possible, il faut les recevoir le plus tôt possible », « qu'ils prennent aussi conscience des choses, qu'on leur explique leur position. Parce que c'est eux qui prennent le relai après », « les héminégligences », « c'est important qu'ils soient là », « nous apportent des informations quand ce n'est pas possible de les avoir par les patients. »</p>
Catégorisation	<p>Patient-centré</p> <p>Dès début de la PES</p> <p>Entretiens</p> <p>MCRO : inspiration</p> <p>Elaboration plan de traitement en collaboration avec le patient : favorise sa participation active.</p> <p>Sinon pas de transfert des acquis dans les AVQ</p> <p>Difficulté quand le patient présente des troubles cognitifs</p> <p>Entourage intégré dès le début de la PES : recueil informations, bilans d'autant plus en cas de troubles cognitifs de la personne, bilans spécifiques entourage, formation/information de l'entourage</p> <p>Pathologie impactant la personne ET son entourage</p>
	<p><b>Question 5 :</b> <a href="#">Quels types d'activités proposez-vous aux patients post-AVC et dans quelles conditions ?</a></p>

Corpus	<p>« Euh, des activités de rééducation. Alors, donc moi, je fais toujours quand même un petit peu d'exercices analytiques dans le sens ou moi, ça me permet de m'approprier un peu le patient. Euh, ses capacités motrices, voilà, moi j'aime bien toucher les patients pour me rendre compte un petit peu. Donc eux aussi ça leur permet en fonction des objectifs de connaître leurs limites motrices, sensibles. Euh après, on est beaucoup en pratique dans les AVQ. Dès qu'on peut, la toilette, l'habillage, les transferts. On travaille via la NER 21 sur le positionnement au lit dès le départ, l'installation, tout ce qui est dans la chambre, dans le lit. Voilà tout ce qui est photos, bref l'environnement du patient. Après, les mises en situation on peut aussi les faire dans la salle. On a aussi une cuisine thérapeutique. On a des, on s'est équipé en matériel avec de plus en plus d'objets fonctionnels. Euh voilà, on a ramené tous nos pots de cuisine vides, nos boîtes de conserves, on a acheté un caddie. En fait effectivement on travaille, on travaille encore beaucoup sur des objets analytiques. Voilà, je pense qu'on a du mal encore peut être à l'ancienne école à s'en défaire. Euh maintenant, en tout cas, avec cette formation NER 21, on a bien pris conscience en fait. On peut encore faire tout ça mais en fait, d'utiliser des objets de la vie quotidienne et ça a quand même beaucoup plus de sens. Plutôt que de pousser des cônes on utilise des bouteilles on utilise des pots de shampoing, des pinces à linge, des cartes postales à accrocher. Voilà on utilise la cuisine thérapeutique, euh, en dehors de réaliser un atelier cuisine, on fait ranger des couverts dans des tiroirs, ranger dans le lave-vaisselle. Voilà, on essaie maintenant d'utiliser vraiment plus d'objets quotidiens. Bon, il y a des moments, on n'y arrive pas tout le temps. Le renouvellement, c'est compliqué à gérer avec un minimum d'activité. Mais on essaie, on a un petit caddie à roulettes au lieu de faire rouler la main sur un ballon on fait rouler le caddie à roulettes quoi. Voilà, des petites choses un peu bêtes, mais qui finalement ont quand même beaucoup plus de sens pour quelqu'un que de pousser des cubes. »</p>
Codage	<p>« des activités de rééducation » « exercices analytiques », « me permet de m'approprier un peu le patient », « ses capacités motrices », « toucher les patients pour me rendre compte », « aussi ça leur permet en fonction des objectifs de connaître leurs limites motrices, sensibles », « est beaucoup en pratique dans les AVQ. Dès qu'on peut, la toilette, l'habillage, les transferts. », « On travaille via la NER 21 sur le positionnement au lit dès le départ, l'installation, tout ce qui est dans la chambre, dans le lit », « photos, bref l'environnement du patient. », « les mises en situation », « dans la salle », « cuisine thérapeutique », « s'est équipé en matériel », « plus d'objets fonctionnels », « ramené tous nos pots de cuisine vides, nos boîtes de conserves, on a acheté un caddie », « travaille encore beaucoup sur des objets analytiques. », « on a du mal encore peut être à l'ancienne école à s'en défaire », « avec cette formation NER 21, on a bien pris conscience en fait », « d'utiliser des objets de la vie quotidienne et ça a quand même beaucoup plus de sens », « des cônes on utilise des bouteilles on utilise des pots de shampoing, des pinces à linge, des cartes postales à accrocher », « cuisine thérapeutique, euh, en dehors de réaliser un atelier cuisine, on fait ranger des couverts dans des tiroirs, ranger dans le lave-vaisselle », « d'utiliser vraiment plus d'objets quotidiens », « n'y arrive pas tout le temps. Le renouvellement, c'est compliqué à gérer », « quand même beaucoup plus de sens pour quelqu'un que de pousser des cubes »</p>
Catégorisation	<p>Exercices analytiques  MES écologiques dès que possible  Utilisation d'objets fonctionnels : en analytique aussi =&gt; signifiant et significatif pour la personne  Approche NER 21 :  - Objets fonctionnels et MES écologiques  - Positionnement au lit et au fauteuil  - Et Adaptation environnement dès arrivée dans service</p>

	<p><b>Question 6 : Agissez-vous sur le positionnement du patient ? Si oui, à partir de quand dans la PES ?</b></p>
Corpus	<p>« Et ben le positionnement c’est dès qu’il arrive en fait. Au lit, au fauteuil. Alors au lit, euh, il faut que je me remette dedans mais il y a un positionnement vraiment particulier NER 21. Là, actuellement, je n’ai pas de patient qui nécessiterait, euh, on n’a pas trop de patients très lourds. Mais voilà, on agit dès qu’il arrive. On essaie de, euh, on a travaillé sur des fiches photos à mettre dans la chambre par rapport aux soignants parce que c’est particulier, faut les sensibiliser à ça. Il y a tout un versant d’information et formation à faire.</p> <p><b>Ce positionnement particulier est plus ciblé sur l’hémiplégie et l’héminégligence ?</b></p> <p>Oui c’est des patients qui sont avec une négligence plus importante, des troubles sensitifs, euh, qui sont un peu plus lourd au niveau physique et qu’on positionne sur le côté hémiplégique. Avant, on disait vraiment de pas mettre sur le côté hémiplégique pour l’épaule. Et là, en fait, ça remet totalement tout à l’envers en fait. Mais après ce n’est pas compliqué. Et les patients, il y en a qui s’endorment de ce côté-là et c’est bien, ça stimule encore plus. C’est qu’ils sont à l’aise, que ce n’est pas douloureux. Après c’est juste dans les mentalités, ce n’est pas encore, euh voilà, c’est un travail à faire mais je sais que les soignants, ils comprennent bien pourquoi on le fait. Après voilà, nous on ne peut pas être tout le temps-là, alors au départ, on installe et on désinstalle. Mais le but, c’est qu’après, ça soit fait par les équipes. Donc on travaille sur ça au lit.</p> <p>Après oui, on travaille aussi dès le départ sur l’installation au fauteuil. Au niveau de l’environnement, c’est nous qui commandons les fauteuils. C’est nous qui faisons l’installation, qui revoyons l’installation de l’environnement par rapport à ce qu’il faut stimuler, ce qu’il doit atteindre ou pas. Et ça c’est fait dès l’arrivée.</p> <p><b>Vous adaptez l’environnement pour stimuler le côté héminégligent ?</b></p> <p>Alors oui, alors moi j’ai fait d’autres formations dont sur les troubles cognitifs. Il faut y aller progressivement parce qu’un patient avec une grosse négligence, si tu mets tout du côté euh, on va dire du côté gauche, ils ne verront pas et de toute façon ça ne sert à rien et ça va l’isoler. Parce que il va dire, ah bah non, je n’ai pas mon téléphone, je n’ai pas si, je n’ai pas ça, je n’ai pas de photos. Alors que si, mais tout était à gauche quoi. Donc, il faut trouver un intermédiaire. Faut stimuler tout doucement à pousser à aller de plus en plus vers la gauche mais pas non plus, euh, tout mettre vers la gauche quoi. Parce que sinon pour le patient c’est quand même violent. C’est pour ça que l’installation NER 21 elle est bien. Parce que ça stimule un peu de façon un peu indirecte, euh, si c’est même direct mais de façon plus douce le côté négligent et hémiplégique. Et après voilà petit à petit, les familles. Voilà au départ, c’est vrai qu’on disait faut vous mettre à gauche pour stimuler pour l’héminégligence gauche. Non maintenant, faut leur dire mettez-vous droit devant, pas à droite, mais devant, ça sera déjà bien et petit à petit on décalera tout doucement.</p> <p><b>Vous avez un rôle de formation auprès de l’entourage ?</b></p> <p>Oui oui d’information et d’accompagnement. Ils ne savent pas en fait, donc spontanément ils vont se mettre du côté droit.</p> <p>Après, toute l’équipe doit être sensibilisée à ça. Mais c’est vrai que nous, avec l’orthophoniste aussi, dès le départ, euh, je pense c’est de notre rôle d’expliquer avec les médecins aussi bien sûr. Mais de les guider, de bien leur expliquer pour qu’ils fassent au mieux et que le patient vive les choses mieux. »</p>

