

Institut de Formation en Ergothérapie d'Echirolles



Mémoire d'initiation à la recherche pour l'obtention du  
Diplôme d'Etat en Ergothérapie

**La reprise d'activité sportive significative après  
une lésion médullaire : quelles missions pour  
l'ergothérapeute en France ?**

Soutenu par : Maurine VINCENT

Promotion 2020-2023

Tuteur mémoire : Sylvain DARROUS



PRÉFET DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

## CHARTRE ANTI-PLAGIAT DE LA DRDJSCS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

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 paramédicaux et du travail social.

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.

Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Ainsi, outre la définition très simple retenue par l'Université de Lyon dans son guide des bonnes pratiques contre le plagiat : « le plagiat consiste à s'approprier consciemment ou non le travail d'une autre personne. »<sup>1</sup>, il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable. »<sup>2</sup>

**La contrefaçon** (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

### Article 1 :

Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; 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 2 :

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation<sup>3</sup> et du Code de la propriété intellectuelle<sup>4</sup>, il s'expose également à des poursuites et sanctions pénales.

### Article 3 :

Tout candidat 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) ...VINCENT Maurine.....*

*atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé(e)*

*Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant :*

*Fait à Grenoble.....Le 14 novembre 2022..*

*Signature*

**Z**ér  **Plagiat**

<sup>1</sup> Université de Lyon : <https://www.universite-lyon.fr/campagne-anti-plagiat-de-l-universite-de-lyon-11180.kjsp>

<sup>2</sup> Site Université de Nantes : <http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp>

<sup>3</sup> Article L331-3 : « 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 »

<sup>4</sup> Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS)

**Siège** : 245 rue Garibaldi - 69422 Lyon cedex 03 - Standard : 04 78 60 40 40

**Site Clermont-Ferrand** : Cité administrative, 2 rue Pélissier - 63034 Clermont-Ferrand cedex 1

**Site Rhône** : 33 rue Moncey - 69421 Lyon cedex 03

[www.auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gov.fr](http://www.auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gov.fr)

## Remerciements

*Je souhaite remercier,*

*Mon tuteur de mémoire, Monsieur DAROUS Sylvain de m'avoir accompagnée, guidée et pour avoir répondu à mes questionnements tout au long de ce mémoire.*

*Mon référent de stage, Monsieur GOUNOU Laurent pour son soutien et accompagnement pendant mon cursus de formation.*

*Tous les ergothérapeutes ayant accepté de participer à ce mémoire d'initiation à la recherche mais également tous les professionnels ayant contribué à ma formation professionnelle.*

*Ma famille, mes amis, Lucas pour leur soutien et leur aide précieuse pendant ces trois ans.*

*Mes amies de promotion Héléna, Fanny, Emma, Élis, Julie, qui m'ont soutenue, aidée et qui ont rendu ces années merveilleuses.*

*Marion Collot, pour son aide, sa gentillesse ainsi que ses conseils précieux.*

*Enfin, toute l'équipe pédagogique de l'institut de formation d'ergothérapie d'Échirolles (OCELLIA) ainsi que les formateurs pour leurs enseignements de qualité qui m'ont permis d'acquérir des connaissances essentielles pour exercer le métier d'ergothérapeute.*

## Table des matières

<b>PREAMBULE</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>PARTIE THEORIQUE : PHASE EXPLORATOIRE</b> .....	<b>6</b>
1. ENTRETIEN EXPLORATOIRE .....	6
2. REVUE DE LITTERATURE .....	6
2.1. <i>La lésion médullaire</i> .....	7
2.1.1. La moelle épinière, élément clé du système nerveux central.....	7
2.1.2. Définition de la lésion médullaire. ....	8
2.1.3. Étiologies et épidémiologie.....	8
2.1.4. Les troubles associés.....	8
2.1.5. Les conséquences sur les activités de vie quotidienne. ....	10
2.1.6. Les conséquences sur la participation et l'engagement dans l'activité sportive. ....	11
2.1.7. Prise en charge de la personne lésée médullaire .....	12
2.2. <i>L'activité sportive signifiante pour les personnes lésées médullaires</i> .....	13
2.2.1. Définition de l'activité physique et sportive .....	13
2.2.2. L'activité sportive pour les personnes en situation de handicap moteur .....	13
2.2.3. Les bénéfices de l'activité sportive pour les personnes lésées médullaires .....	14
2.3. <i>L'ergothérapie : au cœur de l'occupation</i> .....	16
2.3.1. L'ergothérapeute, professionnel des activités signifiantes et significatives.....	16
2.3.2. L'activité sportive signifiante : un potentiel thérapeutique ?.....	17
2.3.3. Les rôles de l'ergothérapeute dans l'activité sportive. ....	18
2.3.4. Le modèle de l'occupation humaine.....	22
3. PROBLEMATISATION, QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES .....	24
<b>PARTIE PRATIQUE : PHASE EXPERIMENTALE</b> .....	<b>25</b>
4. MATERIELS ET METHODES.....	25
4.1. <i>Recueil des données</i> .....	25
4.1.1. Choix de la méthode de recherche : méthode qualitative.....	25
4.1.2. Population cible. ....	26
4.1.3. Sites d'explorations des participants. ....	26
4.1.4. Considérations éthiques et Loi Jardé. ....	27
4.1.5. Anticipation des biais et stratégies. ....	27
4.1.6. L'outil de recueil de données : le guide d'entretien. ....	28
4.1.7. Déroulement de l'enquête.....	29
4.2. <i>Méthodes de traitements et d'analyse des données qualitatives</i> .....	30
5. PRESENTATION DES RESULTATS .....	31
5.1. <i>Résultats de l'analyse du contenu thématique</i> .....	31

