



Mémoire d'initiation à la recherche :

**L'accompagnement d'un patient vers la redéfinition de ses rôles
occupationnels au cours de l'hospitalisation**



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) , et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 : Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e .. LENOIR Damien ..

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Le 28/04/23 Suivi de la signature

La Coupe

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/tes/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements :

Je tenais en premier lieu à remercier ma maître de mémoire, qui m'a accompagné et guidé tout au long de ce travail. Sa présence dans l'évolution de mes réflexions et de la rédaction m'ont permis d'aboutir à la réalisation de ce mémoire.

Merci encore une fois à l'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer aux entretiens proposés. Leur collaboration a montré la diversité des pratiques existantes en ergothérapie.

Je remercie également toutes les personnes qui ont été moteur et force de propositions dans l'élaboration de ce travail, notamment les tutrices de stage et les intervenants à l'IFE La Musse.

Enfin, je suis reconnaissant envers mes proches qui ont su apporter un regard non ergothérapique et qui se sont révélés être un soutien permanent du début à la fin.

Sommaire :

Introduction :	1
I. Cadre contextuel :	2
A. Situation d'appel :	2
B. Question de départ :	3
II. Cadre conceptuel :	4
A. L'ergothérapie :	4
B. Rôle occupationnel :	4
a. Définition d'un rôle :	4
b. Rôle et identité :	5
c. Identité occupationnelle :	6
d. Rôle occupationnel :	7
C. Participation occupationnelle :	9
a. Définition de la participation :	9
b. De l'activité à l'occupation :	9
c. Participation occupationnelle :	11
d. Model of Human Occupation Screening Tool :	12
e. En ergothérapie :	13
D. Temporalité :	13
a. Définition de la temporalité :	13
b. Deuil et rôle de malade :	14
c. Résilience et être acteur :	15
d. Temporalité de la structure :	17
e. Temporalité de la maladie :	18
f. Inclure les rôles occupationnels dans la prise en soin :	18
E. Question de recherche :	20
III. Cadre expérimental :	21
A. Méthode utilisée :	21
B. Population cible :	21
C. Outil de recueil de données :	22
a. L'entretien :	22

b.	L'entretien semi-directif :	22
c.	Plus-value :	23
d.	Points de vigilance :	23
e.	Élaboration de l'échantillon :	23
IV.	Résultats obtenus :	24
A.	Contexte de la pratique :	24
a.	Parcours professionnel :	24
b.	Population prise en soin :	25
B.	Rendre le patient acteur de sa prise en soin :	26
a.	Mise en avant des rôles occupationnels :	27
b.	Redéfinition des rôles occupationnels :	29
c.	Freins et leviers :	31
C.	Durant l'hospitalisation, préparer le patient à la sortie :	32
a.	Adaptation de la prise en soin selon la durée d'hospitalisation :	32
b.	Préparation à la sortie d'hospitalisation :	34
V.	Discussion :	36
A.	Thèmes soulevés :	36
a.	Rôles occupationnels :	36
b.	Sortie d'hospitalisation :	38
B.	Perspectives dans la pratique :	39
C.	Axes d'amélioration :	39
a.	Biais :	39
b.	Limites :	40
	Conclusion :	41
	Références bibliographiques :	
A.	Ouvrages :	
B.	Articles :	
C.	Autres références :	
	ANNEXES :	

Introduction :

La réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche a été élaborée dans le cadre d'une validation de l'unité d'enseignement 6.5 du semestre 6. La conception d'un tel document permet d'enrichir ses connaissances sur la pratique professionnelle et d'acquérir une méthodologie de recherche. Pour rappel, cette réflexion repose sur les principes d'objectivité et de posture professionnelle.

Tout au long de ce travail, un diagramme de Gantt a été échafaudé dans le but de faciliter l'organisation autour de cet écrit et de respecter les dates d'échéance de chaque étape (voir annexe I). Une carte mentale a également été créée, donnant la possibilité de structurer plus aisément sa rédaction (voir annexe II).

Le sujet de ce mémoire porte sur les rôles occupationnels qui sont rattachés à une personne et leur évolution au cours d'une prise en soin. En s'appuyant sur deux expériences vécues en stage, le questionnement de départ consiste à se demander de quelle(s) manière(s) l'ergothérapeute peut-il tenir compte de la perception du patient concernant l'évolution de ses rôles occupationnels et comment cela influence-t-il sa participation occupationnelle au cours de son hospitalisation ?

Pour tenter d'y répondre, le plan de cet écrit se déclinera tout d'abord sous la forme d'un cadre contextuel, amenant à une question de départ. Puis, nous aborderons le cadre conceptuel, aboutissant à la question de recherche et les hypothèses de recherche. Nous introduirons par la suite le cadre méthodologique, prenant en compte la méthode de recueil des données utilisées et la population cible. Nous présenterons ensuite les résultats obtenus et nous porterons un regard critique sur ce travail. Pour finir, une conclusion sera proposée, ouvrant sur de nouvelles réflexions.

I. Cadre contextuel :

A. Situation d'appel :

Le choix de ce thème n'a pas été immédiat, et à raison, car il est le fruit d'une réflexion, et plus précisément, de deux situations vécues au cours d'un stage. Celui-ci s'est déroulé au sein d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Cet établissement accueille des personnes qui ont eu un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ou bien un traumatisme, nécessitant une prise en soin rééducative.

La première situation concerne une patiente âgée d'une quarantaine d'années, qui a été victime d'un accident de la voie publique, provoquant une atteinte du membre inférieur et supérieur droit. Durant son séjour en SSR, j'ai eu l'occasion de l'accompagner durant sa prise en soin ergothérapique. Selon ses propos, elle se sentait déterminée à poursuivre sa rééducation afin de retourner à domicile le plus rapidement possible. Elle ajouta qu'elle souhaitait retrouver ses enfants pour pouvoir s'en occuper et récupérer son rôle de mère.

Le deuxième événement se déroule avec une seconde patiente de 70 ans environ. Sa prise en soin en ergothérapie se concentre essentiellement sur son membre supérieur droit et sur les préhensions fines. Ses propos sont différents et elle exprime une inquiétude de ne plus pouvoir satisfaire les besoins de ses petits-enfants. Elle s'en remet également au fatalisme, traduisant un sentiment d'impuissance. La réalisation des activités proposées reste donc complexe et Madame n'en perçoit pas le sens.

Pour ces deux personnes, nous remarquons qu'elles se sentent rattachées à une même idée qu'est le rôle, que ce soit celui de mère ou de grand-mère. Bien qu'elles se rejoignent sur ce facteur commun, la description de ces situations met pourtant en lumière une divergence de leur point de vue. Tandis que la première patiente voit ses enfants comme une source de motivation, la seconde pointe les limitations de ses capacités, au travers de ses petits-enfants. Ce constat montre que ces patientes s'identifient à un rôle et suppose que ce dernier les influence dans la participation à leur prise en soin. En effet, nous observons qu'un rôle peut être une ressource sur laquelle nous pouvons nous appuyer ; tandis que ce dernier peut se révéler être un frein à notre parcours de soin. Par ailleurs, nous pouvons mettre en avant le contexte dans lequel les rôles sont perçus par ces patientes. Effectivement, bien que la situation se déroule durant une hospitalisation au sein d'une structure, il est à noter aussi que

la patiente grand-mère venait d'être admise alors que six semaines s'étaient déjà écoulées pour la mère.

Le rôle et la participation ne sont pas des notions étrangères à la profession d'ergothérapeute car nous pouvons les retrouver dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Repris sous les termes de « rôle occupationnel » et de « participation occupationnelle », nous comprenons alors l'importance de les prendre en considération dans notre pratique ergothérapique et de les étudier pour discerner les liens qui puissent exister. Le choix de mon thème porte finalement sur les rôles occupationnels.

B. Question de départ :

Ainsi, et en lien avec la description et l'analyse de ces deux situations de stage vécues, nous pouvons nous demander de quelle(s) manière(s) l'ergothérapeute peut-il tenir compte de la perception du patient concernant l'évolution de ses rôles occupationnels et comment cela influence-t-il sa participation occupationnelle au cours de son hospitalisation ?

II. Cadre conceptuel :

A. L'ergothérapie :

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute « *intervient auprès des personnes qui éprouvent des difficultés dans la réalisation de leurs activités, en situation de handicap ou susceptibles de l'être* ». Celui-ci est en mesure d'évaluer « *non seulement les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie, mais il se penche également sur les facteurs psychosociaux et environnementaux* » (ANFE) qui influencent la participation de l'individu dans ses activités. La pratique ergothérapique s'appuie donc sur les interactions qui existent entre la personne, l'activité et l'environnement, dans le but d'identifier les besoins d'adaptations et ainsi répondre aux exigences liées à la vie quotidienne en société. En somme, l'ergothérapeute mène des actions « *pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* » (ANFE).

B. Rôle occupationnel :

a. Définition d'un rôle :

Au regard de la problématique, il convient de définir en premier lieu le concept central qu'est le rôle occupationnel. Les rôles « *attribuent une identité ou une image publique à la personne et la situent en relation avec d'autres individus qui assument d'autres rôles* » (Meyer, 2013). Cela comprend donc des « *normes et des attentes sociales et culturelles* » (Meyer, 2013). Par exemple, les personnes se considèrent « *et se comportent comme des époux, des parents, des professionnels ou des étudiants* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). Ainsi, la personne a un « *sentiment d'appartenance* » et une « *implication* » dans un ou plusieurs groupes (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). De plus, les rôles de chacun sont en perpétuels interaction, car ils « *s'articulent entre eux de sorte qu'aux rôles des uns répondent les rôles des autres* » (Meyer, 2013). En somme, les rôles « *guident la façon dont la personne réalise ses tâches selon sa position sociale* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). Un rôle est rattaché par conséquent à un ensemble d'impératifs que la personne doit assumer au cours de sa vie. Cela demande de choisir et de maîtriser les différents « *codes de conduites qui régissent leurs rôles respectifs* » afin de se comporter de manière adéquate (Meyer, 2013). Ces rôles peuvent varier en fonction de « *l'âge* », « *des circonstances personnelles* » comme l'état de santé ou encore des « *facteurs environnementaux* » (Meyer, 2013).

Nous voyons ici que la construction des rôles est fortement influencée par les « *normes sociales partagées dans une société donnée* » (Meyer, 2013). Pourtant, nous pouvons attribuer à ce modelage une composante personnelle car l'exercice de ces rôles ne sera pas identique selon chacun. Ainsi, les « *rôles prescrivent en quelque sorte des performances sans véritablement les prescrire puisqu'il y a plusieurs manières d'exercer un rôle* » (Meyer, 2013). Cette variation peut s'expliquer par la personnalité ou encore la perception de l'individu sur ses rôles, deux éléments que nous allons pouvoir retrouver dans l'identité de ce dernier.

b. Rôle et identité :

L'analyse de ces rôles est primordiale, notamment pour les ergothérapeutes, car elle « *permet de remonter aux occupations ou aux activités qui y sont incluses* » (Meyer, 2013). L'évocation des rôles occupationnels dans le MOH témoigne également de son importance. Dans ce dernier, il y est fait mention de manière indirecte car les rôles occupationnels font partie de l'identité occupationnelle de la personne. L'identité peut se définir comme étant ce que « *tout être humain aspire à être ce qu'il est au sens fort du terme [...] le besoin d'être ce que nous sommes et pas simplement d'être au sens d'exister* » (Vergely, 2010). L'identité est une notion large, reprenant à la fois ce qui nous appartient, notre « *identité-ipse* » et ce qui est renvoyé à autrui, notre « *identité-idem* » (Barbou, 2021). Afin de mieux identifier ce qui compose notre identité, nous pouvons les catégoriser selon trois termes. Nous y retrouvons tout d'abord « **la substance** », qui pourrait se traduire par la réalité de notre existence. Elle « *renvoie à ce qui sait rester le même à travers le temps, à ce qui est donc stable, fixe, permanent* ». Autrement dit, « *si nous varions, le réel ne varie pas* » (Vergely, 2010). Ainsi, si chaque individu est unique, c'est dû à l'existence du « **propre** », avec l'idée que « *chaque être humain a quelque chose qui le caractérise en propre, quelque chose qui fait qu'il est lui et pas un autre* » (Vergely, 2010). Notre identité n'est pas seulement focalisée sur nous-même, comme le montre le troisième élément, en ce sens où l'identité est un « *moyen de reconnaissance et, à ce titre, un **outil social*** ». Cela permet de déterminer « *qui est qui, d'où il vient et ce qu'il fait* » pour en apprécier sa « *fonction* ». Ainsi, l'identité se construit sur les « *relations intersubjectives* » (Michon, 2019), montrant que les individus sont en constante interaction les uns avec les autres et qu'ils ne sont pas « *sans attaches et sans rôles* » (Vergely, 2010). Nous comprenons donc le lien indissociable qui existe entre l'identité et les rôles. En effet, l'identité comprend également nos « *rôles sociaux dans lesquels nous nous glissons ou dans lesquels nous pouvons apparaître pour autrui* » (Barbou, 2021).

c. Identité occupationnelle :

Les concepts qui seront abordés par la suite sont liés étroitement au MOH. Pour Gary Kielhofner, l'occupation humaine se définit comme étant « *la réalisation d'une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel* » (Morel-Bracq, 2017). Selon ses propos, « *c'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont* » (Morel-Bracq, 2017).

En prenant support sur le modèle, « *l'identité occupationnelle* » se réfère à ce que la personne « *est et de ce qu'elle souhaite devenir* » du fait de « *l'accumulation des expériences vécues lors des différentes occupations* » (Morel-Bracq, 2017). Ce cumul décrit « *à la fois la compréhension de ce que nous sommes et le sens des directions possibles et souhaitées pour notre avenir* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). Cela permettra, par la suite, « *l'adaptation future à de nouvelles occupations* » (Morel-Bracq, 2017). L'expression de cette adaptation se manifeste dans la « *compétence occupationnelle* » de la personne, qui est la capacité à « *mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle* » (Morel-Bracq, 2017). En somme, la participation de la personne, dans sa capacité à « *remplir les obligations et les responsabilités liées aux divers rôles* » (Morel-Bracq, 2017), sera cruciale pour que cette dernière puisse exprimer son identité occupationnelle au travers de ses occupations. En tant qu'ergothérapeute, nous ne pouvons donc pas négliger l'identité occupationnelle qui est propre à la personne.