Codage	<p>« le positionnement c'est dès qu'il arrive en fait. Au lit, au fauteuil »,  « il y a un positionnement vraiment particulier NER 21 », « on agit dès qu'il arrive », « on a travaillé sur des fiches photos à mettre dans la chambre par rapport aux soignants », « c'est particulier, faut les sensibiliser à ça. Il y a tout un versant d'information et formation à faire », « patients qui sont avec une négligence plus importante, des troubles sensitifs », « un peu plus lourd au niveau physique et qu'on positionne sur le côté hémiparétique », « Avant, on disait vraiment de pas mettre sur le côté hémiparétique pour l'épaule », « ça remet totalement tout à l'envers en fait », « après ce n'est pas compliqué », « les patients », « qui s'endorment de ce côté-là et c'est bien, ça stimule encore plus », « sont à l'aise, que ce n'est pas douloureux », « dans les mentalités », « c'est un travail à faire », « les soignants, ils comprennent bien pourquoi on le fait », « au départ, on installe et on désinstalle. Mais le but, c'est qu'après, ça soit fait par les équipes »,  « travaille aussi dès le départ sur l'installation au fauteuil », « qui faisons l'installation, qui revoyons l'installation de l'environnement par rapport à ce qu'il faut stimuler, ce qu'il doit atteindre ou pas », « c'est fait dès l'arrivée »,  « faut y aller progressivement », « qu'un patient avec une grosse négligence, si tu mets tout du côté », « on va dire du côté gauche », « ils ne verront pas et de toute façon ça ne sert à rien et ça va l'isoler »,  « il faut trouver un intermédiaire. Faut stimuler tout doucement à pousser à aller de plus en plus vers la gauche mais pas non plus, euh, tout mettre vers la gauche »,  « l'installation NER 21 elle est bien. Parce que ça stimule un peu de façon un peu indirecte », « même direct mais de façon plus douce le côté négligent et hémiparétique »,  « les familles », « faut leur dire mettez-vous droit devant, pas à droite, mais devant, ça sera déjà bien et petit à petit on décalera tout doucement. », « d'information et d'accompagnement », « toute l'équipe doit être sensibilisée à ça », « notre rôle d'expliquer avec les médecins aussi bien sûr », « les guider », « qu'ils fassent au mieux et que le patient vive les choses mieux »</p>
Catégorisation	<p>Positionnement précoce : au lit, au fauteuil  Positionnement spécifique NER 21 : en cas d'héminégligence, troubles sensitifs, troubles moteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimulation proprioceptive en positionnant sur le côté hémiparétique</li> <li>- Formation/ information des professionnels soignants : intérêt, positionnement</li> <li>- Changement de mentalité/paradigme nécessaire</li> </ul> <p>Aménagement de l'environnement proche : adaptation à la personne  Stimulation progressive du côté hémiparétique  Formation, information et accompagnement de l'entourage  Collaboration pluriprofessionnelle  Concordance du discours interprofessionnelle primordiale pour guider l'entourage</p>
	<p><b>Question 7</b> : Lors de vos PES, évaluez-vous la qualité de vie de la personne ? Si oui, quels bilans/échelles utilisez-vous ?</p>

Corpus	<p>« Euh la qualité de vie. Alors je ne sais pas si c'est une échelle de qualité de vie. Alors on utilise la SMAF. Alors c'est une échelle globale qui permet d'évaluer avant l'hospitalisation, à l'entrée et à la fin de l'hospitalisation. Il y a quand même beaucoup d'items. C'est vraiment on va dire subjectif. Il y a une vingtaine d'items je crois sur toutes les tâches de la vie quotidienne, se nourrir, se laver, euh, voir, entendre. Il y a plein plein de choses et en fait, ça permet vraiment d'avoir une évaluation globale. Aussi, du coup, de discuter avec l'entourage, avec le patient et de mettre en concordance ce qu'il a dit avec l'entourage.</p> <p>Euh, après moi, j'aimerais bien faire la MCRO. Je ne l'ai pas faite. Après mes collègues me l'avaient transmis un petit peu. Je ne me suis pas encore relancée dedans mais j'aimerais bien le faire. Je pense que c'est vraiment quelque chose qui est intéressant dans le sens où c'est le patient qui va vraiment mettre en évidence ce qui pour lui est important en fait. Il y a trois objectifs, je crois, principaux dans un premier temps qu'il va mettre en évidence. Et c'est vraiment plus fonctionnel en fait. Les bilans analytiques, alors je vais les faire mais c'est plus après, du sensitivo-moteur.</p> <p>Et sur la qualité de vie après, enfin qualité de vie, en soit non. Mais il y a l'échelle de Catherine Bergego aussi. L'évaluation de la vie quotidienne par rapport à l'héminégligence. Après, en soi, est-ce qu'on peut parler de qualité de vie.</p> <p><a href="#">Vous évaluez plus les facteurs influençant la qualité de vie ?</a></p> <p>Oui. »</p>
Codage	<p>« je ne sais pas si c'est une échelle de qualité de vie », « on utilise la SMAF », « c'est une échelle globale », « subjectif », « vingtaine d'items je crois sur toutes les tâches de la vie quotidienne », « permet vraiment d'avoir une évaluation globale », « de discuter avec l'entourage, avec le patient et de mettre en concordance ce qu'il a dit avec l'entourage »,</p> <p>« j'aimerais bien faire la MCRO », « collègues me l'avaient transmis un petit peu », « intéressant dans le sens où c'est le patient qui va vraiment mettre en évidence ce qui pour lui est important en fait », « trois objectifs, je crois, principaux », « qu'il va mettre en évidence », « vraiment plus fonctionnel en fait »,</p> <p>« bilans analytiques », « c'est plus après, du sensitivo-moteur »,</p> <p>« la qualité de vie », « en soit non »,</p> <p>« l'échelle de Catherine Bergego », « L'évaluation de la vie quotidienne par rapport à l'héminégligence », « facteurs influençant la qualité de vie »</p>
Catégorisation	<p>Pas d'évaluation directe de la QV</p> <p>SMAF : autonomie fonctionnelle de la personne. Subjectif</p> <p>Projet MCRO : patient-centré</p> <p>Bilan analytique : capacités/incapacités de la personne</p> <p>Echelle de Bergego : vie quotidienne et héminégligence</p>
<p><b>Question 8 : Avez-vous des questions ou éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</b></p>	
Corpus	<p>« Non non. Si vous avez encore des questions vous pouvez me les envoyer par mail.</p> <p><a href="#">Merci à vous.</a> »</p>
Codage	/

Catégorisation	/
----------------	---

## Entretien ergothérapeute E5

	<b>Question 2 : Pouvez-vous me dire quelles conséquences de l'AVC vous connaissez ?</b>
Corpus	<p>« Bah écoute, les troubles cognitifs, euh, parfois des troubles thymiques, les, l'atteinte physique hémiparétique classique, les troubles neuro-visuels également. Après est-ce que tu as besoin que je rentre un peu dans le détail ?</p> <p><b>Quelles conséquences viennent en général en premier lieu ?</b></p> <p>Alors voilà, vraiment la conséquence sur la personne c'est ça. Mais moi, je rajouterai quand même aussi la conséquence sur la famille, euh, les conséquences sur les besoins techniques et environnementaux derrière. Parce que ce que je t'ai pas précisé, c'est que je travaille aussi à mi-temps sur un SAMSAH donc je suis aussi sur du lieu de vie et je suis notamment sur du lieu de vie pour des patients neuros donc j'ai aussi cette vision là en plus des retours à domicile, des visites à domicile qu'on fait dans l'établissement. Donc moi, j'ai vraiment les gens du tout début, il n'y a pas grand-chose qui fonctionne jusqu'à ça va mieux et on rentre à la maison. Ou alors ça ne va pas mieux, mais on rentre à la maison quand même donc j'ai toute cette vision-là. Donc euh ouais, l'aspect euh, perte d'autonomie et puis travaille de l'autonomie et du retour à domicile, ça fait clairement partie de ce qui me vient en tête quand on me dit AVC. »</p>
Codage	<p>« les troubles cognitifs », « les troubles thymiques », « l'atteinte physique hémiparétique classique », « les troubles neuro-visuels »</p> <p>« conséquences sur la personne », « conséquences sur la famille », « conséquences sur les besoins techniques et environnementaux »,</p> <p>« perte d'autonomie »</p> <p>« travaille autonomie et retour à domicile »</p>
Catégorisation	<p>Troubles cognitifs</p> <p>Troubles thymiques</p> <p>Troubles neuro-visuels</p> <p>Troubles moteurs</p> <p>Autonomie et indépendance</p> <p>Conséquences familiales</p> <p>Difficultés environnementales =&gt; aménagement/adaptation environnement, aides techniques</p> <p>Axe de rééducation : autonomie et indépendance et retour à domicile</p>
	<b>Question 3 : Quelles sont la/les conséquences qui vous semblent primordiales pour axer votre PES des patients post-AVC ?</b>