5.1.1.	Thème : présentation des ergothérapeutes interrogées .....	31
5.1.2.	Thème : les activités significantes de loisirs après une lésion médullaire .....	32
5.1.3.	Thème : l'activité sportive pour les personnes lésées médullaire. ....	32
5.1.4.	Thème : l'ergothérapeute dans la reprise d'activité sportive significative. ....	33
5.2.	<i>Résultats de l'analyse lexicale</i> .....	39
6.	DISCUSSION DES DONNEES .....	39
6.1.	<i>Interprétation des résultats en liens avec la partie théorique et réponses aux hypothèses</i> .....	39
2.2.	<i>Critique du dispositif de recherche</i> .....	46
2.3.	<i>Apports, intérêts et limites de la recherche</i> .....	47
2.4.	<i>Propositions, perspectives de recherche</i> .....	48
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>50</b>
<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....		<b>I</b>

## Glossaire des sigles et abréviations

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**AP** : Activité physique

**AS** : Activité sportive

**APAS** : Activités Physiques Adaptées et Santé

**APA** : Activités physiques adaptées

**APF** : Association des Paralysés de France

**AVQ** : Activités de vie quotidienne

**BM** : Blessure médullaire

**CNSF** : Consortium National de Formation en Santé

**DEUG** : Diplôme d'études universitaires générales

**EAPA(S)** : Enseignant(s) en activité physique adaptée

**ENOTHE** : European Network of Occupational Therapy

**FFH** : Fédération Française Handisport

**FFSA** : Fédération Française du Sport Adapté

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IFE** : Institut de Formation en Ergothérapie

**LM** : Lésion médullaire

**MCREO** : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

**MCRO** : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

**MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine

**ME** : Moëlle épinière

**MPR** : Médecine Physique et de Réadaptation

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**R&D** : Recherche et Développement

**SDO** : Sciences de l'occupation

**SNC** : Système nerveux central

**SNP** : Système nerveux périphérique

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation

**STAPS** : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

**VQ** : Vie quotidienne

## Préambule

L'activité sportive occupe une place importante dans ma vie personnelle. Ma passion pour cette activité a d'ailleurs orienté mon parcours professionnel : diplômée en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) mention activités physiques adaptées et santé (APAS), j'ai eu l'occasion de rencontrer de nombreux sportifs en situation de handicap et notamment des personnes lésées médullaires. Plusieurs d'entre elles m'ont particulièrement marqué et ont orienté mon thème de mémoire. Leurs parcours et témoignages m'ont fait prendre conscience de l'importance de la pratique sportive dans la vie quotidienne quand celle-ci est porteuse de sens.

Pendant cette formation pour devenir enseignant en activité physique adaptée (EAPA), il ne nous a pas été présenté le métier d'ergothérapeute. C'est seulement en fin de deuxième année de cette formation, lors d'un stage que j'ai découvert l'ergothérapie et que j'ai décidé de faire de ce métier : ma profession. Sans être experte de ce domaine, un premier questionnement a émergé :

*L'ergothérapeute a-t-il un rôle à jouer dans le sport ?*

Ainsi, depuis mon entrée en institut de formation en ergothérapie, je me suis toujours questionnée sur la place que l'ergothérapeute pourrait avoir dans le sport. Voulant en savoir plus sur ce sujet, j'ai commencé à me renseigner et j'ai assisté à une conférence de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) sur le handisport de haut niveau. Des para-athlètes en situation de handicap moteur évoquaient ce que le sport leur avait apporté dans leur vie quotidienne.