Des études viennent appuyer également ces propos et montrer le lien saillant entre l'identité occupationnelle et la participation d'une personne dans ses activités de la vie quotidienne.

Une première étude qualitative aborde le lien entre l'occupation et l'identité. En effet, Deborah Laliberte-Rudman, maître de conférences et ayant une maîtrise en ergothérapie, a montré que les limitations occupationnelles pouvaient limiter la manière dont les personnes perçoivent leurs identités sociales. D'un autre côté, les personnes interrogées dans l'étude indiquent également que les changements occupationnels pouvaient rendre difficile la projection d'une identité sociale. C'est-à-dire s'assurer que l'on est perçu par les autres comme possédant certaines caractéristiques propres (Laliberte-Rudman, 2002). *De facto*, une variation dans la participation de nos activités va venir influencer la perception qu'autrui et nous-même avons de notre identité occupationnelle.

Une seconde étude traitant du même sujet pointe également les mêmes conclusions. Selon Anita Unruh, de formation ergothérapeute, une modification dans les conditions de santé ou de vie peuvent changer radicalement la capacité ou le désir de participer à certaines occupations, en particulier celles qui sont au cœur de l'identité. Des propos de chaque participant, nous en retirons qu'une identité significative rime avec des occupations significatives (Unruh, 2004). Par conséquent, un évènement dans notre vie peut venir altérer notre participation dans nos occupations, et donc par extension, l'expression de notre identité occupationnelle.

d. Rôle occupationnel :

Au cours d'une prise en soin, les rôles occupationnels ne sont pas toujours abordés par l'ergothérapeute avec le patient. Or, ils n'en sont pas moins pris en compte car *« leur considération [...] est fréquemment implicite, en particulier lorsqu'elles raisonnent sur les occupations ou les conditions de leur réalisation »* (Meyer, 2013). Les rôles occupationnels sont ainsi appréciés au travers des *« tâches qui sont associées »* (Meyer, 2013). Un rôle occupationnel est *« un schème occupationnel défini sur le plan culturel et qui témoigne de routines et habitudes particulières »* (Meyer, 2013). Selon le MOH, la notion de rôle occupationnel y figure également au sein de l'être occupationnel. Au regard de la question de départ, notre réflexion porte sur la perception que les patients ont de leurs rôles occupationnels. De ce fait, nous nous concentrerons sur les rôles occupationnels mentionnés dans l'identité occupationnelle car celle-ci correspond à la *« perception de la personne sur l'être occupationnel qu'elle est, et celui qu'elle souhaite devenir »* (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). Lorsqu'une personne souffre de *« conditions de santé défavorables à l'exercice de rôles [...] les statuts associés seront alors perdus tout comme les droits, les privilèges, les responsabilités et la reconnaissance sociale qui vont avec »* (Meyer, 2013). Ainsi, les rôles occupationnels d'une personne représentent son implication et montre *« la nature et l'ampleur de sa participation sociale »* (Meyer, 2013).

En effet, plusieurs études, avec des populations diverses, ont constaté l'importance de la participation dans la mise en place des rôles occupationnels.

Dans la première étude, en lien avec une population souffrant de douleurs chroniques, Pascale Strub a observé une influence de leur participation sur leurs rôles occupationnels. Les résultats exposent que les rôles occupationnels et la participation des personnes atteintes de douleurs chroniques étaient sans aucun doute influencés par la douleur (Strub, Satink & Gantschnig, 2022). L'étude montre donc comment les

niveaux de participation à ces rôles occupationnels sont affectés (Strub, Satink & Gantschnig, 2022) par la douleur, et plus précisément concernant le rôle professionnel. Ces douleurs chroniques peuvent être rattachées à une pathologie, telle que la polyarthrite rhumatoïde. À titre d'exemple, un article a mis en avant que les femmes souffrant de douleurs chroniques causées par la polyarthrite rhumatoïde subissent des changements dans la réalisation des rôles occupationnels. Cela concerne notamment le rôle d'étudiante, de travailleuse, d'amie (Vendrusculo-Fangel et al., 2019).

Une seconde étude vient confirmer ce constat, cette fois-ci centrée sur des personnes atteintes d'arthrite précoce. D'après Yvonne Codd, ergothérapeute, il en ressort que les rôles parentaux ont été significativement impactés au début de la maladie et des restrictions parentales importantes ont été identifiées (Codd, Coe, Mullan, Kane & Stapleton, 2023). De plus, les symptômes physiques ont entravé les activités quotidiennes de la mère (Codd, Coe, Mullan, Kane & Stapleton, 2023), soulignant davantage le lien entre la participation et les rôles occupationnels.

Enfin, et à propos d'une population ayant eu un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), un troisième article fait état de l'influence de la fatigabilité pouvant apparaître post-AVC sur la réalisation des activités des personnes concernées. Au travers des écrits de Nancy Flinn, ergothérapeute, nous retrouvons que la fatigue exerce une influence sur les performances et les rôles occupationnels quotidiens. D'abord, au niveau de la participation sociale, comprenant la sphère familiale, amicale et communautaire. Puis, d'un point de vue professionnel, avec le retour au travail. Cette énumération met en lumière l'ensemble des rôles qui y sont rattachés (Flinn & Stube, 2010).

La prise en compte des rôles occupationnels est donc primordiale car ils permettent de « *dresser un profil occupationnel* ». Si dans un premier temps, « *la participation s'effectue à travers l'exercice des rôles* » (Meyer, 2013). Réciproquement, les rôles occupationnels constituent un moyen d'évaluer le niveau de participation sociale d'un individu. Autrement dit, « *la participation est tantôt vue comme un moyen, tantôt comme un résultat* » (Meyer, 2013). La participation d'une personne représente ainsi un levier sur lequel nous pouvons nous appuyer, en tant qu'ergothérapeute, car cette dernière permet de décrire les rôles qu'un patient « *joue, jouait ou voudrait jouer à l'avenir* » (Meyer, 2013). Définir la notion de participation constitue donc la suite logique de notre réflexion.

C. Participation occupationnelle :

a. Définition de la participation :

De manière générale, la participation se caractérise comme étant « *l'engagement dans des situations de vie sociale, communautaire, familiale, autant dans le travail que dans les loisirs ou dans les soins personnels* » (Meyer, 2013). Le terme d'engagement n'est pas à minimiser car il est tout de même possible « *d'effectuer une succession d'actions, sans participer* ». Cela peut se manifester auprès de personnes qui réalisent « *sous contrainte des tâches qu'ils n'ont ni choisies ni organisées, qui leur semblent vides de sens et non satisfaisantes* » (Meyer, 2013). La participation fait donc référence à « *l'investissement volontaire, actif des acteurs* » dans des activités qui leur sont signifiantes. Ces dernières « *vont à la rencontre de leurs intérêts et sont satisfaisantes à leurs yeux* » (Meyer, 2013). En somme, participer n'a pas pour unique objectif de « *faire pour faire* » mais permet de « *vivre une expérience qui a une signification personnelle et sociale* » (Meyer, 2013). De surcroît, la participation de la personne n'existe que si elle « *contribue à la décision en négociant les buts, en donnant des priorités* » (Meyer, 2013). Comme nous l'avons précisé précédemment, la majorité des activités « *fournissent des occasions fort diverses de participer parce qu'elles procurent différentes opportunités de rôle* » (Meyer, 2013). En ce sens, la participation apparaît comme une « *finalité de l'ergothérapie* » car « *la participation volontaire est un facteur important de bien-être et que diverses déficiences peuvent la limiter ou en altérer la qualité* » (Meyer, 2013).

Nous avons également vu que participer, notamment au cours d'une prise en soin, ne rime pas toujours avec engagement. De ce fait, il est pertinent de « *distinguer différentes formes ou degrés de participation* », que ce soit « *de la soumission aux propositions des thérapeutes [...] la prise de pouvoir sur son destin [...] la collaboration avec le système de soins* » (Meyer, 2013).

b. De l'activité à l'occupation :

Comme nous l'avons vu précédemment, la participation s'exprime au travers d'activités. Pourtant, bien que sa présence dans le MOH témoigne de son intérêt dans la prise en soin ergothérapique, ce concept est cité sous le nom de « *participation occupationnelle* ». Par conséquent, il peut être complexe de faire le distinguo entre ce qu'est une activité et une occupation.

L'activité représente, au sens anglophone du terme, une « *faculté d'agir, de produire un effet* », et comprend « *l'ensemble des actes coordonnés et des travaux de l'être*

humain » (Meyer, 2013). Ces actes ne sont pas effectués aléatoirement et correspondent « à une chaîne de séquences d'actions formant un tout et orientée vers un but » (Meyer, 2013). Ainsi, l'activité se traduit par la capacité d'une personne « à réaliser une performance » dans son quotidien. Celle-ci « la caractérise puisqu'elle renvoie à sa volonté ou à ses habitudes ». Nous pouvons y voir aussi une dimension sociétale car « l'activité dépeint une personne dans son rapport au monde ou à la société dans laquelle elle correspond à des places et à des rôles » (Meyer, 2013). L'activité se révèle être une ressource pertinente afin d'évaluer le niveau de participation d'un individu dans sa vie quotidienne, notamment en ergothérapie. Par la suite, l'ergothérapeute ajustera sa prise en soin en proposant des activités adaptées aux attentes et besoins du patient, dans le but de retrouver un niveau d'indépendance et d'autonomie satisfaisant. Pourtant, dire que la prise en soin ergothérapique se résume à une succession d'activités données au patient serait régressif vis-à-vis de la profession, et à raison, car l'ergothérapeute tend à adopter une approche holistique de la personne. Or, si nous nous référons à la définition de l'activité, celle-ci prend seulement en compte la performance de la personne dans l'action réalisée. De ce constat, il est important de préciser que l'ergothérapeute se concentre davantage sur les occupations de la personne.

Les occupations « sont tout ce que les gens font, d'ordinaire ou d'extraordinaire, dans leur vie de tous les jours depuis leur naissance jusqu'à leur mort » (Meyer, 2013). Ces dernières prennent en considération tout autant « les soins personnels, que les loisirs ou le travail » (Meyer, 2013). A travers la réalisation d'occupations, l'individu « poursuit un ou des buts immédiats ou différés [...] développe ses habiletés, ses connaissances, ses compétences [...] s'adapte à son environnement [...] satisfait des besoins, élargit ses intérêts, exprime ses valeurs » (Meyer, 2013). La finalité de ces éléments résulte, pour l'individu, en une construction de « son identité pour lui et pour les autres » (Meyer, 2013). À la différence de l'activité, les diverses occupations réalisées par la personne n'abordent non pas uniquement « les performances immédiates [...] et leurs résultats [...] mais aussi pour tout ce qu'elles permettent » comme par exemple, « se sentir compétent, faire plaisir à soi et aux autres » (Meyer, 2013). Là où l'activité se concentre sur le « faire », l'occupation va plus loin car « elle est aussi « être » et « devenir », non pas pour les autres, mais pour soi-même » (Meyer, 2013). Enfin, l'accent n'est pas mis sur « l'action, mais le sens que celle-ci confère » aujourd'hui et à l'avenir. Cela donne la possibilité à l'individu de pouvoir mieux « se connaître, de comprendre ses valeurs et ses intérêts, de tracer son avenir » (Meyer, 2013).

Finalement, la notion d'occupation s'intègre plus facilement au cœur d'une prise en soin ergothérapeute car nous y retrouvons cette interaction entre la personne, son environnement et ses occupations. En parallèle, il ne faut pas pour autant délaisser l'analyse de l'activité car elle représente « *un élément de base de l'occupation* » (Meyer, 2013). En ayant mis en lumière les distinctions qui existent entre l'activité et l'occupation, nous pouvons à présent mieux appréhender la description qui est faite du MOH à propos de la participation occupationnelle.

c. Participation occupationnelle :

La participation occupationnelle représente « *l'éventail des occupations dans lesquelles une personne va s'engager au cours d'une journée, d'une semaine ou même de plusieurs années* » (Centre de Référence du Modèle de l'Occupation Humaine). Tout en s'appuyant sur le MOH, la participation occupationnelle constitue le premier niveau de l'agir occupationnel, « *qui fait référence au fait d'agir au sens le plus large* » (Morel-Bracq, 2017). De plus, cette dernière correspond à « *l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socioculturels spécifiques* » (Morel-Bracq, 2017). Alors, « *les occasions de participer adviennent ainsi dans des lieux et dans des circonstances les plus variées en fonction des occupations et des personnes* » (Meyer, 2013). L'efficacité de la participation occupationnelle dépend donc « *des interactions entre la personne, l'environnement et les occupations disponibles* » (Meyer, 2013). Parmi les missions de l'ergothérapeute, nous relevons qu'il incombe à ce dernier de « *promouvoir la participation en facilitant l'occupation, précisément parce qu'elle peut être restreinte par les incapacités de l'utilisateur* » dû à son état de santé ou l'environnement qui peut être facilitateur ou non (Meyer, 2013). En abordant l'idée de « *restrictions de la participation* », nous entendons ici qu'il s'agit de « *problèmes qui peuvent se poser à un individu lorsqu'il s'implique dans des situations de la vie réelle* ». Afin de déceler une restriction de la participation, nous pouvons comparer « *la participation d'un individu à celle qu'on attend, dans telle culture ou telle société, d'un individu sans limitation d'activité* » (Morel-Bracq, 2017).

Afin que l'ergothérapeute parvienne à remplir cet objectif, se référer à un outil permettant d'évaluer le niveau de participation occupationnelle dans les activités réalisées par la personne peut s'avérer nécessaire. Le Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) en est un exemple.

d. Model of Human Occupation Screening Tool :

Bien qu'il existe de nombreux outils permettant d'évaluer la participation occupationnelle d'un individu, le MOHOST est un outil d'évaluation « *basé sur le Modèle de l'Occupation Humaine* ». Le postulat central de cet outil est « *d'évaluer la participation occupationnelle de la personne, avec ses forces et ses limites, en parcourant les différents domaines du MOH* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). Tout en permettant d'en « *offrir une vision synthétique* », le MOHOST vient mesurer « *la volition, l'habituatation, les habiletés de la personne et l'environnement dans laquelle elle agit* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). De cette manière, cela permet de « *s'intéresser à la personne et à la façon dont elle interagit avec l'environnement pour accomplir les activités de soins personnels, de productivité ou de loisir* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). Parmi ces éléments, les rôles occupationnels y sont inclus car ces derniers correspondent aussi à une manière de communiquer avec l'environnement. Le MOHOST est un support « *pour comprendre pourquoi la personne n'est pas engagée* » en pointant notamment les « *obstacles et les facilitateurs à la participation de la personne* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017).