Corpus	<p>« Moi pour moi, il y a déjà en parallèle, mais bien souvent peut-être alors si je devais dire la première chose c'est déjà de bien cerner l'aspect cognitif de la personne. Euh, avant j'étais sur le tout fonctionnel en me disant que ça influençait le cognitif. Ce n'est pas faux mais je me rends de plus en plus compte que pour qu'il y ait un réel apprentissage, il faut que la cognition soit moins déficiente assez rapidement. Donc, il y a vraiment cette vue vraiment très importante. Et puis donc second ou même peut-être un petit peu premier ex-aequo, et bah il y a pour moi la prise en charge de la problématique du tronc. Avant d'aller faire quoi que ce soit, si les gens ont un tronc hypotonique ou hypertonique ou en tout cas qui ne fonctionne pas correctement, on va être très limité sur les transferts, sur les retournements au lit et sur déjà les premiers petits gestes d'autonomie que la personne peut avoir. Euh en second lieu, j'ai envie de dire que le membre inférieur derrière va nous permettre de travailler sur les transferts. Et euh, si on a un membre inférieur qui commence à récupérer, les gens vont vachement plus se focaliser sur ce qu'on va leur proposer, notamment en ergothérapie sur le membre supérieur. Alors voilà comment je vois les choses. Alors c'est patient-dépendant aussi évidemment. Mais euh, si je dois mettre un ordre de priorité on est plutôt là-dessus. Et puis après il y a tout le boulot de préparation de retour à domicile et de développer l'autonomie dans l'établissement pour que ça fonctionne après à la maison. Mais voilà les grands axes. Mais tu vois, si je dois vraiment détailler, moi, ma première préoccupation c'est le tronc.</p> <p>Ce que je constate depuis 20 piges, c'est que quand il n'y a pas de tronc, les gens n'avancent pas. Et alors si la cognition n'est pas là, notamment les troubles attentionnels, si les gens ont des troubles attentionnels, ils sont en galère totale. D'où l'intérêt d'essayer de travailler sur l'aspect vraiment fonctionnel, en mises en situation réelles ou le plus proche possible du réel qui va être développé par NER 21.</p> <p>Pour moi c'est essentiel. Dans le service d'ergo, je pense être un des seuls à faire une évaluation du tronc dès les premières séances. Les autres travaillent sur d'autres choses. Mais moi, j'ai besoin de savoir où je vais. En général, en se posant ces questions-là, moi je sais où je vais. Si je vois que j'ai un tronc assez déficitaire je sais que je ne vais même pas me poser la question de travailler autre chose que d'abord le tronc, d'abord essayer de comprendre ce qui se passe à ce niveau-là parce que je sais que je ne vais pas avoir l'épaule. Si je n'ai pas l'épaule je vais difficilement avoir la main et si je n'ai pas le tronc et notamment les obliques sup et inf euh, je sais que je ne vais pas avoir de transfert, j'aurai même pas encore de marche. Mais je sais que je ne vais pas avoir de mise en charge sur le membre inférieur hémi tant que la personne n'a pas un tronc un petit peu correct. »</p>
Codage	<p>« bien cerner l'aspect cognitif de la personne », « avant j'étais sur le tout fonctionnel en me disant que ça influençait le cognitif », « pour qu'il y ait un réel apprentissage il faut que la cognition soit moins déficiente assez rapidement »,</p> <p>« prise en charge de la problématique du tronc », « un tronc hypotonique ou hypertonique [...] ne fonctionne pas correctement on va être très limité sur les transferts, sur les retournements au lit et sur déjà les premiers petits gestes d'autonomie que la personne peut avoir », « le membre inférieur », « travailler sur les transferts », « patient-dépendant », « préparation de RAD et de développer l'autonomie »,</p> <p>« première préoccupation c'est le tronc », « quand il n'y a pas de tronc les gens n'avancent pas », « si la cognition n'est pas là, notamment les troubles attentionnels », « ils sont en galère totale »,</p> <p>« D'où l'intérêt d'essayer de travailler sur l'aspect vraiment fonctionnel, en mises en situation réelles ou le plus proche possible du réel qui va être développé par NER 21 »</p> <p>« tronc assez déficitaire [...] d'abord le tronc », « parce que je sais que je ne vais pas avoir l'épaule », « Si je n'ai pas l'épaule je vais difficilement avoir la main et si je n'ai pas le tronc et notamment les obliques sup et inf euh, je sais que je ne vais pas avoir de transfert, j'aurai même pas encore de marche », « je ne vais pas avoir de mise en charge sur le membre inférieur hémi tant que la personne n'a pas un tronc un petit peu correct »</p>

Catégorisation	<p>Patient-dépendant</p> <p>Troubles cognitifs : dont cognition et attention</p> <p>Problématique du tronc déficitaire (hypo ou hypertonique) = priorité de rééducation : Si tronc déficitaire, épaule déficitaire donc main aussi. Et si tronc déficitaire, pas de maintien indispensable aux transferts et à la marche. Pas de mise en charge sur le membre inférieur si le tronc est déficitaire.</p> <p>AVQ</p> <p>Vise Autonomie et indépendance</p> <p>Exercices fonctionnels et MES écologique : signifiant et significatif. Préconisé par NER 21</p>
	<p><b>Question 4 :</b> Comment est intégrée la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement le concernant ?</p>



Corpus	<p>« Euh alors, euh. Pour moi tout est centré absolument sur la personne. Euh je, mon premier entretien, il y a des choses qui sont de l'ordre évaluation. Disons que j'essaie, euh, de faire bouger les gens, c'est-à-dire d'être dans une séance qui va les obliger à être proactifs, d'accord, en faisant des bilans tout simplement. Parce qu'il y a toute une partie de bilans, euh, super intéressants mais qui ne prend pas qu'une séance loin de là. Mais tu vois, quand je te disais j'essaie d'analyser le tronc, bah je fais bouger les gens. Il s'agit pas de dire quand la personne est sur le fauteuil, je ne sais pas « penchez-vous en avant, en arrière ». Je sors les gens du fauteuil, je les mets sur un plan, sur une table de travail et puis on bosse à partir de là tu vois. Donc j'essaie vraiment d'être dans le côté proactif, donc ça, c'est vraiment l'aspect analyse. Mais il y a quand même tout l'entretien avec la personne où j'essaie de comprendre quelles sont ses habitudes de vie, quelles sont ses facteurs motivationnels, quelles sont les choses qui sont essentielles pour elles. Euh déjà dans un ordre de priorité, une personne qui ne peut pas aller seule aux WC, souvent elle va me dire qu'aller seule aux WC, c'est quand même très important, se laver seule c'est quand même très important. Bon là, on est vraiment dans notre corps de métier ergo. Mais euh, j'essaie de voir aussi, je ne propose pas la même thérapie à une personne qui me dit que son loisir c'est la chasse le dimanche matin avec son chien ou si on a quelqu'un qui regarde la télé ou si on a quelqu'un qui dit être quelqu'un très sportif. Je ne vais pas proposer un truc euh, à vocation un peu dynamique et orienté sur l'utilisation d'une raquette de ping-pong ou de tennis, ou un truc du style, même un ballon, à quelqu'un qui n'est pas sportif du tout. Ça n'a pas de sens. Euh voilà, si c'est quelqu'un qui est très dans l'intellect et l'utilisation par exemple des nouvelles technologies, quelqu'un qui n'est pas trop dans le physique mais plutôt là-dessus, évidemment je ne vais pas avoir la même démarche. Donc euh pour moi, l'élaboration du plan de traitement il se fait d'abord là-dessus, c'est ce que j'essaie d'enseigner aussi à l'école. Je fais déjà un recueil des, du projet de vie de la personne, de ses objectifs, mais surtout de ce que Michèle appelle dans son approche inter-systémique les « facteurs personnels ». Et j'essaie de comprendre aussi ce qu'elle appelle le central set, le répertoire sensori-moteur : quels sont, quelle est la gestuelle qui reste profondément ancrée dans les schèmes moteurs de la personne et auxquels je vais essayer tout de suite de faire appel. Voilà, quand je te dis un chasseur je ne fais pas la même chose, bah un chasseur, je vais assez rapidement essayer de travailler 1 : sur le déplacement, sur la marche, 2 : d'utiliser un balai, juste un balai et d'épauler un balai et d'essayer de le tenir comme si c'était un vrai fusil. Ou alors, on peut utiliser un peu de robotique, on a la chance d'avoir un peu de matériel. On a un Arméo. Dans l'Arméo il y a un jeu où il s'agit de dégommer des pirates. Donc on est comme si on avait un flingue et on dégomme des pirates, le tout installé dans l'exosquelette que représente l'Arméo. Bah voilà, je sais que cette personne-là, on n'est pas du tout dans une approche NER 21 parce que on utilise de la robotique. Par contre, je suis dans l'approche NER 21 dans le sens où j'essaie de me raccorder à son projet, à son besoin et à ce qu'il sait faire. Voilà.</p> <p>Alors je peux te développer ça dans tous les sens mais je pense que si je dois te le faire un peu synthétique, moi mon objectif 1 : je veux savoir où en est la personne sur le plan physique et cognitif. C'est la batterie de tests et de bilans et puis quelques petites questions bien senties. Mais surtout voilà, quelle est votre façon de vivre ? Est-ce que vous vivez dans un appart avec des escaliers ? Ou est-ce que vous êtes en plein pied ? Et est-ce que, quels sont vos loisirs ? Quelles sont les choses qui vous tiennent à cœur ? Quelle est votre place dans la famille ? Quelle est votre place dans votre foyer ? Euh, une maman ou un papa avec deux ou trois enfants en bas âge, ce n'est pas la même chose qu'une personne retraitée qui se gère seule ou une personne retraitée qui avait déjà des aides humaines ou qui avait déjà un compagnon ou une compagne qui aidait.</p> <p><a href="#">Il faut proposer des activités qui soient significatives pour la personne ?</a></p> <p>Exactement. Et puis la conduite automobile aussi pour moi, c'est quelque chose de super intéressant. Et puis alors le summum du summum, c'est les gens qui sont encore en activité professionnelle et puis ceux qui ont des enfants. Moi je t'avoue que quand j'ai : je travaille, j'ai</p>
--------	---

	des enfants, je dois conduire, il est bien évident que je mets absolument le paquet pour que les personnes puissent maîtriser le minimum de gestuelle dont ils ont besoin. Et puis alors parlons aussi de l'aspect cognitif, l'aspect planification, organisation, attentions au pluriel. Euh voilà, c'est là-dessus que je me base.»
Codage	« centré absolument sur la personne », « premier entretien », « évaluation », « faire bouger les gens », « les obliger à être proactifs », « en faisant des bilans », « ne prend pas qu'une séance », « j'essaie d'analyser le tronc bah je fais bouger les gens », « je les mets sur un plan, sur une table de travail et puis on bosse à partir de là tu vois », « l'aspect analyse », « tout l'entretien avec la personne », « comprendre quelles sont ses habitudes de vie, quelles sont ses facteurs motivationnels, quelles sont les choses qui sont essentielles pour elles », « corps de métier ergo », « propose pas la même thérapie [...]loisir c'est la chasse le dimanche matin [...]ou si on a quelqu'un qui regarde la télé », « ça n'a pas de sens », « je ne vais pas avoir la même démarche », « , l'élaboration du plan de traitement il se fait d'abord là-dessus », « Je fais déjà un recueil des, du projet de vie de la personne, de ses objectifs, », « ce que Michèle appelle dans son approche inter-systémique les « facteurs personnels » », « le central set le répertoire sensori-moteur : quels sont, quelle est la gestuelle qui reste profondément ancrée dans les schèmes moteurs de la personne et auxquels je vais essayer tout de suite de faire appel », « Arméo », « je sais que cette personne là on n'est pas du tout dans une approche NER 21 parce que on utilise de la robotique. Par contre je suis dans l'approche NER 21 dans le sens où j'essaie de me raccorder à son projet, à son besoin et à ce qu'il sait faire » « objectif 1 », « où en est la personne sur le plan physique et cognitif », « batterie de tests et de bilans », « Mais surtout voilà, quelle est votre façon de vivre ? », « des escaliers « vos loisirs », « choses qui vous tiennent à cœur ? quelle est votre place dans la famille ? quelle est votre place dans votre foyer ? », « ce n'est pas la même chose », « la conduite automobile », « activité professionnelle » « l'aspect cognitif, l'aspect planification, organisation, attentions au pluriel »
Catégorisation	Patient-centré Entretien : recueil informations, objectifs et projet de vie de la personne Bilans des capacités de la personne Participation active de la personne Plan de traitement : fonction des objectifs et projet de la personne + facteurs personnels + répertoire sensori-moteur de la personne Adaptation à la personne Activités signifiantes et significatives Nouvelles technologies : Arméo NER 21 : nouvelles technologies ne sont pas des MES mais signifiant pour la personne => tout de même adapté à NER 21
	<b>Question 5 : Quels types d'activités proposez-vous aux patients post-AVC et dans quelles conditions ?</b>