Tout au long de la formation d'ergothérapie, différents intervenants ont abordé le sujet de l'activité sportive sans nous exposer concrètement le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine. C'est pourquoi, dans ce mémoire, nous nous intéresserons à l'ergothérapie dans cette activité afin de comprendre le rôle que les ergothérapeutes peuvent investir dans ce champ et ainsi par la suite pouvoir intégrer l'activité sportive dans ma future pratique si possible.

## Introduction

Si l'activité physique et sportive (APS) favorise notre bien-être et notre qualité de vie, au contraire, l'inactivité physique a des conséquences délétères sur la santé et augmente les risques d'apparition de pathologies chroniques (OMS, 2022). Cela en fait un enjeu de santé publique. Les personnes ayant des restrictions fonctionnelles sont d'autant plus concernées par ces problématiques (Badia et coll., 2013 cités par Cristea et Boulanger, 2022).

La lésion médullaire ou atteinte de la moelle épinière, n'est pas une pathologie rare. Chaque année, près de 1 200 nouveaux cas sont recensés en France (HAS, 2007). Cette lésion impacte les habiletés et se traduit par des troubles majeurs qui influencent négativement la participation et l'engagement dans tous les domaines de la vie quotidienne (Barbin, 2006) dont les loisirs. Des études ont démontré qu'une majorité de personnes lésées médullaires arrêtent leurs activités sportives et s'investissent dans des activités de loisirs non-actives (Tasiemski et al., 2006).

Pour une personne sportive avant la lésion, l'activité sportive peut-être porteuse de sens : elle est signifiante. Il est alors important de favoriser le retour à cette activité pour la réengager dans ses activités de loisirs et bénéficier des apports d'une pratique sportive. Cette reprise d'activité est accompagnée en partie par des professionnels du sport comme l'enseignant en activité physique adaptée (EAPA), l'éducateur sportif ou les associations telles qu'handisport (Pelletier et Le Maitour cités par Pouplin, 2011, p. 246) mais également les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

L'ergothérapeute dont le but est de favoriser le réinvestissement des activités antérieures et en tant qu'expert de l'activité devrait pouvoir apporter ses compétences dans la reprise d'activité physique et sportive. D'ailleurs, depuis 2016, ce professionnel fait partie de ceux habilités à dispenser des activités physiques et sportives (Légifrance, 2016). Néanmoins, les données probantes sur la place de l'ergothérapeute dans le sport sont encore peu nombreuses, d'autant plus en France. D'ailleurs, les lectures sur le lien entre l'ergothérapie et sport mettent en évidence le peu d'écrit et des besoins en matière de recherches supplémentaires. Tout l'enjeu de ce mémoire.

Cette initiation à la recherche est effectuée en vue de l'obtention du diplôme d'État d'ergothérapeute et à débiter à partir du questionnaire initial suivant : **Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'activité physique et sportive pour les personnes en situation de handicap moteur ?**

Premièrement, nous ferons le bilan de l'existant jusqu'à l'aboutissement d'une question de recherche et des hypothèses. Puis, nous présenterons le dispositif de recherche adopté, les résultats et leur discussion en réponses aux hypothèses. Enfin, nous concluons par une synthèse de ce travail.



## Partie théorique : phase exploratoire

Une démarche hypothético-déductive<sup>1</sup> est adoptée tout au long de ce mémoire. De plus, ce dernier s'appuie sur les sept étapes de la démarche en sciences sociales de Campenhoud et Quivy (2011), à savoir : la question de départ ; l'exploration ; la problématique ; la construction du modèle d'analyse ; l'observation (l'entretien dans notre cas) ; l'analyse des informations ; les conclusions.

### 1. Entretien exploratoire

Les critères de sélection pour le choix des personnes à interviewer sont peu sélectifs étant donné la précocité de celui-ci dans le processus de recherche : avoir subi une lésion médullaire et repris une activité sportive après cette lésion. La personne interrogée remplissait ces critères, et est devenue athlète de haut niveau après sa lésion. Un consentement lui a été remis et signé avant de réaliser l'entretien. Ce document vierge apparaît dans l'annexe A.