Par la suite, et en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, la prise en soin pourra être ajustée en fonction des observations qui en ressortent afin « *d'établir les objectifs occupationnels* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017).

Pour les ergothérapeutes, le MOHOST donne également l'occasion à ces derniers de mettre à l'écrit toutes leurs connaissances qu'ils ont pu acquérir à propos du patient « *de manière informelle* ». Elles peuvent provenir de « *leurs échanges et leurs observations sur la façon dont la personne réagit à l'occupation au sein d'un environnement thérapeutique donné* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). En plus d'être « *simple et raisonnablement rapide d'utilisation* », la réalisation d'une évaluation par le biais du MOHOST ne demande pas de connaître la pathologie du patient. En effet, nous pouvons « *analyser la participation occupationnelle générale d'une personne indépendamment de ses symptômes, de son diagnostic ou de son traitement* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017).

Concernant la population, le champ d'application du MOHOST est vaste puisqu'il « *peut être utilisé auprès d'adultes, quelle que soit leur pathologie* » et « *ayant ou non des habiletés de communication verbales* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017). D'un autre côté, il faut tout de même être vigilant sur certains points. D'une part, les personnes évaluées doivent avoir « *un accès suffisant à des occupations*

significatives, afin d'envisager leurs niveaux de performance de manière adéquate ». Cela requiert aussi que la « *performance doit être constante durant une période donnée* ». D'autre part, un effort de vulgarisation doit être effectué de la part de l'ergothérapeute, et « *utiliser des termes pouvant être compris par l'équipe pluridisciplinaire* » (Parkinson, Forsyth & Kielhofner, 2017).

e. En ergothérapie :

Pour résumé, la notion de participation occupationnelle est inhérente à la profession d'ergothérapeute. En tant que telle, « *dire que l'ergothérapie vise la participation à la société par des activités habituelles semble également intelligible* » (Meyer, 2013). Pourtant, et comme il est évalué dans le MOHOST, « *une telle participation suppose de la motivation et de la volition dont l'utilisateur ne dispose pas forcément, au moins au début d'une intervention* » (Meyer, 2013).

Ainsi, nous observons que décrire et mettre en relation les rôles occupationnels avec la participation occupationnelle ne constituent qu'une conclusion partielle. En effet, d'autres éléments semblent influencer le lien palpable entre ces deux facteurs. Il est intéressant de rappeler qu'à la genèse de cette réflexion, nous avons mis en avant la perception que pouvaient avoir les patients concernant leurs rôles occupationnels ; notion que nous avons ensuite citée à maintes reprises. De même que d'autres paramètres sont également cités dans la question de départ ; à savoir, l'évolution de la perception du patient au cours de son hospitalisation. Le troisième et dernier concept reprendra donc cet aspect temporel de la prise en soin, que nous qualifierons de temporalité.

D. Temporalité :

a. Définition de la temporalité :

Dès lors que le contexte temporel intervient au cours d'une démarche réflexive, il est important de prendre en considération le caractère subjectif qui en découle. En effet, « *le concept du temps est une notion très personnelle et singulière, vécu de façon différente pour chacun d'entre nous* » (Bennejean-Mathelin, Viallon & Gubian-Payre, 2020). De façon générale, la temporalité est décrite comme étant le « *temps vécu, celui dont nous faisons l'expérience* ». Ce continuum se divise en moments qui peuvent être « *heureux, bouleversant, étonnant ou insoutenable, trop long ou trop court* » (Bennejean-Mathelin, Viallon & Gubian-Payre, 2020). De ce fait, l'individu expérimente le temps à travers le « *changement, c'est-à-dire de la succession d'états différents dans une durée déterminée* » comme les émotions ressenties ou encore les

activités réalisées au cours d'une journée. En parallèle, ces dernières vont s'inscrire dans une routine, montrant que le temps s'exprime également sous la forme d'une « *continuité, c'est-à-dire de la durée ininterrompue* » avec « *le retour périodique des mêmes phénomènes* » (Mercure, 1995). En résumé, la temporalité est à la fois linéaire, comme la trajectoire de vie d'une personne composée de toutes ses expériences ; et aussi cyclique, avec la mise en place d'un quotidien qui se répète. Bien que la temporalité soit perçue différemment entre les individus, elle est aussi construite en partie par la société. Celle-ci « *façonne le rythme de nos activités* » avec notamment « *l'alternance de périodes de travail, de loisirs et de repos* ». De nombreux événements marquants sont mis en lumière « *telles les fêtes et les cérémonies* » (Mercure, 1995).

En s'appuyant sur cette définition de la temporalité, nous pouvons également observer le même phénomène durant une hospitalisation. Que ce soit en début, milieu ou fin d'hospitalisation, le ressenti du patient sera différent. À titre d'exemple, une même personne peut verbaliser tantôt de la tristesse, tantôt de la joie. En partant de ce constat, nous pouvons mettre en avant que la temporalité du patient s'organise autour de « *trois grands axes du temps* ». Nous avons ainsi le « *vécu présent* » du patient, et qui est en « *étroite relation, d'une part, avec des formes variées de retour en arrière [...] d'autre part, avec les différentes manières d'envisager l'avenir* » (Mercure, 1995). Nous mettons ainsi en évidence que la temporalité du patient est primordiale à prendre en compte car celle-ci varie au cours de l'hospitalisation. Par déduction, nous pouvons imaginer que la temporalité du patient exerce une influence sur l'efficacité de la prise en soin, et notamment sur la participation du patient. Grâce à de nombreuses études, cette supposition se confirme dans la suite de cet écrit.

b. Deuil et rôle de malade :

Jusqu'à présent, nous avons vu qu'un équilibre subsistait entre les rôles occupationnels et les capacités de la personne qui sont nécessaires pour assumer ces mêmes rôles. Par conséquent, lorsqu'un accident, un traumatisme ou bien une pathologie survient dans la trajectoire de vie de la personne, il y a une rupture de cet équilibre. Nous pouvons ainsi pointer cette cassure entre l'état de l'individu avant et après l'évènement traumatique. Cette « *phase critique* » dans l'histoire de vie du patient nous montre donc qu'il s'agit d'un « *moment de changement décisif et critique, de transition entre deux périodes d'évolution et de véritable alternative pour le meilleur ou pour le pire* » (Chahraoui, 2014). Cette transition se traduit par une

« *désorganisation* » manifeste des rôles occupationnels auparavant réalisés pour se tourner ensuite vers une phase de « *réorganisation et de restauration* » (Chahraoui, 2014). La personne concernée doit donc faire le deuil de son état antérieur. Or, en début d'hospitalisation et durant les premières étapes du deuil, la personne va ressentir majoritairement un sentiment d'impuissance car elle fait face à une problématique dont elle n'a pas la réponse. Dans un même temps, le patient peut être dans le « *refus de la réalité* », se sentant « *assommé, écrasé, anéanti* » (Bacqué & Hanus, 2020). Par conséquent, le patient peut être amené à adopter une posture plutôt passive dans sa prise en soin.

Face à ce problème insurmontable, ce dernier va s'approprier le rôle de malade, dans l'attente que le soignant lui apporte les solutions. En effet, « *en entrant, malgré eux, dans des rôles de malade [...] ils occupent des positions et acquièrent des identités sociales souvent peu enviables* » (Meyer, 2013). Le rôle de malade évoque également une « *faible satisfaction d'attentes normatives comme l'autonomie et l'indépendance* » (Meyer, 2013), amenant le patient à moins s'investir dans le projet de soin et les objectifs à fixer.

Cette mise en avant durant le début de l'hospitalisation a permis de mettre en exergue les perceptions plutôt négatives que pouvaient avoir les patients sur leur devenir. Cependant, cette vision n'en reste pas moins définitive car elle ne constitue qu'une partie des étapes du deuil. À titre d'exemple, et pour des personnes atteintes de cancer, vivre au-delà de celui-ci a amené les personnes à réaliser qu'ils avaient adopté un rôle de malade, et donc la nécessité que cela change (Wallis, Meredith & Stanley, 2021). Le processus de deuil est donc marqué par une phase de résilience, amenant les patients à accepter leur état de santé actuel pour se projeter et percevoir différemment leur devenir.

c. Résilience et être acteur :

La résilience peut se définir comme étant un « *processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme* » (Anaut, 2012). Un processus résilient est mis en lumière « *lorsqu'une personne arrive à réguler la menace de désorganisation psychique et trouve l'énergie de se construire malgré les blessures* » (Anaut, 2009). Dans un cadre davantage ergothérapeutique, nous pouvons dire que la personne est prête ou non au changement dans son devenir. Le changement peut se manifester dans les diverses facettes de la vie d'une personne. Par exemple, subir une rupture dans l'exercice de nos rôles occupationnels dû à un

traumatisme entraîne « *des changements* » qui sont « *subis* ». De même, la prise en soin qui s'en suit pour se reconstruire malgré les séquelles relève d'un second changement, pouvant aussi être vécue comme subie. Dans toutes les formes que prend le changement, cela demande au patient « *une remise en cause et un renouvellement des pratiques, des habitudes, des comforts, des repères* » (Marsan, 2008).

Ce constat concorde finalement avec les missions de l'ergothérapeute car nous cherchons à diminuer les situations de handicap que peut vivre un patient au quotidien. L'ergothérapeute lui apporte également les adaptations nécessaires pour que ce dernier réalise pleinement ses occupations. Il s'agira ainsi « *d'accompagner les personnes dans la construction de nouvelles activités, actions ou habitudes de vie, parfois sans retour à l'état antérieur* » (Petit, 2016). Or, accepter le changement n'est pas chose aisée car nous avons vu que ce sentiment d'impuissance vécu par le patient en début d'hospitalisation se traduit comme une résistance au changement. Venant de la personne, cela prend donc la forme d'un « *refus de construction de nouvelles habitudes de vie* » car elle est « *fragilisée* » à ce stade de l'hospitalisation (Petit, 2016). Ainsi, une ambiguïté subsiste car le patient ressent « *l'envie de changer* », pour notamment retrouver ses rôles antérieurs à la pathologie. D'un autre côté, il éprouve une « *peur de changer* » car ses rôles ne seront plus réalisés de la même façon (Marsan, 2008).

À partir du moment où nous assistons à la phase de résilience et à l'acceptation du patient face au changement, ce dernier se projette plus facilement dans son devenir. En d'autres termes, le patient s'engage dans une démarche participative et devient acteur de sa prise en soin. Initialement, et face à « *une situation d'impuissance* », il y a déjà une manifestation de l'implication du patient lorsqu'une « *mise en action* » de ce dernier est réalisée pour « *agir à court, moyen ou long terme* » (Petit, 2016). Il s'agit aussi de prendre en compte que découvrir « *par soi-même produit plus d'effet* » et les professionnels de santé, notamment l'ergothérapeute, demeurent des personnes-ressources pour permettre la « *mise en mouvement des personnes* » (Petit, 2016). Enfin, nous pouvons ajouter que ces précédents éléments montrent que l'ergothérapeute « *partage des valeurs communes à la fois avec le concept d'empowerment et celui du rétablissement* ». L'empowerment étant la capacité du patient « *à prendre le contrôle sur sa vie* » et le rétablissement qui est un « *processus*

qui permet à chaque personne un retour à une vie satisfaisante et pleine de sens » (Briand & Bédard, 2019).

d. Temporalité de la structure :

La perception que le patient a de ses rôles occupationnels évolue durant l'hospitalisation, basculant d'un rôle de malade à une volonté de réacquérir plus ou moins fidèlement ses rôles antérieurs au traumatisme. Nous avons également souligné que cette perception pouvait influencer la participation du patient, le rendant plus ou moins acteur de sa prise en soin. Pour arriver à cette finalité, respecter la temporalité du patient reste pertinent, dans la mesure où percevoir varie à la fois d'un individu à un autre, et durant l'hospitalisation. Au regard des recherches mises en valeurs ci-dessus, il serait intéressant de se concentrer sur une population ayant subi une rupture dans leur trajectoire de vie et dans la réalisation de leurs rôles occupationnels. Ainsi, les structures de Soins de Suite et de Réadaptations (SSR) semblent être un choix raisonné compte tenu du public qui y est pris en soin.

Pour parvenir à respecter la temporalité du patient, il est donc vital d'identifier aussi la temporalité de la structure qu'est le SSR. En nous appuyant sur les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), nous constatons que les durées médianes d'hospitalisations au sein des SSR sont variables en fonction des pathologies ou bien de l'âge. Pour le cas des AVC, entre 2010 et 2014, « *la durée médiane de séjour était de 60 jours en SSR neuro-locomoteur, 41 jours en SSR gériatrique et 36 jours dans les autres types de SSR (i.e. cardiovasculaire, respiratoire, métabolique, ...)* » (Hannane et al., 2020). De ce fait, cela nous questionne sur le temps nécessaire afin de respecter la temporalité du patient au cours de l'hospitalisation et si les délais cités ci-dessus sont satisfaisants pour y arriver. Dans le cas échéant, il serait intéressant de préparer à la sortie dès l'admission du patient, afin d'assurer la continuité de la prise en soin. De plus, et au regard des années prises en compte dans l'article, nous pouvons nous demander si les durées moyennes d'hospitalisations sont identiques aujourd'hui. Par conséquent, il serait pertinent de recueillir les durées moyennes d'hospitalisations auprès des structures qui seront interrogées par la suite, afin d'en apprécier ou non leur variation.

En tant qu'ergothérapeute, l'enjeu mis en avant est donc de prendre en considération simultanément la temporalité du patient ainsi que celle de la structure afin de proposer une prise en soin adaptée et effective.

e. Temporalité de la maladie :

Les durées moyennes d'hospitalisations varient en fonction du type de SSR, mettant ainsi en avant la temporalité singulière de chaque structure. Par ailleurs, la pluralité des pathologies n'est pas à négliger car ces dernières ne demandent pas le même temps de prise en soin. En effet, que nous soyons devant une maladie chronique, en phase aiguë ou qui se manifeste par poussée, il est nécessaire de « *penser la prise en charge de la maladie à travers sa temporalité* ». Il s'agit donc de personnaliser « *le déroulement et l'enchaînement des différentes activités et séquences de travail, ainsi que leur anticipation* » (Mathieu-Fritz & Guillot, 2017). En sachant que la prise en soin varie en fonction de la pathologie, la durée du traitement en sera également concernée. Effectivement, « *la rupture opérée par la mise en œuvre du traitement détermine des temporalités différentes* » (Dany, 2011). Cela s'explique que « *d'une part, le traitement rythme le temps de la maladie, d'autre part, il caractérise la modification de la ligne biographique des malades* » (Dany, 2011). En d'autres termes, lorsqu'une pathologie altère la vie quotidienne d'une personne, la prise en soin représente un stade de transition dans lequel l'individu va pouvoir se reconstruire. Le traitement de la maladie « *marque ainsi une rupture entre un avant « normal », un maintenant bouleversé et un demain incertain* » (Dany, 2011).