Corpus	<p>« Je vais te proposer une batterie un petit peu large. Donc je m'adapte surtout à la personne. Je trouve toujours un petit peu du matériel pour au moins, pour simuler un certain nombre d'activités, ce n'est pas trop un souci. C'est un gros point fort que Michèle, euh, enfin que le contact avec Michèle aide à développer. Si tu veux, c'est que Michèle elle te dit non mais moi je fais de la rééducation. Elle est aussi performante en Afrique du Sud dans les townships qu'à Villamedica en Suisse où il y a de l'argent.</p> <p>Donc en fait, l'idée c'est on se démerde un petit peu avec ce qu'on a. Mais il se trouve, ce qui est bien, c'est que quand tu t'attelles un peu à la vie quotidienne, finalement les objets du quotidiens ils sont super faciles à trouver. Donc euh, et puis on est ergo, on arrive toujours à faire des petites adaptations. J'ai déjà adapté des roulettes sur un vélo pour faire faire du vélo à quelqu'un. Euh voilà, j'ai déjà fait des orthèses pour pouvoir tenir une raquette. J'ai déjà utilisé un balai pour simuler un fusil.</p> <p>Mais en plus de ça, on a quand même des aides technologiques qui sont pas mal. Donc je t'ai déjà dit qu'on avait l'Arméo. On a l'Arméo Spring, pas celui qui est électrique mais celui qui est contre pesanteur pour le bras. Et puis on a depuis 1 an maintenant l'IVS3. Donc c'est le système qu'on appelle Dessintey parce que c'est la marque qui propose ça. C'est un système français qui est extrêmement efficace. C'est-à-dire que c'est de la thérapie miroir mais technologique. Donc en fait, on filme d'abord le bras sain, euh, c'est filmé par au-dessus et on fait faire un certain nombre d'activités qu'on enregistre. Donc on a une ribambelle d'activités qu'on peut faire parce qu'on n'a pas de limites particulières. Et puis l'ordinateur s'occupe, après, sur un écran qui est devant le visage de la personne et au-dessus des bras. Donc on arrive à cacher le bras atteint derrière l'écran et en fait on passe la vidéo inversée du bras qui est bien pour le mettre sur le bras atteint, au niveau du bras atteint. Donc la personne a vraiment l'impression de voir son bras bouger, mais beaucoup mieux que si on le faisait avec un miroir parce qu'en fait elle n'actionne plus rien du côté sain. Le petit problème de la thérapie miroir, c'est que si tu veux voir quelque chose se passer dans le miroir pour faire l'illusion qu'il y a quelque chose du côté du bras atteint, c'est qu'en même temps tu dois faire ça avec ton bras sain. Là, on enlève ce truc-là qui fait que le cerveau est vraiment dans l'idée : ok c'est mon bras qui est en train de bouger. Donc là ça travaille, euh, il y a des documentations que tu trouveras facilement là-dessus. Ce système-là nous permet de faire une thérapie par le miroir mais vraiment bien optimisée. On a donc l'Arméo. Et après on a des activités de quotidien. On a un appartement thérapeutique dans lequel on peut aller travailler des choses de la vie de tous les jours. On travaille en chambre aussi auprès de nos patients en situation d'AVQ, de toilette le matin. On est auprès d'eux pour les repas. On a un petit truc un peu spécifique qui s'appelle repas thérapeutique où on prend 4 personnes en même temps dans une pièce et on leur réapprend à manger aussi. Donc il y a beaucoup d'hémiplégiques. Ça nous permet de bosser aussi sur la déglutition avec les orthos, ça nous permet de bosser avec les aides-soignantes aussi sur bah. Elles, elles nous aident beaucoup mais aussi on leur apprend un petit peu des techniques de stimulation parce qu'on part du principe que les aides-soignants, c'est-à-dire les thérapeutes des soins dans le langage de Michèle Gerber, soient tout à fait intégrés et le plus formés possible. Pour nous ce sont des rééducateurs à part entière, ils ont juste une façon de travailler qui est un peu différente. Mais en fait, ils sont vachement plus souvent en contact avec les patients que nous objectivement. Donc on essaie aussi de les former un petit peu dans ce sens-là. Et euh, s'il y a des aspects cognitifs importants à travailler, les ergos sont là pour le faire mais les neuropsyches sont là aussi pour observer ou participer au repas thérapeutique. Donc on travaille à plein de professionnels autour de cette situation là et alors on invite aussi nous, le service n'est vraiment pas fermé aux familles. Euh, donc on invite les familles aussi à venir et on forme aussi les familles. On est vraiment dans l'intégration de chaque acteur est important, chaque acteur [silence]. Alors je te dis pas que c'est parfait et qu'on y arrive à tous les coups et que tout le monde participe de bon gré, c'est pas du tout ce que je te dis. Mais dans notre méthodo, on a quand même un soutien de notre direction et puis du corps médical pour aller bosser dans ce sens-là et pas chacun dans son coin. Voilà.</p>
--------	---

	<p>Et pour coordonner tout ça on fait des synthèses. Euh, c'est-à-dire qu'on fait des synthèses ou des synthèses que en équipe sans le patient, sans la famille. Et puis quand on sent qu'on a besoin de mettre en place un certain nombre de choses avec la famille, et bah on leur demande de venir. Donc, on a les proches qui viennent avec le patient et puis les référents du patient, c'est bien planifié. Il y a un bon truc et il y a que des gens qui connaissent parfaitement la personne qui sont autour de la table. Et là, on échange et on essaie d'élaborer un petit peu le, la voie à suivre pour suivre la rééducation ou pour rentrer à la maison. Tu trouveras peut-être ça sous le sigle P3I ce type de réunion. Nous, on appelle ça des synthèses familles quand il y a la famille, des synthèses tout court quand ils ne viennent pas. Sinon on parle du patient à la mode Staff. A la fin de chaque synthèse si tu veux, on a 6 synthèses par semaine et par étage. Et puis on a un petit temps pour échanger sur ce qui va, ce qui ne va pas mais de façon plus succincte.»</p>
Codage	<p>« Donc je m'adapte surtout à la personne », « un petit peu du matériel pour au moins, pour simuler un certain nombre d'activité », « on se démerde un petit peu avec ce qu'on a », « la vie quotidienne finalement les objets du quotidiens ils sont super faciles à trouver »,  « ergo », « arrive toujours à faire des petites adaptations », « adapté des roulettes sur un vélo », « orthèses pour pouvoir tenir une raquette », « utilisé un balai pour simuler un fusil »,  « aides technologiques », « l'Arméo Spring », « l'IVS3 donc c'est le système qu'on appelle Dessintey »,  « des activités de quotidien », « appartement thérapeutique dans lequel on peut aller travailler des choses de la vie de tous les jours », « travaille en chambre », « en situation d'AVQ, de toilette le matin », « repas thérapeutique où on prend 4 personnes en même temps dans une pièce et on leur réapprend à manger aussi »,  « déglutition avec les orthos », « bosser avec les aides-soignantes », « on leur apprend un petit peu des techniques de stimulation parce qu'on part du principe que les aides-soignants, c'est-à-dire les thérapeutes des soins », « rééducateurs à part entière, ils ont juste une façon de travailler qui est un peu différente », « vachement plus souvent en contact avec les patients que nous », « aspects cognitifs importants à travailler », « neuropsys sont là aussi pour observer ou participer au repas thérapeutique », « travaille à plein de professionnels autour de cette situation »  « on invite les familles aussi à venir et on forme aussi les familles », « l'intégration de chaque acteur est important », « soutien de notre direction et puis du corps médical pour aller bosser dans ce sens-là et pas chacun dans son coin », « pour coordonner tout ça on fait des synthèses », « en équipe sans le patient, sans la famille », « mettre en place un certain nombre de choses avec la famille », « on a les proches qui viennent avec le patient et puis les référents du patient, c'est bien planifié », « que des gens qui connaissent parfaitement la personne qui sont autour de la table », « on échange et on essaie d'élaborer [...] la voie à suivre pour suivre la rééducation ou pour rentrer à la maison »,</p>
Catégorisation	<p>Adaptation à la personne  Objets fonctionnels pour exercices de rééducation : simulation des activités  Compétences ergothérapeutes : adaptation du matériel à la personne pour favoriser autonomie et indépendance  Nouvelles technologies : Arméo Spring, IVS3 de Dessintey  MES écologiques  Repas thérapeutiques : 4 patients + collaboration pluriprofessionnelle + entourage s'il le peut  Intégration de l'entourage + formation de l'entourage  NER 21 : aides-soignants = thérapeutes des soins</p>
	<p><b>Question 6 :</b> Agissez-vous sur le positionnement du patient ? Si oui, à partir de quand dans la PES ?</p>