Cet entretien semi-directif a guidé nos recherches. En effet, il a permis d'identifier certains bénéfices d'une pratique sportive après une lésion médullaire, les difficultés rencontrées pour reprendre cette activité ainsi que les professionnels impliqués dans cette reprise. Suite à cet échange, un questionnement a émergé concernant le rôle de l'ergothérapeute pour améliorer la performance sportive des athlètes de haut niveau avec une lésion médullaire. Néanmoins, après avoir évalué la faisabilité de la recherche pour répondre à ce questionnement et par soucis de ressources non suffisantes dans le haut niveau, nous avons décidé d'inclure dans cette recherche l'activité sportive générale et pas uniquement le haut niveau. La retranscription intégrale est disponible en annexe B

### 2. Revue de littérature

**Mots-clés :** nous avons identifié les mots-clés pour parcourir la littérature existante et nous baser sur des données probantes. Afin d'élargir la recherche au niveau international et augmenter le nombre de données, les mots-clés sont traduits en anglais. Cela permet de confronter les pratiques à différentes échelles. Les mots-clés utilisés pour la recherche sont les suivants : lésion médullaire, blessure médullaire, ergothérapie, activité sportive, sport, handisport, participation sportive, activités signifiantes. En anglais : spinal cord injury, occupational therapy, sport, athlete, disabled sport, sports participation, meaningful activities.

---

<sup>1</sup> Démarche dans laquelle « les hypothèses sont données par la revue de littérature puis testées pour être validées ou infirmées » (Kivits et al., 2016, p. 167).

**Équations de recherches :** afin d'être plus précis dans les recherches, ces mots-clés ont été mis en relation. Ces équations de recherches sont renseignées dans l'annexe C.

**Bases de données :** nous avons recherché ces mots-clés dans différentes bases de données. Ces dernières rassemblent des articles de diverses sources. Les principales bases de données utilisées sont les suivantes : Google scholar, Pubmed, Cairn, Em premium, ODT base, Elsevier.

**Fiches de lectures :** afin de recueillir les informations pertinentes des lectures et les confronter, un tableau de lecture a été utilisé (voir annexe D). Il permet d'identifier l'article et son niveau d'évidence scientifique, calculé grâce à l'indicateur SCImago Journal Rank ([www.scimagojr.com](http://www.scimagojr.com)). Cet indicateur garantit la conformité et fiabilité des données et permet de les utiliser à bon escient en fonction de leur valeur. Les articles en quartile 4 ont été exclus de la phase exploratoire.

Après avoir détaillé la méthodologie utilisée dans cette revue de littérature, nous allons à présent spécifier les concepts théoriques adoptés dans cette recherche : la lésion médullaire, l'activité physique et sportive, l'ergothérapie avec le modèle de l'occupation humaine (MOH) et les activités significatives.

## **2.1. La lésion médullaire**

### **2.1.1. La moelle épinière, élément clé du système nerveux central.**

(Kamina, 2018 ; Pr Passagia, 2021)

Avant d'aborder les lésions médullaires (LM), il nous semble essentiel de comprendre la physiologie de la moelle épinière. D'après le Pr Passagia, spécialiste en neurochirurgie, dans un cours dispensé en première année d'ergothérapie, la moelle épinière (ME) aussi appelée moelle spinale, est partie intégrante du système nerveux central (SNC) avec le cerveau. Elle est protégée par des vertèbres (sept cervicales, douze thoraciques/dorsales, cinq lombaires et cinq sacrées) dont l'empilement forme la colonne vertébrale. Cette moelle est décomposée en segments appelés métamères (Document non publié [Support de cours], 2021). De chaque métamère partent des nerfs rachidiens responsables de fonctions précises (Association des Paralysés de France (APF), 2007 ; Kamina, 2018, p.5). Trente et une paires composent le système nerveux périphérique (SNP) : nerfs cervicaux, nerfs thoraciques, nerfs lombaires et nerfs sacrés (Ait-Ali, 2014 ; Kamina, 2018, p. 5).

La ME joue un rôle important dans le fonctionnement du corps humain car elle permet la transmission des messages nerveux efférents et afférents ainsi que des réflexes entre le cerveau et le

SNP (APF, 2007). Les efférences motrices prennent leur origine au niveau du cerveau et en passant par la moelle épinière, se dirigent vers les organes effecteurs. Ces derniers vont produire une réponse motrice en se contractant. Au contraire, les afférences sensibles débutent au niveau des organes sensoriels, passent par la moelle épinière et vont se terminer dans les centres nerveux (APF, 2007).