Tout au long de cette revue de littérature, nous avons pointé que la survenue d'une pathologie créait une rupture dans l'exercice de nos rôles occupationnels. Le caractère soudain de la maladie nous amène à nous concentrer sur des pathologies qui apparaissent sans crier gare. Nous pouvons penser à un AVC ou encore un accident de la voie publique. En somme, l'explicitation de la temporalité de la structure et celle de la maladie permettent de construire les prémices de notre cadre méthodologique. C'est-à-dire, le type de structure dans lequel nous irons venir échanger avec les ergothérapeutes, et le profil de patient que nous allons retenir.

f. Inclure les rôles occupationnels dans la prise en soin :

Les recherches effectuées, notamment celles de Sabari, ont permis de mettre en lumière une méthodologie afin de prendre en considération les rôles occupationnels du patient.

En effet, composée de 3 étapes, cette dernière consiste en premier lieu à se concentrer pour aller mieux. Il est nécessaire de s'assurer de la détermination du patient à vouloir se rétablir. L'objectif principal est de permettre le développement de nouvelles capacités de mouvements ainsi que l'acquisition de schémas moteurs pour

favoriser l'exécution de tâches fonctionnelles (Sabari, 1998). Toujours selon cette dernière, la seconde phase est de se réconcilier avec la perte et d'accepter les effets irrémédiables d'un traumatisme sur le fonctionnement physique ou psychique d'une personne. Ainsi, cette reconnaissance est la première étape vers le développement de techniques d'exécution des activités quotidiennes (Sabari, 1998). En parallèle, cela favorise le rétablissement d'une identité positive et de rôles de vie réalistes et significatifs (Sabari, 1998). Enfin, la troisième phase consiste à rétablir les rôles sociaux. L'ergothérapeute collabore avec le patient et les membres de sa famille pour déterminer des objectifs réalisables, tout en évaluant les capacités du patient et les différents milieux de vie (Sabari, 1998). Les nombreuses recommandations de l'ergothérapeute en termes d'adaptation et aides techniques facilitent l'exécution des tâches pour atteindre les objectifs fixés par le patient ; voire surpasser leurs propres prédictions originales (Sabari, 1998).

À travers cet exemple, nous constatons qu'il est possible de prendre en considération les rôles occupationnels du patient à la suite d'un traumatisme, et ce, dans le but de les redéfinir. Or, si nous devions adopter une approche critique, l'année de publication de l'article n'est pas récente et pose question sur la pertinence de cette méthodologie aujourd'hui. Tout comme les pratiques ergothérapeutiques tendent à se développer au fil des années, l'essence même de la temporalité est qu'elle évolue également. De ce fait, et que ce soit la temporalité du patient, de la structure ou bien de la maladie, l'enjeu actuel réside dans la capacité de l'ergothérapeute à proposer une prise en soin adaptée et effective tout en tenant compte des différents facteurs cités précédemment.

E. Question de recherche :

En tenant compte des informations constituant le cadre conceptuel et des interrogations soulevées, par quel(s) moyen(s) l'ergothérapeute, à partir d'un délai d'hospitalisation restreint, peut-il accompagner le patient dans la redéfinition de ses rôles occupationnels ?

Pour répondre à cette interrogation, nous pouvons relever deux idées, que nous exprimerons ici sous forme d'hypothèses de recherches :

- Dans un premier temps, l'ergothérapeute amène le patient à se positionner comme étant acteur de sa prise en soin au cours de son hospitalisation, ce qui se révèle être un levier essentiel dans la redéfinition de ses rôles occupationnels.

- Dans un second temps, et toujours au cours de l'hospitalisation, l'ergothérapeute prépare à la sortie, avec pour objectif de donner les clefs au patient pour poursuivre la redéfinition de ses rôles occupationnels post-hospitalisation.

III. Cadre expérimental :

A. Méthode utilisée :

Pour attribuer du crédit à la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, s'appuyer sur une méthode précise est indispensable afin de ne pas se disperser dans différentes démarches. En effet, tout comme le précise le « *Manuel de recherche en sciences sociales* », « *dès lors que l'on prétend s'engager dans une recherche en sciences sociales, il faut « de la méthode »* ». Ainsi, se référer à un plan a pour postulat « *de mettre en œuvre de manière cohérente les différentes étapes de la démarche* » (Marquet et al., 2022).

Au regard du cadre conceptuel réalisé précédemment et aboutissant à la question de recherche et ses hypothèses, ce mémoire d'initiation à la recherche s'oriente vers un raisonnement hypothético-déductif. En effet, « *une construction théorique élaborée précède les observations du terrain* » (Marquet et al., 2022). Afin de venir confirmer ou infirmer les hypothèses de recherche, la démarche effectuée « *n'a droit au statut scientifique que dans la mesure où elle est susceptible d'être vérifiée par des informations sur la réalité concrète* » (Marquet et al., 2022). Durant la réalisation d'un travail de recherche, cette étape se nomme la phase de « *constatation ou expérimentation* » (Marquet et al., 2022).

B. Population cible :

Le choix de la population à interroger a été partiellement évoqué durant l'état de l'art. En effet, parmi les critères d'inclusions, les personnes ciblées regroupent des ergothérapeutes Diplômés d'État travaillant au sein de structures de SSR. Les patients qui y sont admis ont vécu un traumatisme au cours de leur vie, altérant ainsi l'exercice de leurs rôles occupationnels. Par déduction, les professionnels pratiquant dans d'autres types d'établissements de santé constituent le critère de non-inclusion. Pour finir, les informations recueillies ne concerneront que les patients avec des troubles moteurs. Effectivement, associer la perception de la personne avec des troubles cognitifs tels que l'anosognosie comporterait des biais dans l'analyse des résultats. Ce constat agira comme critère d'exclusion si la situation se présente lors du recueil de données.

C. Outil de recueil de données :

a. L'entretien :

La récupération des données s'exécutera grâce à la réalisation d'entretiens. Généralement, « *les méthodes d'entretien impliquent des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine* » (Marquet et al., 2022). Le postulat est de « *retirer de ses entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés* » (Marquet et al., 2022). L'entretien a donc pour but d'être en étroite interaction avec la population visée afin d'en apprécier « *ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences* » (Marquet et al., 2022). En somme, et au travers de la pratique des professionnels, la réalité du terrain y est récupérée. Par la suite, « *le contenu de l'entretien fera l'objet d'une analyse de contenu systématique* » afin de dégager les principales idées et « *tester les hypothèses* » (Marquet et al., 2022). Cette phase peut se réaliser par le biais d'une analyse thématique ou bien de contenu « *qui réponde aux exigences d'explicitation, de stabilité* » (Marquet et al., 2022).

b. L'entretien semi-directif :

L'objectif de l'entretien est d'échanger avec l'interlocuteur à propos de ses expériences dans la pratique. Ainsi, pour « *accéder à un degré maximum de sincérité et de profondeur* », l'interaction doit se dérouler avec une « *faible directivité* » de la part du chercheur (Marquet et al., 2022). En ce sens, se référer à l'entretien semi-directif est pertinent car « *il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises* » (Marquet et al., 2022). Le déroulement de l'entretien se fera via un guide d'entretien (voir annexe III) réalisé en amont pour aborder l'ensemble des sujets souhaités et « *recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois* » que la personne s'en écarte (Marquet et al., 2022).

c. Plus-value :

L'avantage premier de la technique d'entretien est de récupérer les expériences telles qu'elles sont perçues par les personnes. Cela comprend « *leurs représentations sociales, leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs* ». Bien que le cadre méthodologique se concentre sur une population précise, il sera également possible d'observer la diversité des propos tenus par les individus, en lien avec leurs « *trajectoires de vie* » qui sont différentes (Marquet et al., 2022). En parallèle, et pour les personnes interrogées, l'entretien demeure un outil souple car celui-ci respecte « *leurs propres cadres de référence, leur langage et leurs catégories mentales* » (Marquet et al., 2022).

d. Points de vigilance :

Mettre en application la technique d'entretien suppose aussi un ensemble de points de vigilance à garder en tête. Premièrement, l'efficacité de la mise en place d'un outil se mesure par le respect de sa procédure mais aussi par l'expérience du chercheur. En effet, « *la maîtrise des aspects techniques de la méthode reste vaine si le chercheur ne dispose pas d'une bonne formation générale* ». Ainsi, « *seule l'expérience [...] permet d'acquérir, au fil du temps, ce qu'on appelle du « métier »* » (Marquet et al., 2022). L'expérience du chercheur est essentielle à prendre en compte car elle peut se révéler être ou non un futur biais dans l'analyse des résultats. Deuxièmement, il s'agit de la capacité de l'enquêteur à adopter un comportement de « *neutralité bienveillante* ». Donc, l'objectif est de pouvoir « *écouter son interlocuteur et de se mettre à sa place, sans pour autant devoir approuver ses pratiques et ses propos* » (Marquet et al., 2022). Cela peut orienter les réponses de l'individu et être aussi un biais lors de l'exploitation des résultats.

e. Élaboration de l'échantillon :

La recherche de la population visée s'effectue par le biais d'échanges téléphoniques avec différentes structures pour identifier les personnes intéressées par l'étude et le souhait de participer ou non à un entretien. L'ensemble des ergothérapeutes Diplômés d'État ayant accepté un entretien représente l'échantillon de ce travail. Pour chacun, une date est convenue pour se rencontrer physiquement ou en visioconférence. Enfin, un formulaire de consentement leur sera adressé en début d'entretien (voir annexe IV), faisant mention de la gestion des données récupérées et du principe d'anonymat.

IV. Résultats obtenus :

Durant la phase de passation, cinq entretiens téléphoniques ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant dans un SSR. Dans le but de décrire et de faire du lien entre les données récupérées, la mise en avant des résultats s'effectue sous la forme d'une analyse transversale. Chaque question du guide d'entretien est reprise une à une afin d'observer les interactions possibles entre le discours de chaque ergothérapeute.

A. Contexte de la pratique :

Pour commencer, la première partie du guide d'entretien interroge les ergothérapeutes sur leur parcours professionnel et la population prise en soin au sein de leur structure.

a. Parcours professionnel :

Au travers du parcours professionnel de chaque ergothérapeute, nous cherchons à mettre en lumière leurs expériences et leur vécu individuel.

1) Lors du premier entretien, l'ergothérapeute (E1) déclare être diplômée en 2016. Son parcours professionnel a commencé au sein d'un EHPAD pendant 6 ans. Elle est arrivée ensuite au centre de rééducation depuis septembre 2022.

2) La seconde ergothérapeute (E2) est diplômée en 2014 en Belgique. Elle a travaillé une année dans un SSR. Depuis maintenant 7 ans, elle pratique dans le SSR actuel.

3) Pour poursuivre, la troisième personne est une ergothérapeute (E3) diplômée depuis 2006 en Belgique. Depuis maintenant 15 ans, elle travaille dans un centre de rééducation.

4) Pour le quatrième entretien, l'ergothérapeute (E4) est diplômée en juillet 2022. Elle travaille actuellement dans un SSR depuis septembre 2022.

5) Enfin, la dernière ergothérapeute rencontrée (E5) est diplômée depuis 30 ans environ. Elle se trouve dans un centre de rééducation depuis ses débuts. Bien qu'elle pratique actuellement en unité de neurologie, elle a eu l'occasion de travailler au sein de l'unité des amputés ; et bien avant, en unité d'éveil.

b. Population prise en soin :

La seconde question de cette première partie vient interroger sur la population qui est prise en soin au sein de la structure. Nous savons que le suivi d'un patient est personnalisé selon ses attentes et besoins. L'âge ou le type de pathologie peuvent ainsi jouer un rôle sur la manière dont les patients vont percevoir leurs rôles occupationnels. Il s'agit aussi de se renseigner sur la durée moyenne du séjour.

1) Pour E1, celle-ci travaille avec une population plutôt gériatrique. Il s'agit d'un « *centre polyvalent* » qui prend en soin des « *chutes à domicile, problèmes cardiaques, prothèses de hanches, fracture membre sup et inf, un peu de neuro* ». La durée moyenne du séjour est d'environ 4 mois et E1 dit ne pas avoir obligatoirement de suivi avec tout le monde bien qu'elle les voit tous à leur admission.

2) Quant à E2, elle prend en soin des patients avec « *AVC, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, prothèse d'épaule et hanche, fractures* ». Les prises en soin durent environ 3 à 4 semaines pour une prothèse totale de hanche et 4 à 5 mois pour un AVC. Elle précise que l'hospitalisation « *ne dépasse pas une année en général* ». Les séances d'ergothérapie débutent « *du moment où ils arrivent jusqu'au jour où ils partent* ».

3) Concernant E3, ce sont majoritairement des patients avec des AVC. Elle précise également prendre en soin des patients avec une « *sclérose en plaques, traumatisme crânien, maladie de Guillain Barré, prothèse de hanche, du neuro, accident de la voie publique* ». La durée moyenne du séjour varie de 2 mois à 1 an selon les récupérations du patient. Ce dernier est vu par l'ergothérapeute une fois par jour pendant 1h.

4) Pour E4, il s'agit d'un « *SSR polyvalent* », davantage tourné auprès d'une population gériatrique. Les pathologies rencontrées sont aussi nombreuses, avec de la « *traumatologie, neuro, oncologie, soins palliatifs* » et « *principalement de l'orthopédie* ». En moyenne, la durée d'hospitalisation est passée de 28 à 34 jours durant l'année. E4 explique que cela est « *dû à l'aggravation des pathologies* », avec « *moins de locomoteur* » et « *plus de médecine* ». En parallèle, la prise en soin ergothérapique varie fortement car la professionnelle travaille à 50% en hôpital de jour et 50% en hospitalisation complète.