Corpus	<p>« Ah bah dès le premier jour. Dès le premier jour. C'est notre façon de bosser, absolument clairement partagée par tous les ergos. On est six ergos dans le service. Euh première séance, on voit quel est le besoin en installation au lit, au fauteuil. Voilà. Donc euh, par installation ça comprend tout ce que tu peux entendre par installation. Ça peut être : ok cette personne-là c'est plutôt un fauteuil électrique qui va lui falloir parce que cognitivement ça se passe et puis on sent que c'est quelqu'un de jeune et qui a besoin de sortir de sa chambre. Ou bon bah là, c'est quelqu'un qui a besoin d'un gros positionnement, donc on est sur du confort et positionnement. Ou bah c'est quelqu'un qui est au lit, alors euh bon, on a tous les supports spécifiques hein autant en assise qu'en couché, pour éviter les escarres. Mais on a aussi toute une batterie de mousses de positionnement de série achetées et puis on a en plus la possibilité de faire du sur-mesure. On a des matelas, on achète je ne sais pas entre dix et douze matelas par an pour les découper et faire des petites mousses que les ergos euh ont l'habitude de faire. Il faut vraiment que l'ergothérapie conserve cet aspect d'ultra adaptation. C'est, on ne peut pas s'appuyer que sur ce qui est fait par les fabricants, ce n'est pas possible. Donc voilà, on a tout ça pour les installations, je pense qu'on a toutes les choses intéressantes. Et quand ça dépasse un peu nos compétences, on fait des orthèses hein évidemment. Bien sûr, stabilisation des articulations instables et ces orthèses, là, on va aussi les utiliser dans le domaine des installations. Ça fait partie du pack.</p> <p><a href="#">Est-ce que vous pratiquez des positionnements particuliers sur le côté hémiparalysé ?</a></p> <p>Alors moi je ne peux pas parler au nom du service parce que tout le monde ne le fait pas. Parce que tout le monde n'est pas formé ou tout le monde n'est pas intéressé par le faire. Euh moi, je le fais dès que je sens que c'est absolument indispensable.</p> <p>Le décubitus latéral sur le côté hémi c'est quelque chose de miraculeux, il faut absolument le faire. Le seul problème c'est, ça fait partie des problèmes de ces techniques-là. C'est que c'est assez pointu. L'installation, il ne s'agit pas de tourner la personne sur le côté et machin. Tu peux faire vraiment beaucoup de mal à une épaule si t'installe mal la personne. Mais moi alors là, le décubitus latéral c'est un truc que je prône à fond la caisse. Je suis allé jusque dans l'hôpital, dans le CHR à côté de chez nous pour aller former le personnel à installer les gens comme ça. Parce que c'est hyper stimulant, parce que ça apaise beaucoup les personnes. Et en apaisant beaucoup les personnes et en donnant beaucoup d'informations proprioceptives, on allège largement l'hypertonie quand on a déjà une hypertonie qui arrive déjà en phase aigüe. Ça permet vraiment d'aider la personne à avancer au mieux même si elle est encore au lit. Moi quand j'ai quelqu'un qui est encore au lit, clairement je le fais. La difficulté qu'on a actuellement c'est les matelas à air qui sont bien souvent indispensables mais qui empêchent un petit peu de faire au mieux ce type de positionnement. »</p>
Codage	<p>« Dès le premier jour », « première séance on voit quel est le besoin en installation au lit, au fauteuil », « FRE », « gros positionnement donc on est sur du confort et positionnement », « bon on a tous les supports spécifiques [...] euh autant en assise qu'en couché pour éviter les escarres », « batterie de mousses de positionnement de série achetée », « en plus la possibilité de faire du sur-mesure », « découper et faire des petites mousses », « faut vraiment que l'ergothérapie conserve cet aspect d'ultra adaptation »,</p> <p>« quand ça dépasse un peu nos compétences on fait des orthèses », « stabilisation des articulations instables », « ces orthèses là on va aussi les utiliser dans le domaine des installations. »,</p> <p>« décubitus latéral sur le côté hémi », « problèmes de ces techniques-là. C'est que c'est assez pointu », « tu peux faire vraiment beaucoup de mal à une épaule si t'installe mal la personne », « décubitus latéral c'est un truc que je prône », « c'est hyper stimulant, parce que ça apaise beaucoup les personnes », « donnant beaucoup d'informations proprioceptives on allège largement l'hypertonie quand on a déjà une hypertonie qui arrive déjà en phase aigüe », « permet vraiment d'aider la personne à avancer au mieux même si elle est encore au lit », « difficulté qu'on a actuellement c'est les matelas à air qui sont bien souvent indispensables mais qui empêchent un petit peu de faire au mieux ce type de positionnement »</p>

Catégorisation	<p>Positionnement précoce  Adaptation à la personne  En prévention des escarres : matelas, mousses spécifiques, mousses sur mesure  Fabrication d'orthèses si nécessaire  Compétence métier : adaptation au plus près de la personne  Positionnement spécifique NER 21 : décubitus latéral sur le côté hémiplégique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Technique pouvant léser l'épaule si mal réalisé</li> <li>- Hyper-stimulant au niveau proprioceptif</li> <li>- Atténue hypertonie de la phase aigüe</li> <li>- Problématique avec matelas à air nécessaire en prévention des escarres</li> </ul>
	<p><b>Question 7 : Lors de vos PES, évaluez-vous la qualité de vie de la personne ? Si oui, quels bilans/échelles utilisez-vous ?</b></p>
Corpus	<p>« Euh bah oui. Alors le problème, moi j'ai un gros problème. Euh, je n'ai pas été biberonné aux bilans papiers, aux bilans validés, aux bilans machins. Donc bon, on le fait de toute façon, on a un certain nombre de bilans. Mais par contre les évaluations de rendement occupationnel, des choses comme ça, moi, c'est un truc que je maîtrise pas du tout. J'ai jamais été formé donc forcément et puis je ne cherche pas forcément à me former non plus hein c'est surtout ça le problème. Donc je n'ai pas de bilan à citer, je n'ai pas de méthodologie particulière à citer. Euh l'évaluation elle est tout à fait factuelle, et euh et très empirique. Donc voilà, je me fie aux objectifs qu'on avait fixés en début de séjour ou qu'on avait réévalués pendant le séjour et puis j'essaie de voir si on a atteint les choses. Voilà, je n'ai pas vraiment de, je n'ai pas une méthode en particulier ou un bilan validé dont je pourrais te parler. Je n'utilise pas d'outils dont je pourrais citer de nom. Après voilà, mon objectif c'est de permettre à la personne de promener son chien, je mets tout en ordre pour qu'elle puisse promener son chien. Voilà. »</p>
Codage	<p>« je n'ai pas de bilan à citer, je n'ai pas de méthodologie particulière à citer. », « factuelle, et euh et très empirique », « je me fie aux objectifs qu'on avait fixés en début de séjour ou qu'on avait réévalués pendant le séjour et puis j'essaie de voir si on a atteint les choses. »,</p>
Catégorisation	<p>Pas de bilan  Evaluation factuelle : fonction des objectifs atteints ou non</p>
	<p><b>Question 8 : Avez-vous des questions ou éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</b></p>

Corpus	<p>« Ce que je rajouterais, c'est que comme toutes les méthodes, sans dire qu'elles ont leurs limites, la méthodo Bobath/NER 21, elle est super intéressante à partir du moment où tu la maîtrises. Pour la maîtriser, il faut avoir reçu la vraie formation, il ne faut pas avoir été formé par quelqu'un qui a été formé à moins que ça soit quelqu'un, euh. Demain, si je forme quelqu'un il ne peut partir du principe qu'il a été formé. Même si je pense avoir des connaissances de bases suffisantes. Mais euh, mais clairement pour moi la problématique, la limite, c'est celle-là. Ce que euh, un, sans dire qu'on n'est pas nombreux parce que t'as quand même ne serait-ce que par le biais de la formation ANFE, t'as déjà 6 ergos et 6 kinés qui sont formés tous les ans. Sauf si Eugénie qui est l'assistante qui a pris mon relai, elle euh, fait aussi des trucs de formation en plus de Michèle en France. Mais voilà 6 ergos dans toute la France par an, ça ne fait quand même pas besef. Heureusement, il y a les formations sur site mais c'est des formations qui durent que 3 jours. Alors que, euh, le cours de base c'est trois semaines, le cours avancé c'est une semaine par cours avancé, c'est bien d'en faire un tous les deux, trois ans. Euh, ça a un coût, il n'y a pas beaucoup de monde qui le fait. Donc du coup, la problématique c'est que même si t'es plein de bonnes connaissances, tu te retrouves sans dire seul quand tu reviens dans ton centre de rééducation, mais tu te retrouves parfois avec des gens qui ne partagent pas du tout la même technique, qui, pour qui la nouveauté est un petit peu difficile. Moi j'ai vécu, j'ai un très mauvais vécu de mon retour dans mon établissement où il y avait pas mal de choses à revoir du point de vue alors des ergos, mais aussi du point de vue de la PEC kiné, parce que certaines méthodes qui étaient appliquées un petit peu à l'ancienne allaient vraiment à contresens de la bonne marche de tout ça. Et je me suis pris la tête avec pas mal de collègues, ça a été un peu compliqué. Tu vois un, tu te retrouves un peu tout seul. Deux, même si t'es tout seul mais que les gens t'écoutent quand même ou que les gens sont de bonne volonté pour essayer d'appliquer un certain nombre de choses et qu'on ait une PEC qui soit vraiment bien orchestrée, bien organisée. Ce n'est pas toujours évident quand même de te retrouver à être la seule personne qui a les connaissances. Ça, c'est euh, voilà, ça c'est mon vécu. Euh c'est pas toujours bien accepté des autres personnes d'avoir quelqu'un qui revient de stage en disant : bah voilà ce qu'on fait ou ce qu'on faisait faudrait qu'on essaie de le changer. Les habitudes ont la vie dure. Changer c'est difficile pour tout le monde. Tu verras sur les terrains de stage ou tu verras dans ta vie professionnelle, on s'accroche tous un petit peu à ce pourquoi on a un certain nombre de certitudes et puis quand on vient changer un petit peu les choses par rapport à ça, c'est un peu difficile. Bon, ça c'est la première difficulté pour la mise en œuvre de tout ça. Il faut vraiment qu'il y ait à mon avis des formations de groupe sur site pour que cette méthode-là puisse vraiment bien prendre. Il faudrait vraiment que ce soit quelque chose de d'assez généralisé parce que si tous les gens d'une même équipe ont entendu la même chose et se disent ah mais oui effectivement, ah ça marche, par des petits exemples. Moi ce que j'appelle des petites victoires, je dis souvent ça aux étudiants. Ce que je veux c'est que tu aies des petites victoires, c'est que tu prennes confiance en toi parce que t'as mis en place un truc sans trop savoir si ça allait marcher et puis t'as bien exploité la méthodo et ça a fonctionné. Donc t'as ta petite victoire et ton patient aussi. Voilà, c'est ces choses-là qui sont essentielles et qui sont essentielles dans les facteurs motivationnels du patient aussi. On vous parle beaucoup dans les IFE de ne pas mettre les gens en échec. Je ne veux pas revenir là-dessus, ce n'est pas faux, ce n'est pas vrai. Parfois il faut mettre les gens aussi devant des difficultés pour les aider à passer le cap supérieur ou à passer un cap. Voilà, les gens qui attendent que ça vienne tout seul, bah, faut leur mettre des choses sous le nez quand même. Voilà, donc pourquoi je disais ça je sais plus. Mais en substance, tu comprends que mon idée c'est euh, un, si t'es tout seul au milieu de dix personnes et que t'es tout seul à dire il faudrait faire ça, bah t'as pas forcément dix personnes qui vont te suivre. Voilà ça c'est clair. Euh si les gens suivent, c'est mieux si tout le monde a entendu la même chose, donc vraiment la même chose par la même personne, la même formatrice, le même formateur. Voilà, ça c'est quelque chose qui est important. Et la difficulté pour arriver à cette situation idéale-là, c'est que ça coute un pognon monumental voilà. Alors euh, moi je ne sais pas pourquoi Michèle continue à faire</p>
--------	--