### **2.1.2. Définition de la lésion médullaire.**

La lésion ou blessure médullaire (BM) est une atteinte de la moelle épinière. Chez certains auteurs, il existe une différence de terminologie entre ces deux termes. Ils énoncent que la BM désigne une atteinte de la moelle épinière uniquement d'origine traumatique contrairement aux LM qui incluent toutes étiologies (Barbin, 2006 ; Désert, 2002). Cette distinction n'est pas toujours faite et le terme utilisé en anglais est toujours le même « spinal cord injury ». De ce fait et compte tenu de la finalité de la recherche, nous ne ferons pas de différence entre ces termes et inclurons toutes les étiologies de la LM.

### **2.1.3. Étiologies et épidémiologie.**

La LM est un handicap acquis (Barclay et al., 2011). Les causes peuvent être classées en deux grandes catégories : les origines traumatiques et non traumatiques. Selon le Dr Ait-Ali (2014) les origines les plus fréquentes sont les traumatismes, les myélites, les tumeurs et les accidents vasculaires. De façon majoritaire, ces lésions sont d'origines traumatiques (Désert, 2002 ; HAS, 2007 ; OMS, 2013 ; Pailler et al., 2010).

Les données épidémiologiques des causes non traumatiques sont encore peu connues (HAS, 2007). Néanmoins, cette pathologie affecte de nombreux sujets comme le montre la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007, « En France, l'incidence des lésions médullaires traumatiques est de l'ordre de 1 200 nouveaux cas par an (environ 19,4 nouveaux cas par million d'habitants), leur prévalence se situant autour de 50 000 ». Nas et al. (2015) ajoutent que dans le monde on estime à plus de 40 millions le nombre de personnes atteintes d'une BM. Ces chiffres nous donnent à voir de potentiels enjeux en termes de santé publique.

Les plus touchés par la BM sont les jeunes adultes de sexe masculin (APF, 2007 ; Désert, 2002 ; Nas et al., 2015 ; OMS, 2013).

### **2.1.4. Les troubles associés.**

Les troubles associés à la LM varient en fonction du niveau d'atteinte de la ME et de sa gravité (OMS, 2013). Elles provoquent une atteinte des fonctions concernées au niveau et en dessous de la

lésion (Cortisum national de formation en santé (CNFS), s.d.). L'APF (2007) complète ce propos en déclarant qu'au-dessus de la lésion, les influx nerveux continuent d'être acheminés normalement et c'est à partir de l'endroit où la ME a été lésée que des conséquences vont apparaître. A ce niveau, les neurones sont détériorés ou détruits par le traumatisme, altérant leur fonctionnement. En dessous de la lésion, les neurones ne peuvent plus communiquer avec le cerveau (APF, 2007).

### ***Les troubles moteurs et sensitifs***

La LM entraîne un « déficit neurologique majeur » (Barbin, 2006). Le Dr Désert (2002) déclare que la LM affecte la motricité et la sensibilité. Ce même auteur complète en ajoutant que les troubles moteurs concernent à la fois la motricité volontaire et réflexe. La motricité volontaire nous permet de réaliser nos mouvements de manière intentionnelle contrairement à la motricité réflexe qui fonctionne indépendamment de notre volonté. En cas de lésions de la moelle épinière, la motricité volontaire est altérée se traduisant par une paralysie (atteinte totale) ou parésie (atteinte partielle). L'atteinte de la motricité réflexe va créer une régulation anormale du tonus musculaire. Si ce tonus est augmenté de manière anormale, alors nous parlerons de spasticité. Au contraire si ce tonus est absent, ce sera une atteinte flasque. En conséquence, la majorité des personnes lésées médullaires utilisent un fauteuil roulant pour se déplacer (Barbin, 2006). Le Dr Désert (2002) ajoute que des troubles sensitifs impactent la sensibilité superficielle et profonde. La diminution ou l'absence de sensibilité augmente les risques de brûlures, de blessures ou encore de plaies comme les escarres (Désert, 2002).

Selon l'HAS (2007), la LM est caractérisée par son niveau d'atteinte neurologique mais aussi par son caractère complet ou incomplet :

- ***Niveau d'atteinte*** : la paraplégie est une paralysie des membres inférieurs causée par une lésion de la ME au niveau lombaire, dorsal ou sacré (CNSF, s.d) entraînant une atteinte du tronc et des membres inférieurs (Albert cité dans Pouplin, 2011, p.13 ; APF, 2007). Au contraire, la tétraplégie concerne le niveau cervical (CNSF, s.d) provoquant une atteinte des quatre membres et du tronc (Albert cité dans Pouplin, 2011, p.14 ; APF, 2007 ; Désert, 2002).
- ***Gravité de l'atteinte*** : une atteinte est complète si la moelle est entièrement sectionnée ou écrasée, empêchant le passage des influx nerveux et sensitifs au-dessous de la lésion (CNFS, s.d.). Dans ce cas, aucun mouvement volontaire n'est possible à cet endroit (Ait-Ali, 2014) donc c'est une paralysie (Désert, 2002). Lorsque la moelle épinière n'est pas totalement rompue et que la transmission de certains messages nerveux volontaires et sensoriels sont possibles, la

lésion est incomplète (CNFS, s.d.). Quelques mouvements volontaires sont possibles donc c'est une parésie (Désert, 2002).