5) Enfin, selon E5, elle prend en soin des patients « *cérébrolésés* », avec des « *AVC, traumatismes crâniens, rupture d'anévrisme* ». Il y a également des patients suivis atteints de pathologies neurodégénératives comme la « *sclérose en plaques, parkinson* », de maladies touchant le système nerveux périphérique telles que « *Guillain Barré, polyneuropathies* », ou encore de troubles impactant le système nerveux central. La durée moyenne du séjour est de 1 mois pour les courts séjours et « *se chiffrent en mois voire en années* » pour les longs séjours. L'ergothérapeute précise que sa prise en soin se concentre essentiellement sur le membre supérieur en ce qui concerne la rééducation motrice. Pourtant, celle-ci « *peut être retardée suivant les déficits de la personne* » et « *s'il n'y a pas d'éveil moteur* ».

Au regard des différentes populations suivies par chaque ergothérapeute, nous constatons que les pathologies rencontrées sont similaires. Nous relevons aussi que 2 ergothérapeutes sur 5 travaillent avec une population gériatrique. Cela peut annoncer une éventuelle divergence dans la perception que les patients ont de leurs rôles occupationnels. Pour les durées moyennes d'hospitalisations, elles se stabilisent autour de 4 à 5 mois bien qu'elles puissent se prolonger jusqu'à 1 an. Cependant, nous notons que pour 1 ergothérapeute sur 5, la durée moyenne du séjour transite autour de 34 jours. L'accompagnement du patient au niveau de ses rôles occupationnels peut donc en être impacté.

L'évocation du parcours professionnel et de la population prise en soin a permis de mettre en exergue quelques éléments pouvant influencer l'accompagnement du patient dans la redéfinition de ses rôles occupationnels. La suite de l'analyse des résultats va nous permettre de confirmer ou non ces premiers relevés.

B. Rendre le patient acteur de sa prise en soin :

L'objectif de cette deuxième catégorie du guide d'entretien est de chercher à confirmer ou infirmer l'hypothèse de recherche selon laquelle il est essentiel que l'ergothérapeute rende le patient acteur de sa prise en soin pour que celui-ci puisse s'impliquer dans la redéfinition de ses rôles occupationnels.

a. Mise en avant des rôles occupationnels :

Avant de s'interroger sur la pratique des ergothérapeutes concernant les rôles occupationnels, il est important de se concentrer sur la manière dont les patients les mettent en avant. Un patient capable de mettre des mots sur ses propres rôles sera plus à même de les intégrer dans son projet de soin.

1) Selon les propos de E1, les rôles occupationnels sont « *peu mis en avant* » par les patients. En sachant qu'il s'agit d'une population gériatrique, E1 précise que les patients perdent « *beaucoup leurs loisirs aussi, qui font plus grand-chose et qui partent à l'essentiel, juste faire la toilette, manger et se déplacer* ».

2) Pour E2, et lors des entretiens d'entrées, « *ils ont très peu à dire, sauf si on pose des questions* ». Elle ajoute que « *c'est pas quelque chose auquel ils parlent beaucoup parce que c'est pas leur priorité* ». Effectivement, les patients pensent d'abord à « *récupérer le plus possible [...] le côté moteur* ».

3) Ensuite, selon E3, la mise en avant des rôles occupationnels par les patients va dépendre de « *comment ils sont au moment précis lors des bilans parce qu'il y en a qui sont anéantis et qui ont plus de rôle justement [...] du coup ils savent plus trop où ils en sont* ». D'un autre côté, « *c'est en posant des questions et en faisant les bilans qu'ils en parlent* ». De surcroît, E3 « *passé par la MCRO* » ce qui, pour elle, est « *vraiment quelque chose de positif parce que ces bilans, ils sont vraiment axés sur les rôles sociaux* ». E3 ajoute également utiliser le « *OQ et les patients se rendent compte qu'ils voulaient pas grand-chose et que c'est vachement important* ».

4) D'après E4, « *très peu de patients [...] m'évoquent ses activités instrumentales, c'est surtout les activités de base de la vie quotidienne* ». L'ergothérapeute déclare ne pas « *se focaliser [...] dessus au début mais plutôt à la sortie* ». Ici, nous sommes avec « *des patients plutôt gériatriques donc ils vont s'inquiéter, être préoccupés par le poids qu'ils peuvent avoir par rapport à leurs enfants, en tant que grand parents, leur rôle social dans la communauté* ». À titre d'exemple, les patients vont évoquer « *le fait de pas pouvoir reconduire [...] d'avoir des appréhensions vis-à-vis des sorties extérieures* » et se demandent « *quand est-ce que je vais pouvoir sortir à l'extérieur, quand est-ce que je vais pouvoir remarcher* ».

5) Pour finir avec E5, « *les rôles sont rarement mis en avant à l'entretien* ». Au travers de questions, l'ergothérapeute peut se « *renseigner sur la famille, donc là il y a déjà le rôle par exemple pour un monsieur père de famille* ». L'ergothérapeute met en avant

également qu'elle peut recevoir les patients qui ont une « *mini dépression qui peut arriver après parce que c'est le choc* ». Selon cette dernière, « *avec une telle effraction dans son parcours de vie, souvent ce que les personnes remettent en avant quand ils arrivent par rapport à leurs attentes, ils veulent remarquer* ». Finalement, ce que E5 retrouve, c'est que « *leur priorité avant tout, c'est pouvoir récupérer sur le plan physique* ».

Bien que nous ayons relevé des populations gériatriques pour 2 des 5 entretiens, la mise en avant des rôles occupationnels des patients dans chaque structure est identique, bien que cela ne concerne pas les mêmes rôles. En effet, pour 4 ergothérapeutes sur 5, les entretiens effectués évoquent l'idée que le patient priorise avant tout le côté physique et notamment pouvoir remarquer, se déplacer. Ainsi, les rôles occupationnels ne sont pas intégrés naturellement dans les attentes du patient et il est nécessaire que l'ergothérapeute aborde le sujet pour que celui-ci en parle. Si nous voyons ici que l'ensemble des ergothérapeutes parle de manière implicite des rôles occupationnels avec le patient, il est intéressant de noter qu'une ergothérapeute sur 5 utilise des modèles lors de ses entretiens. En effet, elle utilise la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), issue du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) et l'Occupational Questionnaire (OQ), issue du MOH. Cela lui permet d'aborder explicitement avec le patient ses rôles occupationnels et montrer que c'est important de les prendre en considération. Par ailleurs, il s'agit du seul entretien durant lequel l'ergothérapeute n'a pas abordé l'idée que le patient priorise le versant moteur. Par conséquent, il est primordial de s'appuyer sur des modèles qui abordent les rôles occupationnels afin que le patient les intègre dans son projet de soin et ne se focalise pas seulement sur le plan physique. Pour terminer, 2 entretiens sur 5 évoquent l'idée que le patient est « *anéanti* » (E3) avec une « *telle effraction dans son parcours de vie* » (E5). Nous pouvons ainsi rattacher ces discours à la notion de deuil qui est vu dans le cadre conceptuel ; notion que nous aurons l'occasion d'aborder plus en détail par la suite.

b. Redéfinition des rôles occupationnels :

La seconde question, en lien avec les rôles occupationnels, a pour objectif de mettre en lumière les moyens que les ergothérapeutes utilisent pour accompagner les patients à redéfinir leurs rôles occupationnels au cours de l'hospitalisation.

1) En reprenant les échanges avec E1, celle-ci questionne les patients à l'entrée « *sur ce qu'ils ont envie de refaire* », en leur demandant leur « *projet de rééducation* ». Pour elle, il « *faut les amener à les projeter* ».

2) Pour E2, cette dernière cherche avec les patients à « *travailler selon leurs besoins, s'ils ont des envies particulières ou des questions* ». Plus précisément, « *s'ils ont des questions par rapport à la reprise de leur travail, à ce moment-là, on va les accompagner, les orienter vers quelle structure ils peuvent aller pour la reprise du travail* ». En revanche, pour ce qui est de rôle social ou familial du patient, « *ils retrouvent leur place assez naturellement, je pense* ».

3) En ce qui concerne E3, nous retrouvons une continuité avec l'utilisation de la MCRO et de l'OQ car « *quand tu as tes bilans, tu sais ce que tu dois travailler* » et « *tu le vois en discutant avec la personne* ». Toujours selon E3, « *on les met face à leurs difficultés et puis nous avec la MCRO c'est à eux de trouver leurs objectifs* ». Elle précise d'ailleurs que « *c'est pas pour les mettre en échec [...] des fois, il y a des personnalités qui en ont besoin pour pouvoir avancer* ».

4) Avec E4, celle-ci cherche en premier lieu « *à savoir ce qu'eux ils veulent* ». Par exemple, « *s'il y a des choses qui n'arriveront plus à faire et qui sont importantes pour eux, qui sont plutôt des activités signifiantes* ». Par ailleurs, E4 « *essaye de faire accepter une limitation de capacité ce qui est difficile, surtout quand on a des patients qui viennent du domicile et qui se voient dégradés. Ça va être un travail avec l'entourage, la personne* ». C'est également faire des « *permissions pour qu'ils puissent se rendre compte des difficultés qu'il va y avoir au domicile. Ça permet de faire accepter plus facilement qu'ils vont pas avoir les mêmes rôles qu'avant l'hospitalisation* ». Enfin, il est important de « *s'appuyer sur ce qui reste, les capacités restantes, de dédramatiser les limitations* ».

5) Pour terminer avec les propos de E5, l'essentiel est « *de prendre du temps et d'essayer de respecter au maximum la temporalité de la personne qu'on accompagne* ». Elle cite également se baser « *beaucoup sur des échanges oraux* » et il est important de « *faire preuve de subtilité [...] pour les mettre en confiance pour pas*

trop les bousculer non plus dans cet événement qui a quand même été hyper chamboulant ». Il y a la possibilité de réaliser des mises en situation, des séjours en appartement thérapeutique et des sorties thérapeutiques. D'autre part, il y a une mise en avant du travail en équipe avec cette idée de réaliser des réunions avec une approche neuro systémique. Autrement dit, « *quand on est face à une problématique [...] il y a un groupe qui se met à la place du patient. Il y a un petit groupe qui se met à la place de la famille. Il y a un petit groupe qui se met à la place de l'institution. Et chacun réfléchit, sur comment se positionnent ces 3 entités par rapport à la problématique* ». E5 souligne que cela permet d'amener les différents points de vue et voir la globalité de la situation. Enfin, il existe une unité rattachée à la structure nommée Comète France et « *qui aide dans la reprise du travail. C'est envisager un projet professionnel ou vers une reconversion ou vers une orientation ESAT* ».

Nous comprenons donc que les ergothérapeutes s'appuient sur des moyens diversifiés pour accompagner le patient à redéfinir ses rôles occupationnels. Plusieurs axes de travail sont ainsi mis en valeur. Tout d'abord, l'ensemble des personnes interrogées s'accorde à dire qu'une majeure partie de la prise en soin se concentre sur les échanges oraux entre l'ergothérapeute et le patient. En effet, il convient de s'intéresser au projet de soin du patient, comprenant ses besoins, attentes, intérêts et ses activités signifiantes. Dans ce sens, se baser sur un outil qui prend en compte les rôles occupationnels comme la MCRO favorise l'accompagnement de ces derniers. Selon 3 ergothérapeutes sur 5, il est également judicieux de réaliser des mises en situation écologique, afin de se rapprocher au maximum de l'environnement dans lequel le patient évolue quotidiennement. Cela se met en place au travers des permissions ou encore via des séjours en appartement thérapeutique. Nous soulignons également que pour 2 ergothérapeutes sur 5, la collaboration avec les autres professionnels est fortement indiquée. Cela est réalisable au travers d'un outil, tel que l'approche neuro systémique, ou encore s'appuyer sur des unités rattachées à la structure comme Comète France. Au sein des réponses données, nous retrouvons aussi la notion de deuil, ici sous les termes d' « *accepter une limitation* » (E4) et de « *se projeter* » (E1). Pour y parvenir, un travail avec l'entourage et la personne est nécessaire. De ce fait, un équilibre se joue entre, d'une part, prendre le temps avec le patient et respecter sa temporalité, d'autre part, le pousser tout de même pour avancer dans la prise en soin. Une des raisons qui peut amener l'ergothérapeute à accélérer sa prise en soin concerne la durée d'hospitalisation plus ou moins longue, ce que nous viendrons vérifier dans la troisième thématique.

c. Freins et leviers :

Pour conclure sur les questions abordant les rôles occupationnels, il est pertinent de se demander quels peuvent être les freins et les leviers concernant la redéfinition des rôles occupationnels du patient.

1) Selon E1, le frein majeur est que les patients font « *une croix sur leurs capacités* ». Elle indique que pour les leviers, « *je compte sur la famille aussi pour pouvoir les inciter à se réinvestir dans leurs activités, à continuer de rester motivé et d'y croire* ».

2) Pour E2, elle considère comme frein de « *tout réorganiser au sein de la famille [...] le rôle à la maison va changer* ». Quant aux leviers, ils se manifestent auprès des « *personnes qui vont être avec eux* ». La « *motivation de la personne aussi c'est facilitateur. Au bout d'un moment, faut commencer à accepter* ».

3) Les freins évoqués par E3 concernent déjà la « *mise en échec possible* ». Puis, « *les patients doivent aussi l'accepter, on est tous différents donc on accepte différemment les choses* ». Enfin, « *nous on va dire qu'il récupérera pas* » et si la famille dit « *qu'il récupérera, ça avance pas* ». Pour E3, les leviers sont davantage concentrés auprès des professionnels, avec cette optique d'« *avoir des bons médecins [...] ils ont un rôle de dire les choses, de dire les séquelles* ». Des réunions sont aussi organisées tous les 2 à 3 mois « *avec la famille, médecins et rééducateurs* » car « *le fait que nous on dit des choses, ça avance un peu plus* ».

4) Selon E4, les freins comprennent « *l'entourage parce qu'il y a aussi le côté financier qui rentre en jeu* » et « *les séjours sont très courts et ils ont pas le temps de faire le deuil* ». Parmi les leviers, E4 cite « *les permissions [...] les capacités restantes [...] l'entourage* ».