du Bobath/NER 21 par le biais de l'ANFE. Euh je ne sais pas pourquoi elle ne fait pas une formation NER 21 tout court. Je pense que c'est peut être certainement dans les tuyaux. Il faudrait qu'il y ait une vraie formation mais vraiment centrée NER 21 parce que là, on a quand même beaucoup parlé de notre pratique hospitalière et qui est quand même très française dans notre approche, euh, ou en tout cas francophone. La NER 21 c'est, enfin pour moi, l'idée c'est que la famille comme les proches comme les aidants professionnels du domicile comme les aidants professionnels du centre de rééducation ou du secteur dans lequel tu fais cette PEC-là, que tout le monde ait la même ligne de conduite, la même ligne directrice. Tu vois, qu'on suive tous le même cap. Et euh, moi j'avais trouvé, mais ça date d'il y a 10 ans, c'est pour ça que je te disais moi c'est peut-être un peu limité ce que je peux t'en dire. Ça a peut être changé depuis mais j'avais trouvé il y a 10 ans que effectivement on avait cette approche, cette publicité que faisait Michèle pour NER 21, parce que moi j'étais en assistantat quand elle a finalisé l'aboutissement de l'association pour vraiment la monter, la créer, que vraiment ça devenait officiel. Euh, moi j'adhère certainement plus facilement en tant qu'ergo à l'approche NER 21 qui est vraiment multidimensionnelle et interdimensionnelle surtout. Euh, j'y adhère plus qu'à Bobath, même si Bobath apporte énormément de super outils techniques, de super connaissances pour mieux connaître le corps humain. Comprendre qu'il faut le connaître parfaitement pour pouvoir bien le traiter. Ça c'est aussi ce que j'ai pigé. Mais c'est une approche, euh, ce qui était intéressant c'est que c'est kiné et ergo, tu vois. Mais on est vraiment dans la thérapie manuelle. Mais en formation t'es avec des kinés, des ergos. NER 21 pour son approche interprofessionnelle et surtout interdimensionnelle, euh, met en lien des gens qui ne sont pas des soignants avec des gens qui sont des soignants et avec le patient qui est au cœur de tout ça. Et ça, pour moi, je fais vraiment une vraie différence. Et j'aimerais, euh, moi si demain il y avait une vraie formation NER 21, uniquement NER 21 avec d'autres ouvertures que ce que j'ai pu voir sur Bobath, ça me plairait bien. Pour l'instant, je ne sais pas où ils en sont mais c'est vrai, euh bah, ne serait-ce qu'aller au Congrès déjà ça serait déjà un bon début. Alors du coup qu'est-ce que je vois, je pense que c'est bien de voir les limites aussi. Euh bah voilà, pour moi c'est vraiment la limite principale, quoi. C'est que je trouve ça génial, mais il faudrait qu'il y ait cent fois plus de personnes qui connaissent pour que ça puisse être vraiment véritablement mis en place. Je suis référent de service et en tant que référent je n'impose pas des méthodologies à mes collègues. Si on me demande mon avis sur une question, je le donne. Euh, quand en gros on me pose des questions et on se pose la question d'appliquer des méthodes Bobath ou NER 21 quand on a des patients très difficiles. Là, en général je vois les collègues débarquer : E5 t'aurait pas une idée pour ça, ou alors j'ai tel patient, il est Pusher. Euh voilà. Là, à l'heure actuelle à ma connaissance, par exemple, pour des gros patients lourds qui ont des symptomatologies Pusher, c'est la seule méthode qui se pose vraiment la question de qu'est-ce qu'on fait et puis qui donne vraiment des solutions qui en plus sont efficaces. Voilà, à ma connaissance c'est un truc sur lequel aussi tu peux essayer d'ouvrir. C'est que, qu'est-ce qui fait que c'est unique aussi, bah, c'est que sur certaines questions, c'est quand même les seuls. Moi les patients Pusher, j'en parle aux étudiants de l'IFE de Hyères. J'en parle rapidement. En fait c'est une symptomatologie qui est vraiment une somme de problèmes, c'est toujours plus ou moins la même chose. Et ça donne toujours les mêmes résultats avec des gens qui se mettent en danger et surtout qui mettent en danger tous les professionnels qui sont autour d'eux et les familles. Et on a quand même très souvent des blessures et des arrêts de travail. Et pour moi, ça me paraît essentiel que au moins les étudiants dans un moment de leur cursus entendent euh latéropulsion ou Pusher ou alors cette façon de se comporter là il faut que je fasse gaffe. Et il y a des méthodes qui fonctionnent et si je ne les applique pas, je suis forcément dans quelque chose qui ne fonctionne pas et pour lequel je risque quelque chose. Donc moi, j'en parle au moins pour que les gens soient alertés, qu'ils sachent que les gens qui ont ce problème-là, il ne faut pas leur gueuler dessus en disant qu'ils ne font pas bien, ils n'y peuvent rien. Et que ce n'est que en étant drastique dans nos choix et dans notre orientation thérapeutique et en faisant très exactement l'inverse de ce qu'on fait en thérapie classique



	<p>pour les AVC, mais quand je te dis très exactement l'inverse, c'est vraiment très exactement l'inverse. Et il n'y a que comme ça qu'on y arrive. Ça vaut le coup que tu y jettes un petit coup d'œil, ne serait-ce que parce que c'est la seule méthodo qui s'y intéresse en fait et qui propose des solutions. Tu peux aller chez Kabat, personne n'en parle, tu peux chercher chez Perfetti, personne n'en parle, euh, tu peux faire de la thérapie miroir, personne n'en parle, tu peux demander tout ce que tu veux, la thérapie contrainte, induite, personne n'en parle. Euh, les Pusher, il n'y a que chez Bobath/NER 21 que c'est pris en charge parce que ils ont des années de pratiques et qu'ils ont trouvé des trucs qui marche, quoi. Et ça aussi ça en fait un truc unique pour moi. C'est vraiment un truc unique à ce niveau-là. »</p>
Codage	<p>« la méthodo Bobath/NER 21 », « la maîtriser, il faut avoir reçu la vraie formation, il ne faut pas avoir été formé par quelqu'un qui a été formé », « pas nombreux », « formation ANFE », « les formations sur site mais c'est des formations qui durent que 3 jours », « ça a un coût », « problématique c'est que même si t'es plein de bonnes connaissances, tu te retrouves sans dire seul quand tu reviens dans ton centre de rééducation, mais tu te retrouves parfois avec des gens qui ne partagent pas du tout la même technique, qui, pour qui la nouveauté est un petit peu difficile », « faudrait qu'il y ait une vraie formation mais vraiment centrée NER 21 », « NER 21 », « la famille comme les proches comme les aidants professionnels du domicile comme les aidants professionnels du centre de rééducation ou du secteur dans lequel tu fais cette PEC-là, que tout le monde ait la même ligne de conduite, la même ligne directrice », « vraiment multidimensionnelle et interdimensionnelle surtout », « met en lien des gens qui ne sont pas des soignants avec des gens qui sont des soignants et avec le patient qui est au cœur de tout ça », « je trouve ça génial, mais il faudrait qu'il y ait cent fois plus de personnes qui connaissent pour que ça puisse être vraiment véritablement mis en place. », « latéropulsion ou Pusher », « se mettent en danger et surtout qui mettent en danger tous les professionnels qui sont autour d'eux et les familles », « notre orientation thérapeutique et en faisant très exactement l'inverse de ce qu'on fait en thérapie classique pour les AVC », « c'est la seule méthodo qui s'y intéresse en fait et qui propose des solutions », « unique à ce niveau-là »</p>
Catégorisation	<p>Limites : peu de professionnels formés, difficulté de transfert de connaissances auprès de collègues non formés, coût de la formation  Avantages : collaboration interprofessionnelle (soignants, thérapeutes, domicile)-entourage-patient, patient au centre du processus,  Seule méthode de rééducation tenant compte du Syndrome Pusher</p>

## Entretien ergothérapeute E6

	<p><b>Question 2 : Pouvez-vous me dire quelles conséquences de l'AVC vous connaissez ?</b></p>
Corpus	<p>« Alors euh du coup, il y a pour moi trois sphères on va dire. Il y a le côté moteur, le côté euh cognitif et après il y a la sphère plus psychologique également. Euh, avec toutes les conséquences en fait, un peu sociales que va entraîner l'AVC euh pour la personne, pour son entourage euh. Voilà il y a vraiment trois grands domaines qu'on aborde. »</p>
Codage	<p>« trois sphères », « le côté moteur, le côté euh cognitif [...] la sphère plus psychologique également », « conséquences [...] sociales », « pour la personne, pour son entourage »</p>