Pour classer les lésions médullaires en fonction des troubles moteurs et sensitifs, une échelle de déficience de l'American Spinal Injury Association est utilisée (Chantraine, 2013 ; CNFS, s.d ; Nas et al., 2015).

### ***Autres troubles associés***

Le Dr Désert (2002) souligne qu'au vu du rôle de la moelle épinière, d'autres troubles peuvent être associés dont les troubles sphinctériens, vésicaux, intestinaux, neurovégétatifs, génito-sexuels ou des douleurs... (Désert, 2002 ; OMS, 2013). Des complications liées aux atteintes sensitives peuvent apparaître comme les escarres et l'augmentation du risque de blessure. D'autres liées à l'atteinte motrice comme les rétractations, la fonte musculaire, l'augmentation du risque de fracture et l'ostéoporose peuvent survenir (APF, 2007). En plus, la LM a des conséquences sur le quotidien.

#### **2.1.5. Les conséquences sur les activités de vie quotidienne.**

Les conséquences de la LM sur les activités de vie quotidienne (AVQ) varient d'une personne à l'autre et en fonction du niveau d'atteinte médullaire. Néanmoins, de nombreux auteurs se rejoignent sur les conséquences principales. La LM entraîne des difficultés obligeant le réapprentissage des activités de la vie quotidienne antérieures à la lésion (Barbin, 2006). Ce propos est appuyé par Barclay et al. (2011) indiquant que l'apparition d'un traumatisme ou une incapacité permanente va modifier de manière significative la façon dont une personne réalise ses activités. La LM est aussi responsable d'une perte d'autonomie dans les AVQ et d'une augmentation du temps nécessaire pour réaliser ces activités (Barclay et al., 2011 ; Tlili et al., 2007). Cette augmentation du temps aura des répercussions sur le quotidien de la personne lésée médullaire : elle passera plus de temps à faire ses activités de soins personnels et ainsi, le temps alloué aux autres activités sera diminué (Barclay et al., 2011) se traduisant par une limitation sur la participation sociale (Tlili et al., 2007).

Ces conséquences concernent également l'esprit (Barbin, 2006). En effet, le traumatisme constitue un bouleversement amenant la personne lésée médullaire à vivre une « crise identitaire » (Barbin, 2006). Cela est repris par Tlili et al. (2007) et Barclay et al. (2011) qui déclarent que la LM va provoquer une perte et un remaniement identitaire. Ainsi, pendant la période de rééducation, la personne blessée médullaire va entamer une reconstruction de l'image de soi et de son identité (APF, 2007, p.105). L'équipe pluridisciplinaire qui l'accompagne doit favoriser cette reconstruction identitaire et l'estime de soi (Barbin, 2006). La LM engendre une transition difficile du statut de valide

à personne en situation de handicap et nécessite de faire le deuil de son ancien corps (Barbin, 2006). De ce fait, l'engagement et la motivation de la personne sont négativement impactés (Barbin, 2006). De plus, ce même auteur dit que la personne lésée médullaire est aussi impactée par tous ces changements avec le risque de perdre ses repères. Elle va donc chercher des éléments de repère pour se reconstruire. Pour un ancien sportif, la reprise du sport peut en être un repère (Barbin, 2006).

#### **2.1.6. Les conséquences sur la participation et l'engagement dans l'activité sportive.**

Les personnes avec des limitations fonctionnelles sont d'autant plus concernées par la problématique de l'inactivité physique et la sédentarité comme le soulignent Cristea et Boulanger (2022). Barclay et al. (2011) déclarent que l'apparition d'une BM impacte la participation. En effet, la participation aux activités de loisirs et de productivité change après une LM (Schonherr et al., 2005 cités par Barclay et al., 2011). La participation à des activités sportives passe de 42% à 20 % après la BM selon une étude de Tasiemski et al. en 2000. Néanmoins, il est nécessaire de prendre en considération l'ancienneté de ses propos. Ces mêmes auteurs déclarent en 2006 qu'environ 40% des personnes arrêtent leurs activités sportives après une BM (Tasiemski et al., 2006). Les personnes tétraplégiques sont plus susceptibles d'arrêter leur pratique sportive car le nombre de pratiques sportives existant pour cette catégorie de LM est moins important que pour les paraplégiques (Tasiemski et al., 2006).