5) Quant à E5, elle reprend les freins comme étant la « *famille* » car si celle-ci n'est pas aidante, cela peut être complexe pour le projet de sortie. E5 y décrit aussi faire « *pas mal de mises en situation dans la limite de ce qui nous est possible [...] on est limité par l'institution* ». E5 explique aussi que « *souvent il y a une dépression réactionnelle et ça peut être un frein. Les fameuses étapes du deuil, il y a 7 étapes pour arriver à l'acceptation [...] la personne peut avoir du mal à se projeter dû aux antécédents* ». Puis, pour les leviers, « *si quelqu'un était très sportif avant il a déjà un bon capital de base [...] il peut y avoir une meilleure récupération [...] que quelqu'un qui s'est jamais entretenu* ».

Nous constatons que bien que les éléments repris par chaque ergothérapeute soient similaires, la façon dont les freins et les leviers sont classés diffère. Cela est le cas notamment pour la notion d'acceptation, de deuil, mentionnée dans 3 entretiens sur 5. Certaines ergothérapeutes la perçoit comme étant un frein quand d'autres la voit comme un levier. Nous comprenons ainsi qu'une personne n'ayant pas accepté la situation ne sera pas moteur de sa prise en soin. Réciproquement, une personne qui a fait le deuil de ses rôles occupationnels antérieurs et qui commence à se projeter, sera davantage acteur dans son projet de soin. De plus, ce qui est repris par tous les ergothérapeutes, est que l'ambivalence est également observable sur la famille qui peut jouer un rôle à la fois de levier comme de frein, selon si celle-ci est aidante ou non. En parallèle, le « côté financier » (E4) de la famille peut aussi venir expliquer son positionnement en tant que levier ou frein. Pour terminer sur les leviers, 1 entretien sur 5 met aussi l'accent sur les professionnels et les réunions organisées avec la famille afin de mettre des mots sur la situation du patient. Pour finir sur les freins, nous remarquons qu'un entretien sur 5 reprend l'idée que les séjours sont courts, ne laissant pas la possibilité au patient et la famille de faire le deuil. Encore une fois, les contraintes institutionnelles, telles que la durée d'hospitalisation, sont mises en avant, agissant ici comme un obstacle au respect de la temporalité du patient. La dernière thématique qui suit va nous permettre d'aborder le sujet plus explicitement afin de se rendre compte de l'influence de la temporalité de la structure sur celle du patient.

C. Durant l'hospitalisation, préparer le patient à la sortie :

Enfin, la troisième et dernière rubrique du guide d'entretien aborde la notion de temporalité et de préparation à la sortie d'hospitalisation. En effet, nous cherchons à vérifier notre seconde hypothèse de recherche, à savoir, que l'ergothérapeute prépare le patient à sa sortie, pour l'amener à redéfinir ses rôles occupationnels au-delà du cadre hospitalier.

a. Adaptation de la prise en soin selon la durée d'hospitalisation :

L'objectif de cette première question est de mettre en avant en quoi la durée d'hospitalisation impacte-t-elle la prise en soin ergothérapique.

1) En commençant avec les propos de E1, cette dernière ne « *sait pas combien de temps* » la personne « *va rester* », bien qu'elle précise que la durée du séjour est assez longue. E1 exprime que « *les médecins sont à l'écoute des rééducateurs* » et peuvent « *repousser la sortie* » s'ils en ressentent le besoin. Par exemple, E1 a la possibilité et le temps de s'organiser « *pour pouvoir aller sur un simulateur de conduite et pouvoir*

faire les essais avec la personne ». D'un autre côté, « *si le patient est sortant et qu'il souhaite sortir, on l'accompagne* ».

2) Concernant E2, « *on sait jamais combien de temps une personne va rester [...] on peut jamais savoir à l'avance le temps qu'ils vont être chez nous* ». Ensuite, elle déclare parfois être « *un peu pris de court [...] les médecins décident d'une sortie sans forcément nous consulter* ».

3) Selon E3, l'impact de la durée d'hospitalisation se ressent au niveau de la conduite « *parce qu'on a pas toujours le temps* ». Dans le cadre de sa structure, il s'agit d'une « *décision d'équipe, s'ils disent oui, il sort sans que nous on soit tous d'accord [...] on peut être un peu frustré* ».

4) Pour E4, c'est essentiellement « *beaucoup de patients et pas beaucoup de temps* ». Elle ajoute qu'il est nécessaire de « *prioriser parce qu'on ne peut pas forcément faire les mêmes prises en charge pour tout le monde, surtout quand on est tout seul dans la structure* ».

5) Pour finir sur le discours de E5, il n'y a « *pas de durée de séjour prédéterminée à l'avance* ». Dans sa pratique, « *il y a certains patients qui demandent à sortir plus tôt que prévu [...] parce que les conditions d'hébergement sont pas supportables par rapport à la privation de liberté* ». En somme, « *il y a des gens qu'on aimerait bien qu'ils sortent et ils sortent pas [...] et puis des gens qu'on aurait bien gardé et qui partent un peu plus tôt* ».

Au regard des réponses données, la durée d'hospitalisation n'est pas fixe et varie d'un patient à un autre selon 3 ergothérapeutes sur 5. Celle-ci impacte aussi différemment la prise en soin ergothérapique car elle est perçue à la fois suffisante pour une ergothérapeute, insuffisante pour 3 professionnels et frustrante pour 2 personnes interrogées. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces divergences dans les réponses. Tout d'abord, 2 ergothérapeutes sur 5 mettent en avant que les médecins prennent parfois la décision d'arrêter la prise en soin ou au contraire la prolonger, que ce soit ou non en accord avec l'équipe pluridisciplinaire. Ensuite, et pour une ergothérapeute, la décision de la sortie ou non du patient peut émaner de l'équipe. La frustration de ne pas pouvoir poursuivre une prise en soin peut provenir de cette décision prise par les médecins ou l'équipe sans pour autant être d'accord. Il est par conséquent intéressant de faire le lien avec les freins et les leviers exprimés ci-dessus car la collaboration avec les autres professionnels de la structure peut se révéler être un frein ou un levier. En

parallèle, cela peut nous interroger sur la place que prend l'ergothérapeute au sein de l'équipe. Enfin, le patient lui-même peut décider de sortir d'hospitalisation. Comme le mentionnent 2 ergothérapeutes sur 5 et notamment E5, il est possible pour un patient de ressentir que les « *conditions d'hébergement sont pas supportables par rapport à la privation de liberté* ». Cette affirmation souligne d'autant plus l'importance de mettre en place des mises en situation écologique pour accompagner les patients vers la redéfinition des rôles occupationnels. Pour résumer, les ergothérapeutes ont globalement une durée moyenne d'hospitalisation suffisante afin de préparer la sortie bien que certains objectifs ne soient pas remplis pour 3 ergothérapeutes sur 5. C'est le cas notamment de la reprise de la conduite, citée lors d'un entretien, et qui n'est pas abordée durant la prise en soin. Pourtant, la conduite permet d'exercer entre autres son rôle de travailleur en se rendant sur son lieu de travail.

b. Préparation à la sortie d'hospitalisation :

La dernière question abordant la temporalité se concentre sur les pratiques des ergothérapeutes à préparer la sortie avec le patient durant son hospitalisation. Il s'agit aussi de vérifier si des outils sont utilisés dans ce but.

1) Pour débiter, E1 met en lumière une collaboration avec l'assistante sociale « *qui questionne sur les besoins d'aides humaines à la maison* ». C'est également l'opportunité pour E1 de « *faire une visite à domicile avec le patient, ce qui permet de préparer et d'anticiper les besoins matériels, les difficultés qu'il pourrait éventuellement avoir* ». Durant ces visites à domicile, « *la famille est présente aussi [...] qui permet aussi d'avoir l'appui pour les besoins d'aménagement* ». E1 précise qu'elle accompagne les patients « *pour les rendez-vous avec les prestataires médicaux pour faire des devis matériels* ».

2) En continuant avec E2, elle fait « *si besoin une visite à domicile pour préconiser des aménagements* ». Puis, celle-ci « *commande le matériel dont elle va avoir besoin à domicile* ». D'autre part, E2 « *fait des mises en situation si c'est nécessaire [...] pour voir s'ils sont capables et aussi pour présenter des aides techniques s'ils ont besoin* ».

3) Nous poursuivons ensuite avec les propos de E3, qui réalise des visites à domicile et des mises en situation, voit la famille et les revendeurs. E3 ajoute que pour certains patients, la prise en soin s'arrête à un moment donné. Cette dernière va donc les orienter vers la neuropsychologue de la structure qui effectue des consultations externes. Selon E3, ce sont des personnes qui ont besoin de vivre « *leur vie, faut qu'ils*

soient plus dans les structures hospitalières pour comprendre un petit peu qu'il faut avancer ».

4) Avec E4, elle a la « *possibilité de faire des visites à domicile [...] pour se rendre compte de comment ça va être* », en sachant que E4 a un véhicule prévu à cet effet. Cela lui permet aussi de « *rencontrer les familles* ». Enfin, « *l'assistante sociale les voit à la sortie pour savoir s'il y a des aides humaines* ».

5) Pour finir avec E5, la sortie d'hospitalisation est préparée via « *les permissions thérapeutiques* ». Ces dernières sont précédées d'une « *visite à domicile [...] pour préparer les premières permissions* ». Selon E5, celle-ci cherche à avoir au maximum « *un retour avec le patient ou la famille [...] pour pouvoir améliorer les points d'après* ».

De manière synthétique, l'ensemble des ergothérapeutes réalise des visites à domicile, afin de faire un état des lieux de ce qui sera nécessaire en termes d'aménagement du domicile, d'aides humaines et matérielles. Une fois encore, le rôle de la famille dans cette démarche représente un levier significatif pour 4 ergothérapeutes sur 5, car les problématiques relevées en hospitalisation ne seront pas les mêmes qu'au domicile du patient. De plus, les collaborateurs sont également des personnes ressources vers qui se tourner selon les propos de 2 professionnels, afin de préparer au mieux la sortie d'hospitalisation, que ce soit l'assistante sociale ou la neuropsychologue. En outre, nous constatons que les propos rapportés par l'ensemble des ergothérapeutes se concentrent uniquement sur un aspect pratique de la préparation à la sortie. Pourtant, l'accompagnement psychologique du patient demeure inhérent à toute prise en soin incluant un processus de changement comme le deuil et la redéfinition des rôles occupationnels.

V. Discussion :

Pour donner suite à l'exposition des résultats, il est pertinent d'en dégager une analyse critique de ces derniers, et de les confronter à la revue de littérature effectuée précédemment. Il s'agit d'indiquer les enjeux présents dans la pratique ergothérapique et les axes de travail permettant d'y répondre.

A. **Thèmes soulevés** :

Au cours de la description et de l'analyse des entretiens, nous pouvons observer dans les propos des ergothérapeutes des thèmes qui font écho à certaines notions vues dans la revue de littérature. Ces thèmes tendent également à indiquer un schéma de prise en soin tout comme celui présenté par Sabari en 1998.

a. **Rôles occupationnels** :

Pour débiter, nous retrouvons dans le discours de chacun une idée de « priorité ». En effet, les patients ne mettent pas en avant leurs rôles occupationnels et ne les incluent pas dans leur projet de soin. Les préoccupations des patients se tournent davantage sur le souhait de récupérer leurs capacités comme marcher, se laver, manger. Les patients se concentrent ainsi uniquement sur l'impact que la pathologie provoque sur le plan physique. Pour l'ergothérapeute, l'objectif qui se présente est donc de mettre à jour les priorités du patient et de l'amener à considérer davantage ses rôles occupationnels au sein de son projet de soin. Pour l'y aider, utiliser des outils provenant de modèles comme la MCRO ou le OQ sont préconisés car ces derniers comportent dans leurs items les rôles occupationnels du patient.

Ensuite, pour majorer l'efficacité de la prise en soin des patients, ces derniers doivent « accepter » la perte de leurs rôles occupationnels passés et antérieurs à la survenue de leur pathologie. Pour y arriver, les échanges humains sont essentiellement mis en premier plan avec la personne elle-même ou encore son entourage. La présence de la famille dans le quotidien du patient et lors des réunions pluridisciplinaires peut soutenir le patient dans cette phase d'acceptation. Il est possible d'effectuer des permissions afin que le patient prenne conscience des difficultés liées aux troubles. À la suite de cette prise de conscience, il convient d'ajouter que l'ergothérapeute doit accompagner le patient dans la recherche de solutions pour répondre aux difficultés mises en lumière. Enfin, il s'agit de se focaliser sur les capacités restantes du patient et de les mettre en valeur.

Nous constatons que faire le deuil est une étape importante pour redéfinir ses rôles occupationnels en ce sens où le patient sera prêt à tourner la page et se projeter dans son projet de vie.

Effectivement, le troisième thème récurrent représente la capacité du patient à « se projeter » à l'avenir. Pour cela, les principaux actes thérapeutiques se rejoignent sur la réalisation de mises en situation écologique. Effectivement, le milieu hospitalier ne permet pas de mettre en évidence l'ensemble des difficultés que le patient pourrait rencontrer à domicile, ce qui peut complexifier sa projection. Cela s'illustre par des permissions le week-end ou bien des séjours en appartements thérapeutiques. En outre, la collaboration est essentielle pour appuyer la prise en soin. Par exemple, grâce à l'approche neuro-systémique et les changements de rôles, cela peut permettre de soulever d'éventuelles problématiques dans la prise en soin du patient afin de les réajuster. Les unités associées à la structure telles que Comète France sont également des ressources pour renforcer l'accompagnement du patient dans la redéfinition de ses rôles occupationnels.

En résumé, nous pouvons visualiser plusieurs concordances entre les éléments évoqués dans le cadre conceptuel et les résultats obtenus. En effet, la méthodologie développée par Sabari en 1998 ne semble pas si lointaine de la réalité actuelle. Nous pouvons associer l'idée de « se concentrer pour aller mieux » avec celle de faire de nos rôles occupationnels notre « priorité ». Ensuite, l'objectif de « se réconcilier avec la perte » est associé aux notions « d'accepter » et de deuil, que nous retrouvons à la fois dans le cadre conceptuel et les résultats. Finalement, « rétablir les rôles sociaux » rejoint l'idée que le patient doit « se projeter » dans la redéfinition de ses rôles occupationnels. En somme, la première hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute amène le patient à se positionner comme étant acteur de sa prise en soin est vraie, en ce sens où le franchissement de toutes ces étapes permettra au patient de s'impliquer dans la redéfinition de ses rôles occupationnels.

b. Sortie d'hospitalisation :

La préparation à la sortie d'hospitalisation s'articule autour de trois thèmes qui ressortent des entretiens effectués.