Catégorisation	Conséquences motrices, cognitives, psychologiques, sociales Conséquences familiales
	<b>Question 3 : Quelles sont la/les conséquences qui vous semblent primordiales pour axer votre PES des patients post-AVC ?</b>
Corpus	« Alors euh c'est difficile à définir, euh parce qu'il y en a beaucoup. En fait c'est très patient-dépendant à mon sens. C'est-à-dire que moi je vais voir avec le patient un petit peu ce qu'il rapporte du coup comme conséquences, pour lui, euh et ça va plus découler de lui au début, pour voir un petit peu sur quoi j'axe et s'il parle par exemple de la marche, euh, d'autres aspects. Hum, après, euh, moi j'essaie vraiment de me tourner sur un travail fonctionnel, euh, que la personne arrive à faire des, des, à reprendre des activités quelles qu'elles soient qui ont du sens pour elle. »
Codage	« il y en a beaucoup », « patient-dépendant », « je vais voir avec le patient [...] il rapporte comme conséquences », « pour voir [...] sur quoi j'axe », « travail fonctionnel », « la personne arrive à faire, [...] reprendre des activités [...] qui ont du sens pour elle »
Catégorisation	Nombreuses conséquences Patient-dépendant, Patient-centrée : Recueil des conséquences pour la personne = axes de rééducations Exercices fonctionnels : visent à favoriser l'autonomie et de l'indépendance de la personne Reprise d'activités signifiantes et significatives pour la personne
	<b>Question 4 : Comment est intégrée la personne dans le processus d'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et du plan de traitement le concernant ?</b>
Corpus	« Alors euh, en ergo, euh nous, le premier jour on fait les bilans. Et dans ces cas-là, il y a un entretien assez long, hum où justement on discute un petit peu de la vie d'avant. Euh, et moi je leur demande toujours leurs attentes, qu'est-ce qu'ils attendent de ce séjour de rééducation même si, euh, au début les réponses sont assez lisses on va dire entre guillemets. Mais voilà vraiment ce que, eux, ils pensent pouvoir récupérer. Mais aussi ce qu'ils connaissent de l'AVC, parce que souvent il y a beaucoup de monde qui viennent les voir et ils n'ont pas forcément le temps d'intégrer ce que c'est, euh, parfois ils ont une méconnaissance des troubles, des conséquences aussi, et du coup je reprends avec eux. Et au niveau euh, moi je leur explique les bilans, les résultats des bilans, et du coup comment on va travailler en ergothérapie. Et après au niveau, il y a le médecin qui fait également une synthèse famille. Euh, à peu près une à deux semaines après l'entrée du patient. Pour présenter un petit peu le fonctionnement de la rééducation, euh les projets qui ont été fait, présenter l'équipe. Enfin voilà pour voir la famille aussi une première fois, parce que c'est vrai qu'il y a des familles qui ne peuvent pas se libérer en début de, enfin en fin d'après-midi en tout cas. Du coup c'est vrai que c'est plus simple comme ça. C'est pas mal d'avoir la synthèse famille à 15 jours comme ça il y a vraiment le temps de rassembler tout le monde, la pathologie est bien réexpliquée. <b>Vous voyez déjà dans un premier temps le patient pour voir avec lui et lui expliquer sa PES puis après vous voyez la famille pour leur expliquer ?</b> Il faut que tout le monde soit intégré. C'est vrai que là par rapport à avant le COVID, il y a moins de permissions le week-end, forcément, euh et du coup on voit moins les familles, on a moins de retours, on fait moins le lien. Et ça, on s'est rendu compte que ça manquait quand même beaucoup. Donc euh en fait on s'est rendu compte à quel point c'est important d'avoir la famille intégrée au suivi. »

Codage	<p>« le premier jour on fait les bilans », « un entretien assez long [...] on discute un petit peu de la vie d'avant », « je leur demande toujours leurs attentes »,</p> <p>« ce que, eux, ils pensent pouvoir récupérer », « ce qu'ils connaissent de l'AVC », « parfois ils ont une méconnaissance des troubles, des conséquences aussi, et du coup je reprends avec eux », « je leur explique les bilans, les résultats des bilans, et du coup comment on va travailler en ergothérapie »,</p> <p>« le médecin qui fait également une synthèse famille », « une à deux semaines après l'entrée du patient », « présenter [...] fonctionnement de la rééducation, euh les projets qui ont été fait, présenter l'équipe », « rassembler tout le monde, la pathologie est bien réexpliquée. »,</p> <p>« Il faut que tout le monde soit intégrer », « COVID », « on s'est rendu compte à quel point c'est important d'avoir la famille intégrée au suivi »</p>
Catégorisation	<p>Bilan et entretien dès l'entrée : recueil d'informations sur leur vie d'avant et sur leurs connaissances concernant l'AVC, les attentes de la personne</p> <p>Patient-centré</p> <p>Information au patient sur l'AVC et ses conséquences, sur les bilans et leurs résultats, sur la manière de travailler en ergothérapie</p> <p>Intégration de la famille environ deux semaines : information sur l'AVC et ses conséquences, présentation de l'équipe, fonctionnement de la rééducation et suivi</p> <p>Equipe pluriprofessionnelle</p> <p>Patient et entourage intégrés dès le début de la PES</p>
	<p><b>Question 5 : Quels types d'activités proposez-vous aux patients post-AVC et dans quelles conditions ?</b></p>
Corpus	<p>« Euh alors on a une approche qui est analytique avec des exercices moteurs et avec tout le côté cognitifs avec des jeux, des exercices sur table. On fait aussi des MES euh fauteuil roulant, toilette, habillage, transferts, observation des repas. Euh et après, c'est des MES beaucoup plus ciblées : accrocher le linge, mettre la table, euh aller faire les courses. Tout ça on le fait plutôt dans un deuxième temps de la PEC.</p> <p>Euh on essaie de s'orienter au maximum vers des exercices fonctionnels, que ça ait du sens pour le patient, euh, que ça permette aussi un engouement dans la rééducation. »</p>
Codage	<p>« approche qui est analytique avec des exercices moteurs et [...] cognitifs »,</p> <p>« MES euh fauteuil roulant, toilette, habillage, transferts, observation des repas »,</p> <p>« MES beaucoup plus ciblées : accrocher le linge, mettre la table, euh aller faire les courses »</p> <p>« s'orienter au maximum vers des exercices fonctionnels, que ça ait du sens pour le patient »,</p> <p>« engouement dans la rééducation »</p>
Catégorisation	<p>Exercices analytiques. Exercices moteurs et cognitifs</p> <p>MES sur AVQ puis activités domestiques</p> <p>Favorise les exercices fonctionnels</p> <p>Signifiant et significatif pour la personne</p> <p>Engagement dans la rééducation, participation active de la personne</p>
	<p><b>Question 6 : Agissez-vous sur le positionnement du patient ? Si oui, à partir de quand dans la PES ?</b></p>

Corpus	<p>« Alors oui, euh, dès l'heure où le patient est arrivé. Euh Dès qu'il arrive dans le service, on passe voir le patient, euh voir, savoir un petit peu quel type de fauteuil roulant on va mettre en place, euh s'il y a un positionnement au lit qui doit être mis en place, euh dès le départ, si on doit commander un matelas. Vérifier aussi le côté orthopédique, euh, du patient, si la main est cachée sous les draps ou si elle est bien mise en évidence, en déclive. Euh voilà. Est-ce qu'il y a déjà des positions vicieuses ? Euh, nous on fait pour que ça ralentisse les conséquences, et après, ça sera réévalué dans les premiers jours. Euh, sur les fauteuils, euh voilà quel type de fauteuil on met, si on met une hémitablette. Donc euh vraiment tout de suite, immédiatement.</p> <p><b>Est-ce que vous mettez en place des choses particulières pour les personnes avec hémiplégie ?</b></p> <p>Alors, euh, pour les personnes hémiplegiques on va mettre une hémitablette sur le fauteuil roulant quand il y a une motricité inférieure à 3 sur le bras plégique. Euh, on va faire une attelle de réalignement articulaire. Ça laisse les doigts libres mais par contre ça nous permet de maintenir le poignet en rectitude pour éviter les positions vicieuses. Euh, ça c'est pareil, c'est dans les trois premiers jours. Euh, mettre les personnes debout le plus rapidement possible, ça c'est en lien avec euh, plus le kiné, pour une verticalisation le plus rapidement possible.</p> <p><b>Et par rapport au positionnement au lit, est-ce que vous utilisez la méthode préconisée par NER 21 ?</b></p> <p>Alors non pas entièrement. Elle est intéressante mais elle est très dure à mettre en place. Euh, moi où je travaille, il y a des chambres très très petites, donc déjà ça limite. En fait, la position fait que le bras dépasse un peu du lit. La position, elle prend quand même pas mal de place, et nécessite aussi pas mal de coussins et ça mobilise aussi les soignants. C'est une position qui n'est pas naturelle pour eux de venir sur le côté plégique, euh ça demande une gestuelle aussi qui est très technique donc c'est vrai que, euh, ce n'est pas évident à mettre en place. Après, euh, c'est quelque chose qu'on aborde avec les patients, on voit s'ils veulent essayer aussi parce qu'il y a une appréhension pour eux à aller sur ce côté-là. Euh, et donc je t'avoue que je ne la mets pas beaucoup en place parce qu'elle est, ça demande en fait plus que ton travail à toi en temps qu'ergo. Il faut aussi que le reste de l'équipe accepte et accède à ce positionnement-là. Ils ont déjà plein de choses à gérer et ce n'est pas une position facile à mettre en place. Je suis formée depuis 6 mois et je ne suis pas encore à l'aise avec cette technique.</p> <p><b>Vous êtes la seule formée NER 21 dans l'équipe ou non ?</b></p> <p>Euh ? nous en fait où je travaille, on a la chance. En fait euh on est formé régulièrement. On est trois ergothérapeutes là, un kiné qui reste encore. Et certains membres de l'équipe soignante ont été formés. Euh sur un stage en fait, sur une semaine je crois, où on a quand même pu former toute l'équipe. Sauf que ça c'était il y a un petit moment et il y a eu un turnover assez important. On essaie toujours de garder des conseils et sur le positionnement mais la position compétente c'est compliqué. »</p>
--------	--