Les hypothèses pouvant expliquer ces arrêts sont multiples comme le manque d'adaptation de l'activité à la personne, le manque d'accessibilité des structures de plus de dix ans ainsi que la réticence des associations valides d'accueillir des personnes en situation de handicap (Ait-Ali, 2014). Ces éléments ont également été mis en exergue lors de l'entretien exploratoire (voir annexe B). D'autres obstacles sont identifiés : la non-appréciation des sports adaptés aux personnes en situation de handicap et l'impossibilité de reprendre leur sport de prédilection peuvent également être un frein à la reprise sportive (Tasiemski et al., 2000). De plus, Stephens et al. (2012) identifient différentes catégories d'éléments pouvant entraver la participation sportive :

- **Raisons organisationnelles** : comme vu précédemment, les activités nécessitent plus de temps et cela se traduit par un temps de pratique diminué. Le coût et la gestion du matériel sportif sont également des freins à la pratique.
- **Raisons médicales** : les contre-indications à la pratique sportive.
- **Raisons émotionnelles** : le manque de confiance en soi, les difficultés d'acceptation de la LM et du regard des autres.

- **Raisons informatives** : manque d'information sur les différentes possibilités sportives, d'orientation vers les sports adaptés à leur situation de handicap pendant et surtout après l'hospitalisation.

L'insatisfaction envers une situation de loisirs (dont le sport) est assimilée à une baisse de la qualité de vie (Schonherr et al., 2005 cités par Barclay et al., 2011). Ainsi, l'étude de MacVeigh et al. (2009) souligne qu'il est important de promouvoir la participation sportive pendant la phase de réadaptation d'une personne lésée médullaire.

### **2.1.7. Prise en charge de la personne lésée médullaire**

La prise en soin d'une personne lésée médullaire nécessite un travail pluridisciplinaire avec différents professionnels médicaux et paramédicaux (HAS, 2007). En effet, plusieurs corps de métiers interviennent : médicaux dont le médecin MPR, soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux et professeurs d'activités physiques adaptées (Barat et al., 2008, p.124-125). Le but de la prise en soin est de permettre à la personne lésée médullaire de « retrouver une autonomie optimale dans la vie quotidienne et de permettre la meilleure intégration possible de la personne dans son environnement » (APF, 2007, p.70). Elle se compose de plusieurs phases. La première, la **phase aigüe**, juste après l'apparition de la LM dans des unités de neuroréanimation (Chantraine, 2013, pp.373-374). Ensuite, la **phase de rééducation** s'axera, en fonction des capacités sur : le gain fonctionnel, la préservation des capacités restantes et l'apprentissage de l'usage du fauteuil roulant par exemple (Chantraine, 2013, pp.376-377). Ce dernier ajoute que la **phase de réadaptation** basée sur la compensation des capacités altérées dans le but de réduire les situations de handicap.

En rééducation, Bondin et al. (cités par Pouplin, 2011, pp.76-77) dit que l'ergothérapeute va agir sur la mise en place du fauteuil roulant à travers le cahier des charges mais aussi avec des séances en salle de rééducation par l'activité. En réadaptation, une partie de l'intervention s'intéresse à l'adaptation de la vie quotidienne. Cela se fait par exemple au travers de l'adaptation de l'environnement ou d'adaptations nécessaires à la reprise d'activités productives et de loisirs (Chantraine, 2013, pp.381-382). Ainsi, pour la préparation de la sortie du centre de rééducation, l'ergothérapeute à un rôle clé dans « la préconisation des aides techniques » et les mises en situation écologiques. Ces dernières permettent de tester les adaptations mises en place en situation réelle de vie, l'adéquation entre la personne et son environnement (Pelletier & Le Maitour cité par Pouplin, 2011, p. 248). L'accompagnement de l'ergothérapeute se base sur les activités qui ont du sens pour la personne (Pelletier & Le Maitour cité par Pouplin, 2011, pp.245-247).

Inclure le sport dans le processus de réadaptation permet aux personnes lésées médullaires de maintenir un mode de vie au plus proche d'avant la lésion et améliorer leurs atteintes futures concernant les activités (Wu & Williams, 2001).