Il est ressorti de l'ensemble des entretiens que la durée d'hospitalisation n'est pas fixe et diffère d'un patient à un autre. Le critère qui agit sur cette variabilité repose sur la prise d'une « décision » concernant la sortie. Celle-ci peut provenir de trois acteurs : les médecins, l'équipe pluridisciplinaire ou encore le patient.

En ce qui concerne les modalités de préparation à la sortie d'hospitalisation, les résultats font ressortir en premier les « visites à domicile ». L'objectif est d'anticiper les besoins matériels et humains qui seront nécessaires. Puis, c'est l'opportunité de rencontrer la famille pour échanger sur les besoins d'aménagements.

En second, la « collaboration » avec d'autres professionnels est également soulignée. Nous pouvons mentionner l'assistante sociale en ce qui concerne les aides humaines ou encore le neuropsychologue pour un accompagnement post-hospitalisation.

En nous référant à la revue de littérature ci-dessus, la durée moyenne d'hospitalisation est d'environ 46 jours. Or, nous constatons que les prises en soin des ergothérapeutes gravitent autour de 4 à 5 mois. Pour rappel, la seconde hypothèse indiquait qu'il est nécessaire, au cours de l'hospitalisation, que l'ergothérapeute prépare à la sortie, avec pour objectif de donner les clefs au patient pour poursuivre la redéfinition de ses rôles occupationnels post-hospitalisation. De manière générale, les ergothérapeutes déclarent prendre en considération la préparation à la sortie et elle s'effectue par le biais des visites à domicile et un travail pluridisciplinaire. De ce fait, nous pouvons valider cette hypothèse. Néanmoins, nous pouvons ajouter que même si la préparation à la sortie est réalisée dans la prise en soin de chaque ergothérapeute, elle n'est pas systématiquement complète, car certains professionnels sont pris de court. C'est le cas notamment pour la reprise de la conduite, mentionnée au cours d'un entretien. De ce fait, un relais est mis en place avec l'hôpital de jour pour assurer la continuité de la prise en soin.

B. Perspectives dans la pratique :

Les différents thèmes soulevés montrent que des perspectives concernant la pratique ergothérapique sont notables.

En effet, il est capital que l'ergothérapeute s'appuie sur des modèles et des outils. Nous avons pu voir qu'un modèle offrait une méthodologie de prise en soin et permettait de faire un état des lieux de toutes les sphères occupationnelles. C'est notamment le cas pour les rôles occupationnels qui sont souvent mis de côté lors des entretiens initiaux et bilans. Pourtant, exercer ces rôles occupationnels implique de réaliser un ensemble d'activités qui y sont rattachés. Ces dernières mêmes qui peuvent être impactées par une pathologie ou un accident. Ainsi, l'utilisation de modèles tend vers cet enjeu de prendre en considération la situation du patient de manière holistique.

D'autre part, il s'agit d'inclure dans la prise en soin ergothérapique l'environnement du patient tel que le domicile. L'accompagnement du patient dans la redéfinition de ses rôles occupationnels reste difficile dans le cas où la prise en soin s'effectue seulement dans un milieu hospitalier. Par le biais de mises en situation écologique, cela permettra de mettre en avant les activités quotidiennement réalisées du patient et qui contribuent également à l'exercice de ses rôles occupationnels.

Enfin, il est pertinent de travailler en collaboration avec les professionnels intervenant dans la prise en soin du patient, en lien avec les rôles occupationnels. Ce travail pluridisciplinaire servira également à préparer à la sortie d'hospitalisation. Organiser ce départ durant la prise en soin, c'est également penser après la sortie. Nous pouvons ainsi orienter le patient vers des professionnels réalisant des consultations extérieures, l'hôpital de jour ou des structures telles que Comète France.

C. Axes d'amélioration :

Au cours de la réalisation du cadre expérimental et en portant un œil objectif sur ce travail, nous pouvons dénombrer quelques axes d'amélioration qui s'avère indispensable à mettre en exergue.

a. Biais :

Parmi les biais, nous en comptons deux types. En premier lieu, nous retrouvons un biais méthodologique concernant la formulation des questions. Effectivement, au fil de la passation des entretiens, un schéma des résultats commençait à se dessiner progressivement. Les questions ainsi posées sur les derniers entretiens tendaient à

approfondir davantage les informations données, au risque de s'éloigner du guide d'entretien. La quantité des questions formulées entre chaque entretien n'a donc pas été équitable. De plus, et lorsque la personne évoquait une notion vue au sein du cadre conceptuel, une certaine tendance à orienter les questions pouvait apparaître afin de chercher à confirmer les propos donnés.

Dans un deuxième temps, nous pouvons admettre un biais dans la communication non verbale car l'ensemble des entretiens se sont produits via des échanges téléphoniques. Le caractère non verbal du langage étant absent, les comportements montrant une non-compréhension des questions ou des signes d'hésitation n'étaient pas visibles. Par conséquent, cela ampute une partie du recueil de données.

b. Limites :

En parallèle, certaines limites de ce mémoire peuvent être soulevées. La réalisation de ce dernier s'est organisée autour de la vie étudiante, comprenant les temps de cours, des stages ainsi que la durée imposée pour rendre cet écrit. Nous pouvons imaginer que ne pas être assujetti à un temps limité permettrait de réaliser une revue de littérature davantage fournie et une plus grande passation d'entretiens. Cela peut aussi expliquer le choix d'avoir orienté les entretiens au travers d'échanges téléphoniques.

Enfin, il est intéressant de noter que le questionnement de recherche et le recueil d'informations se concentre sur des patients présentant seulement des troubles moteurs. En sachant que la perception joue une part importante dans la construction des rôles occupationnels, des troubles cognitifs tels que l'anosognosie peuvent représenter un biais dans cette perception. Néanmoins, axer cette problématique uniquement sur le plan moteur constitue une limite à ce mémoire. Il est pertinent de se demander quel serait l'impact des troubles cognitifs, notamment l'anosognosie, sur la redéfinition des rôles occupationnels et si les résultats obtenus seraient identiques.

Conclusion :

Le sujet de ce travail de recherche porte sur l'accompagnement des patients dans la redéfinition de leurs rôles occupationnels au cours de l'hospitalisation. Un premier questionnement a pu être mis en avant et parmi les éléments retenus, trois concepts centraux ressortent : le rôle occupationnel, la participation occupationnelle et la perception.

Ainsi, c'est au travers d'un état de l'art que les interactions entre ces notions se dessinent, montrant la pertinence d'inclure les rôles occupationnels au sein de la prise en soin ergothérapique. Précisément parce que l'application de ces derniers au quotidien agit directement sur la participation occupationnelle de la personne. Par ailleurs, le concept de perception a évolué au fil des écrits pour parler assurément de temporalité. Le développement de cette dernière a permis de mettre en lumière des enjeux liés au patient, de par le processus de deuil qui se crée, et de la structure, avec pour exemple la durée d'hospitalisation. Le questionnement de recherche qui en résulte cherche par conséquent à déterminer quels sont les moyens dont dispose les ergothérapeutes pour accompagner le patient dans cette redéfinition de ses rôles occupationnels tout en respectant les différentes temporalités en jeu.

Au travers d'une approche qualitative, cinq entretiens semi-dirigés ont donc été réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant au sein de structure SSR.

Les résultats obtenus présentent une méthodologie proche de celle décrite par Sabari en 1998. Nous y retrouvons cette idée que le patient doit faire de ses rôles occupationnels une « priorité » au sein de son parcours de soin. Ensuite, le patient doit être amené à « accepter » ses rôles occupationnels perdus, liés aux conséquences des troubles. Enfin, celui-ci doit être capable de « se projeter » dans la redéfinition de ses rôles occupationnels. En parallèle et au regard des réponses données, les deux hypothèses de recherche préalablement posées sont validées. En résumé, il est nécessaire que le patient soit acteur de sa prise en soin et qu'une préparation à la sortie se mette en place dès le début d'hospitalisation.

Pour conclure, et pour ouvrir sur de nouvelles perspectives de recherches, bien que nous ayons évoqué que la durée d'hospitalisation était suffisante pour répondre à la problématique de ce mémoire, l'impasse pouvait être faite sur certaines activités. Ainsi, et pour la réalisation de futures recherches, il serait intéressant d'approfondir les constatations faites sur la seconde hypothèse à propos de la préparation à la sortie d'hospitalisation qui pouvait ne pas être complète, afin d'observer si nous retrouvons les mêmes conclusions avec d'autres professionnels ou si une analyse complémentaire peut être apportée. Par ailleurs, en revenant sur l'unité Comète France, il était fait mention durant l'entretien que celle-ci prenait en soin les patients aussi bien durant l'hospitalisation qu'après la sortie. Ainsi, Comète France assure une continuité de la prise en soin entre le milieu hospitalier et à domicile. En sachant qu'un ergothérapeute y travaille, nous pouvons nous interroger sur l'efficacité d'une prise en soin ergothérapique au sein d'une telle structure. En d'autres termes, peut-on dire que des structures telles que Comète France sont une solution pertinente afin d'assurer la continuité de la redéfinition des rôles occupationnels du patient du milieu intra à extrahospitalier ?

Références bibliographiques :

A. Ouvrages :

Anaut, M. (2012). Chapitre 1. Traumatisme, humour et résilience. Élaboration du traumatisme et utilisation de l'humour dans le processus de résilience. In *Trauma et résilience* (p. 1-14). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.lemi.2012.01.0001>

Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2020). *Chapitre III - Le déroulement du deuil « normal »: Vol. 8e éd.* (p. 26-34). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-deuil--9782715403444-p-26.htm>

Chahraoui, K. (2014). Traumatisme, crise psychique et crises de vie. In *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme* (p. 53-77). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chahr.2014.01.0053>

Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022). 2. La démarche. In *Manuel de recherche en sciences sociales : Vol. 6e éd* (p. 16-26). Armand Colin.

Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022). 5. Panorama des principales méthodes de recueil des informations. In *Manuel de recherche en sciences sociales : Vol. 6e éd* (p. 198-207). Armand Colin.

Marsan, C. (2008). Chapitre 1. Qu'entend-on par changement ? In *Réussir le changement* (p. 11-41). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/reussir-le-changement--9782804156282-p-11.htm>

Mercure, D. (1995), *Les temporalités sociales*, Paris : L'Harmattan, 175 p. (ISBN : 978-2-7384-3873-3).

Meyer, S. (2013). Chapitre 4. Les formes du « faire » : l'occupation, l'activité et la tâche. In *De l'activité à la participation* (p. 49-57). De Boeck-Solal.

Meyer, S. (2013). Chapitre 10. Le contrat social du « faire » : les rôles et la participation. In *De l'activité à la participation* (p. 161-176). De Boeck-Solal.

Michon, A. (2019). Est-il possible de bâtir un projet de vie avec la maladie ? In *Vivre avec une maladie neuro-évolutive* (p. 147-149). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2019.01.0147>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). 2.2. Le modèle du fonctionnement et du handicap - La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. In *Les*

modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux : Vol. 2e éd (p. 24). Deboeck supérieur.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). 3. Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* : Vol. 2e éd (p. 72-76). Deboeck supérieur.

Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle* (traduit par G. Mignet). ANFE, Association nationale française des ergothérapeutes De Boeck supérieur.

B. Articles :

Anaut, M. (2009). La relation de soin dans le cadre de la résilience. *Informations sociales*, 156(6), 70-78. <https://doi.org/10.3917/inso.156.0070>

Barbou, P. (2021). Rétablissement identitaire et liberté : Quels liens ? Une proposition d'éclairage existentiel des ressorts et difficultés psychologiques du rétablissement identitaire. *PSN*, 19(3), 71-86.

Bennejean-Mathelin, A., Viallon, C., & Gubian-Payre, D. (2020). Au point de rencontre des temporalités. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 141(2), 47-53. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.141.0047>

Briand, C., & Bédard, M. (2019). *L'ergothérapeute : Un agent de changement et un leader pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement* [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V5N1.150>

Codd, Y., Coe, Á., Mullan, R. H., Kane, D., & Stapleton, T. (2023). "My role as a parent, to me, it has narrowed" the impact of early inflammatory arthritis on parenting roles: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 45(1), 72-80. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2025928>

Dany, L. (2011). Quand le traitement se fait maladie : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 29(3), 75. <https://doi.org/10.3917/sss.293.0075>

Flinn, N. A., & Stube, J. E. (2010). Post-stroke fatigue : Qualitative study of three focus groups: The experience of post-stroke fatigue. *Occupational Therapy International*, 17(2), 81-91. <https://doi.org/10.1002/oti.286>

Hannane, S., Sacre, K., Alexandra, J.-F., Dossier, A., Goulenok, T., Bernard, C., Nolland, M., van Gysel, D., Papo, T., & Chauveheid, M.-P. (2020). Soins de suite et

réadaptation (SSR) de Médecine Interne pour sujets jeunes polyopathologiques : Étude observationnelle d'une structure pilote. *La Revue de Médecine Interne*, 41(11), 727-731. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.07.003>

Laliberte-Rudman, D. (2002). Linking Occupation and Identity : Lessons Learned Through Qualitative Exploration. *Journal of Occupational Science*, 9(1), 12-19. <https://doi.org/10.1080/14427591.2002.9686489>

Mathieu-Fritz, A., & Guillot, C. (2017). Les dispositifs d'autosurveillance du diabète et les transformations du « travail du patient » : Les nouvelles formes de temporalité, de réflexivité et de connaissance de soi liées à l'expérience de la maladie chronique. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 11(4). <https://doi.org/10.3917/rac.037.0641>

Petit, C. (2016). Développement du pouvoir d'agir (empowerment) en ergothérapie : Une pratique innovante avec les personnes vulnérables en santé. *Ergothérapies*, 63, 5.