Codage	<p>« dès l'heure où le patient est arrivé », « on passe voir le patient », « quel type de fauteuil roulant on va mettre en place, euh s'il y a un positionnement au lit qui doit être mis en place [...] si on doit commander un matelas »,</p> <p>« Vérifier aussi le côté orthopédique », « si la main [...] est bien mise en évidence, en déclive »,</p> <p>« Est-ce qu'il y a déjà des positions vicieuses ? »,</p> <p>« nous on fait pour que ça ralentisse les conséquences »,</p> <p>« quel type de fauteuil on met, si on met une hémitablette »,</p> <p>« tout de suite, immédiatement »,</p> <p>« personnes hémiplegiques on va mettre une hémitablette sur le fauteuil roulant quand il y a une motricité inférieure à 3 sur le bras plégique »,</p> <p>« attelle de réalignement articulaire. Ça laisse les doigts libres mais par contre ça nous permet de maintenir le poignet en rectitude pour éviter les positions vicieuses », « dans les trois premiers jours »,</p> <p>« mettre les personnes debout le plus rapidement possible », « en lien avec euh, plus le kiné »,</p> <p>« la méthode préconisée par NER 21 », « intéressante mais elle est très dure à mettre en place », « des chambres très très petites, donc déjà ça limite », « La position, elle prend quand même pas mal de place, et nécessite aussi pas mal de coussins et ça mobilise aussi les soignants »</p> <p>« position qui n'est pas naturelle pour eux de venir sur le côté plégique [...] ça demande une gestuelle aussi qui est très technique donc c'est vrai que, euh, ce n'est pas évident à mettre en place »,</p> <p>« qu'on aborde avec les patients, on voit s'ils veulent essayer aussi parce qu'il y a une appréhension pour eux à aller sur ce côté-là »,</p> <p>« je ne la mets pas beaucoup en place parce qu'elle est, ça demande en fait plus que ton travail à toi en temps qu'ergo », « faut aussi que le reste de l'équipe accepte et accède à ce positionnement-là », « Ils ont déjà plein de choses à gérer et ce n'est pas une position facile à mettre en place »,</p> <p>« Je suis formée depuis 6 mois et je ne suis pas encore à l'aise avec cette technique »,</p> <p>« On est trois ergothérapeutes là, un kiné qui reste encore. Et certains membres de l'équipe soignante ont été formés »</p>
Catégorisation	<p>Positionnement précoce : fauteuil roulant, matelas, positionnement au lit,</p> <p>Atténuer les positions vicieuses,</p> <p>Aides techniques. Si hémiplegie =&gt; préconisation d'hémitablette quand la motricité du bras plégique est &lt;3,</p> <p>Fabrication d'orthèses : Attelle de réalignement articulaire en rectitude pour limiter les positions vicieuses,</p> <p>Verticalisation le plus précocement possible</p> <p>Travail en équipe pluriprofessionnelle</p> <p>Positionnement spécifique NER 21 : difficile à mettre en place</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Technique spécifique</li> <li>- Nécessite formation, place, matériel (coussins de positionnement),</li> <li>- Appréhension des soignants : va à l'encontre des positionnements habituels, nécessite du temps</li> <li>- Acceptation de la personne nécessaire</li> <li>- Différents membres de l'équipe formés : rééducateurs et soignants</li> </ul>
	<p><b>Question 7 : Lors de vos PES, évaluez-vous la qualité de vie de la personne ? Si oui, quels bilans/échelles utilisez-vous ?</b></p>
Corpus	<p>« Alors euh on n'évalue pas la qualité de vie. J'ai pas d'échelles, euh, j'avoue que j'en connais même pas en neurologie. Ce n'est pas quelque chose que je fais. En tout cas pas en termes de bilan ou d'échelle. On aimerait être formé à la MCRO pour avoir vraiment une implication dans le soin. Mais non on n'a pas d'échelles de qualité de vie. »</p>

Codage	« on n'évalue pas la qualité de vie », « pas d'échelles », « On aimerait être formé à la MCRO pour avoir vraiment une implication dans le soin »
Catégorisation	Pas d'évaluation de la qualité de vie, pas d'échelles Projet MCRO pour favoriser l'engagement et la participation active de la personne dans sa PES
	<b>Question 8 : Avez-vous des questions ou éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</b>
Corpus	« Moi ce que je trouve intéressant à dire sur NER 21 c'est que pour moi que l'entourage de la personne est intégré rapidement, dans les activités aussi. Et du coup ça intègre la famille aussi dans ce processus-là. Et pour le coup par exemple, sur le fait, sur la marche avec le bâton, sur la verticalisation très précoce, euh ça tout l'hôpital y est formé. Il est prévu qu'on travaille comme ça et du coup les soignants savent que le patient doit absolument être acteur le plus vite possible dans les premiers jours. C'est quelque chose qui est très respecté et que je n'avais pas forcément la chance de connaître avant d'arriver ici. C'est-à-dire que pour la toilette si la personne pouvait se laver le visage, c'était fait quand même par l'équipe. En permission thérapeutique, il y a un gros travail qui était fait en amont par toute l'équipe : expliquer que la personne ne soit pas passive à la maison le week-end puis il y a des choses ça se fait avec la famille. En tout cas que le patient soit acteur. <a href="#">Merci à vous.</a> »
Codage	« intéressant à dire sur NER 21 c'est que pour moi que l'entourage de la personne est intégré rapidement, dans les activités aussi » « tout l'hôpital y est formé », « les soignants savent que le patient doit absolument être acteur le plus vite possible dans les premiers jours. C'est quelque chose qui est très respecté » « permission thérapeutique [...] travail qui était fait en amont par toute l'équipe : expliquer que la personne ne soit pas passive à la maison le week-end », « que le patient soit acteur »
Catégorisation	Approche NER 21 Intégration de l'entourage précocement dans la PES Formation du personnel à NER 21 (rééducateurs et soignants) : unité dans le discours et la pratique Les soignants favorisent la participation active de la personne dès le début de la PES Equipe pluriprofessionnelle Patient acteur

## RESUME

**Introduction:** L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une des principales causes de handicap acquis dans le monde. Il induit une altération de l'indépendance fonctionnelle et de la qualité de vie. L'approche NER 21 est une approche neuro-environnementale et biopsychosociale de rééducation pour les personnes ayant une atteinte du système nerveux central. Elle favorise l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie, ce qui est également recherché par les ergothérapeutes.

**Objectif :** L'objectif de cette étude est de déterminer l'intérêt d'utiliser en ergothérapie l'approche NER 21 pour améliorer la qualité de vie des patients post-AVC. Cette recherche se base sur trois hypothèses : à travers l'approche NER 21, l'ergothérapeute favorise la participation active, l'amélioration du contrôle postural et du syndrome de déconditionnement biopsychosocial (BPS-D) pour améliorer la qualité de vie des personnes.

**Méthode:** Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à travers six entretiens téléphoniques d'ergothérapeutes travaillant auprès de personnes post-AVC. Les entretiens sont enregistrés, retranscrits in extenso et analysés en termes de contenu pour identifier les mots clés.

**Résultats :** Cette recherche montre que l'approche NER 21 favorise l'amélioration du contrôle postural par les ergothérapeutes. En revanche, elle semble apporter peu de moyens supplémentaires aux ergothérapeutes pour favoriser la participation active de la personne. Le syndrome BPS-D, quant à lui, n'est pas considéré lors de la prise en soins par les ergothérapeutes. Ces résultats restent toutefois à vérifier en étudiant un échantillon plus conséquent et représentatif de la population.

**Conclusion :** A travers cette étude, il apparaît que l'approche NER 21 est bénéfique pour les ergothérapeutes afin d'améliorer la qualité de vie des personnes post-AVC. Elle offre des outils supplémentaires adaptés aux compétences et valeurs de l'ergothérapie. En ce qui concerne le syndrome BPS-D, il serait intéressant de se demander comment favoriser l'utilisation de l'activité physique comme moyen thérapeutique par les ergothérapeutes.

**Mots-clés :** AVC, approche NER 21, ergothérapie, qualité de vie

## ABSTRACT

**Introduction:** Stroke is one of the leading causes of acquired disability in the world. It leads to an alteration in functional independence and quality of life. The “NER 21 concept” is a neuro-environmental and biopsychosocial approach to rehabilitate people with central nervous system damage. It promotes functional independence and quality of life, which is also the aim of occupational therapists.

**Objective:** The aim of this study was to ascertain the interest for occupational therapist to use the “NER 21 concept” in order to improve life quality of post-stroke patients. This research is based on three hypothesis: through the “NER 21 concept”, the occupational therapist promotes active participation, improvement of postural control and biopsychosocial deconditioning syndrome (BPS-D) to improve the quality of life of people.

**Method:** This was a qualitative study conducted through six phone interviews with occupational therapists working with post-stroke people. The interviews were audiotaped, transcribed verbatim and their content analysed to identify key words.

**Results:** This research shows that the “NER 21 concept” promotes the improvement of postural control by occupational therapists. On the other hand, it seems to provide occupational therapists with few additional means to enhance the person's active participation. The BPS-D syndrome was not expressed by the occupational therapists during the care. However, these results need to be verified by studying a more substantial and representative sample of the population.

**Conclusion:** Through this study, it appears that the “NER 21 concept” is beneficial for occupational therapists to improve the quality of life of post-stroke people. It offers additional tools adapted to the skills and values of occupational therapy. With regard to the BPS-D syndrome, it would be interesting to consider how occupational therapists can promote the use of physical activity as a therapeutic tool.

**Keywords:** stroke, concept NER 21, occupational therapy, quality of life