Sabari, J. S. (1998). Occupational Therapy After Stroke : Are We Providing the Right Services at the Right Time? *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(4), 299-302. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.4.299>

Strub, P., Satink, T., & Gantschnig, B. E. (2022). How chronic pain changes a person's life story in relation to participation in occupational roles : A narrative exploration. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(7), 578-586. <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1945677>

Unruh, A. M. (2004). Reflections on : "So... What Do You Do?" Occupation and the Construction of Identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 290-295. <https://doi.org/10.1177/000841740407100508>

Vendrusculo-Fangel, L. M., Fangel, R., Leles, T. dos S., Moura, L. de M., & Marqueti, R. de C. (2019). Modificações dos papéis ocupacionais de mulheres com dor crônica e Artrite Reumatoide, comparada a mulheres saudáveis. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 135-148. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1798>

Vergely, B. (2010). L'enjeu vital de l'identité. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 132(2), 75-94. <https://doi.org/10.3917/cjung.132.0075>

Wallis, A., Meredith, P., & Stanley, M. (2021). Living beyond cancer : Adolescent and young adult perspectives on choice of and participation in meaningful occupational roles. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(10), 628-636. <https://doi.org/10.1177/0308022620960677>

C. Autres références :

Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRM OH | ULaval. (s. d.). *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. Consulté 5 janvier 2023, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

Qu'est ce que l'ergothérapie. (s. d.). ANFE. Consulté 8 mai 2023, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

ANNEXES :

ANNEXE I : DIAGRAMME DE GANTT 1

ANNEXE II : CARTE MENTALE DU CADRE CONCEPTUEL..... 2

ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN..... 3

ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VIERGE 5

Mémoire d'initiation à la recherche

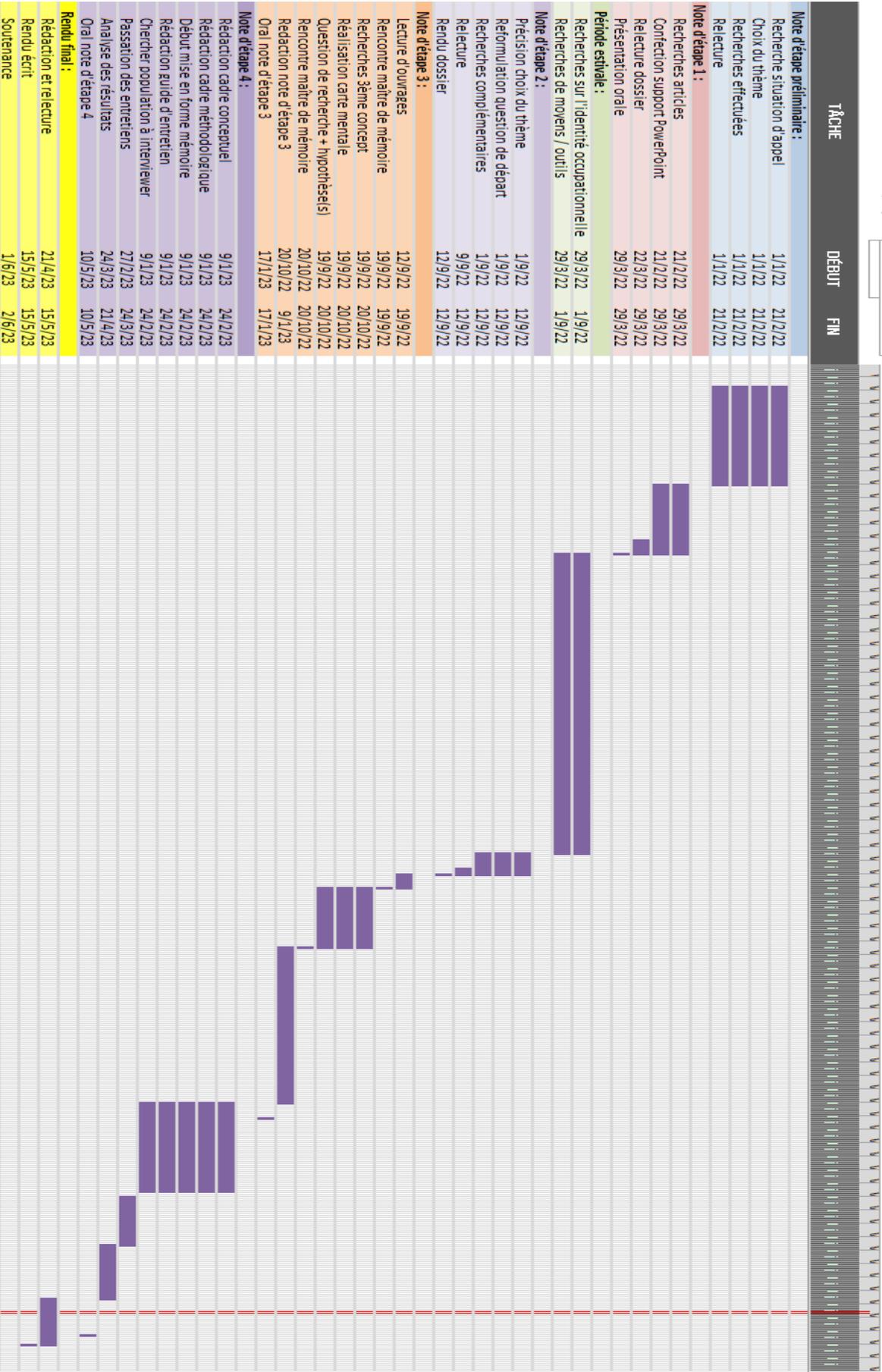
IFE La Musse

Damien LENOIR

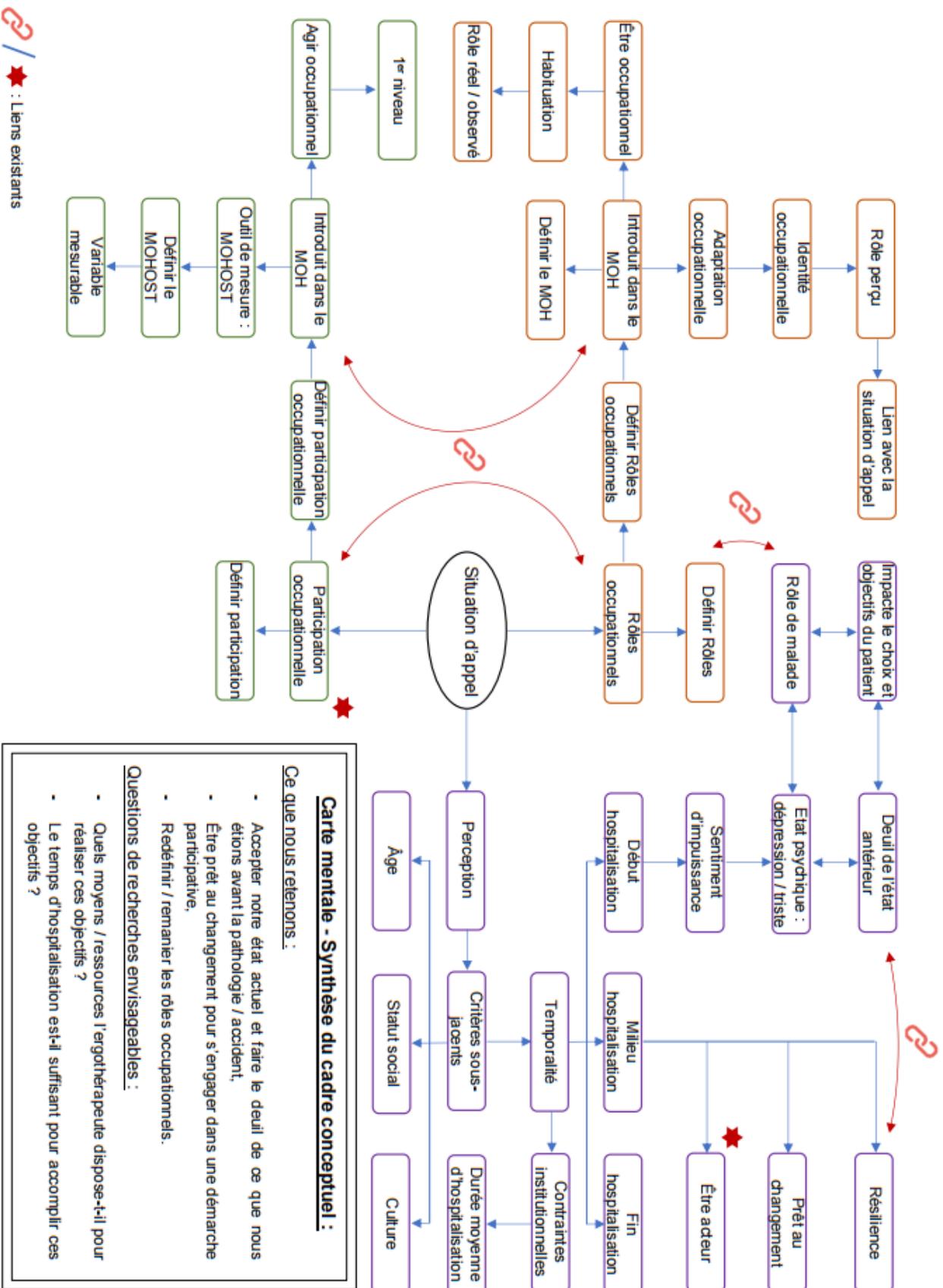
Début du projet :

sam 1/1/2022

ANNEXE I : DIAGRAMME DE GANTT



ANNEXE II : CARTE MENTALE DU CADRE CONCEPTUEL



ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien :

Bonjour, tout d'abord merci d'avoir accepté et d'accorder de votre temps pour cet entretien. Aujourd'hui, et dans le cadre du mémoire que je réalise, nous allons aborder l'accompagnement des patients dans la redéfinition de leurs rôles occupationnels au cours de l'hospitalisation. Je vous en avais déjà brièvement parlé lors de notre échange téléphonique. Durant cet entretien, nous allons nous concentrer sur des patients qui présentent seulement des troubles moteurs. Comme la perception joue une part importante dans la construction de ses rôles occupationnels, prendre en compte les troubles cognitifs représenterait une source non négligeable de biais.

Je vous laisse prendre connaissance et signer le formulaire de consentement. Pour résumer, et si vous êtes d'accord, vos propos sont enregistrés, anonymisés et seront utilisés uniquement dans le cadre du mémoire. Ces données seront également détruites une fois le rendu écrit et oral réalisés.

Partie 1 : Identifier le parcours professionnel et la population prise en soin

- 1) Pour commencer, pouvez-vous brièvement présenter votre parcours professionnel ?**

Relance : Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?

- 2) Pouvez-vous me décrire la population que vous prenez en soin dans cette structure ?**

Relance : Quelle(s) pathologies rencontrez-vous ?

Relance : Quelle est en moyenne la durée d'hospitalisation au total ?

Relance : Quelle est la durée moyenne de prise en soin en ergothérapie ?

Partie 2 : Vérifier l'hypothèse 1 - Rendre le patient acteur est un levier

- 1) Lorsque vous prenez en soin un patient, comment met-il en avant ses rôles occupationnels ?**

Relance : Le fait-il de manière explicite ou implicite ?

2) De quelle(s) façon(s) accompagnez-vous les patients à redéfinir leurs rôles occupationnels lors de la rééducation ?

Relance : De quelle(s) manière(s) vous prenez en considération les rôles occupationnels du patient dans votre prise en soin ?

3) Selon vous, quels sont les leviers et les freins à la reprise ou à la redéfinition du rôle occupationnel de la personne lors de son hospitalisation ?

Partie 3 : Vérifier l'hypothèse 2 - Préparer durant l'hospitalisation à la sortie

1) Comment adaptez-vous votre prise en soin ergothérapique avec la durée d'hospitalisation ?

Relance : En quoi la durée moyenne du séjour impacte-t-elle votre prise en soin ergothérapique avec le patient ?

2) Comment préparez-vous la sortie d'hospitalisation avec le patient, en lien avec ses rôles occupationnels ?

Relance : Avez-vous connaissance ou utilisez-vous un outil afin de préparer la sortie d'hospitalisation ?

Relance : Un suivi est-il mis en place afin de vérifier la situation du patient ?

Partie 4 : Conclusion de l'entretien

1) Avez-vous des questions ou des remarques à exprimer ?

L'entretien s'arrête là. Merci encore pour votre disponibilité. Nous restons bien évidemment en contact si des questions venaient à apparaître ou si vous souhaitez un retour sur les résultats obtenus.

ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VIERGE

Formulaire de consentement :

Je soussigné(e),autorise LENOIR Damien, étudiant de 3^{ème} année en ergothérapie, à utiliser mes propos, en lien avec la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche, à condition que mon discours soit anonymisé.

Les conditions d'anonymisation sont les suivantes :

- Que mon nom soit remplacé par un nom d'usage.
- Que les lieux et dates soient modifiés.
- Que l'enregistrement et les prises de notes soient détruits après rendu écrit et oral du document.

Fait à, le

Signature :

L'accompagnement d'un patient vers la redéfinition de ses rôles occupationnels au cours de l'hospitalisation

LENOIR Damien

Résumé :

Les rôles occupationnels définissent ce que nous sommes en tant que personne et nous identifient en tant qu'époux, parent, etc. La littérature met en avant qu'un évènement dans le parcours de vie peut venir impacter l'exercice des rôles occupationnels. Dans l'objectif de les redéfinir en structure, ce travail questionne les moyens qu'utilisent les ergothérapeutes pour à la fois respecter la temporalité du patient, incluant le processus de deuil, ainsi que celle de l'établissement, comprenant la durée d'hospitalisation. Pour y répondre et avec une approche qualitative, cinq entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes Diplômés d'Etat travaillant dans un Soins de Suite et Réadaptation (SSR). Les résultats mettent en avant la nécessité que les patients attribuent une « priorité » sur la redéfinition de leurs rôles occupationnels et d'« accepter » ceux perdus. Les patients peuvent ainsi « se projeter » dans leur parcours de soin. Des recherches seraient pertinentes à réaliser à propos de structures telles que Comète France qui assure la prise en soin à la fois intra et extrahospitalière.

Mots clés : ergothérapie, modèle de l'occupation humaine, rôle occupationnel, participation occupationnelle, temporalité.

Support patients in redefining their occupational roles during hospitalization

Abstract:

Occupational roles define who we are as people and identify us as spouses, parents. Literature outlines that an event in the life can have an impact on occupational roles. In the aim of redefining them in a facility, this work surveys the means used by occupational therapists to respect both patients' temporality, including the mourning process, as well as the facility, including the length of hospitalization. In order to address this question, five semi-structured interviews were conducted with State Certified occupational therapists working in a Continuing Care and Rehabilitation Unit (CCR). Findings emphasized the need for patients "to prioritize" the redefinition of their occupational roles and "to accept" those lost. This allowed patients "to project" themselves into their care pathway. Research would be relevant to perform in structures such as Comète France which provides the care both in and out of hospital care.

Keywords: occupational therapy, model of human occupation, occupational role, occupational participation, temporality.