## **2.2. L'activité sportive signifiante pour les personnes lésées médullaires**

### **2.2.1. Définition de l'activité physique et sportive**

Les lectures mettent en évidence la différence entre l'activité physique et l'activité sportive. L'activité physique est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2022) comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie ». Elle ne se limite donc pas à l'activité sportive mais concerne de nombreuses activités et gestes de la vie quotidienne (OMS, 2022). Le niveau d'activité physique est un déterminant de santé (OMS, 2022). La mise en place de politiques publiques pour promouvoir des comportements actifs témoigne de l'importance accordée à l'activité physique et sportive dans notre société actuelle en tant qu'enjeu de santé publique.

Concernant l'activité sportive, il n'existe pas une définition universelle. Nous retiendrons celle de la charte européenne de sport (Conseil des Ministres de l'Europe, 2021, p.8) : « le sport une activité sociale, éducative et culturelle fondée sur un libre choix » qui « peut contribuer de diverses façons au bien-être personnel et au développement social ». Cette définition met en avant quelques bénéfices de cette activité.

### **2.2.2. L'activité sportive pour les personnes en situation de handicap moteur**

L'activité sportive pour les personnes en situation de handicap est caractérisée par différents termes. Le **parasport** désigne toutes les disciplines sportives adaptées, pratiquées tant en loisir qu'en compétition par toute personne en situation de handicap (Comité Paralympique et sportif français, s.d. ; HAS, 2022, p.7). Les activités sportives de loisirs peuvent se pratiquer : « en clubs, en individuel ou en groupes non affiliés à une association » (HAS, 2022, p.40). Pour la pratique sportive encadrée, deux grandes fédérations sportives interviennent. La fédération française de sport adapté (FFSA) dispense du **sport adapté** aux personnes en situation de handicap mental et/ou psychique (FFSA, s.d) et la fédération française handisport (FFH) propose du **handisport** à destination des personnes en situation de handicap moteur et sensoriel (Comité Paralympique et sportif français, s.d.). Certains clubs sportifs ordinaires accueillent également des personnes en situation de handicap (Craven, document non publié [conférence organisée par la fondation Garches], 2022). Nous ne nous



intéresserons pas au sport adapté car la LM de par son atteinte de la motricité peut amener à une situation de handicap moteur.

L'activité sportive pour les personnes en situation de handicap moteur s'est peu à peu institutionnalisée (Ferez et al., 2014). Le Dr Guttmann est le précurseur du sport comme moyen thérapeutique pour les personnes lésées médullaires, à Stocke Mandeville (Mashan dans Fontana et Jérémiasz, 2022). Aujourd'hui, de nombreux sports sont accessibles pour les personnes lésées médullaires (Pailler et al., 2010). La multiplicité des possibilités sportives se traduit soit par un aménagement d'une discipline ordinaire ou la création d'une nouvelle pratique adaptée au handicap tel que la Boccia (Cristea & Boulenger, 2022). Le niveau de la lésion médullaire va déterminer les possibilités sportives (Pailler et al., 2010).

### **2.2.3. Les bénéfices de l'activité sportive pour les personnes lésées médullaires**

Les lectures montrent des liens entre les conséquences de la LM et les bénéfices d'une pratique sportive. En fonction de l'ancienneté de la LM, ces bénéfices diffèrent : au début, l'aspect social est plus important puis, plus tard, les avantages liés au bien-être sont mis en avant (Stephens et al., 2012).

Tout d'abord, la pratique sportive a un intérêt rééducatif. A l'origine, elle était utilisée principalement dans un but thérapeutique pour les personnes avec un handicap moteur (Ferez et al., 2014). Aujourd'hui, de nombreux auteurs soutiennent l'importance et les bénéfices actuels de la pratique sportive pour les personnes blessées médullaires (Barbin, 2006 ; Bertrand, 2020 ; Cristea & Boulenger, 2022 ; Costalonga et al., 2020 ; Cheung et al., 2022 ; Stephens et al., 2012). Certains mettent particulièrement en évidence les effets positifs du sport sur le bien-être et la qualité de vie de ces personnes (Bertrand, 2020 ; Tlili et al., 2007 ; Nas et al., 2015 ; Bullen & Clarke., 2021). Mcveigh et al. (2009) reprend ce propos insistant sur le lien entre la participation à des sports après une LM et la qualité de vie : cette dernière est meilleure si la personne pratique une activité sportive.

Pour classer les différents bénéfices d'une pratique sportive après une LM, nous pouvons reprendre la classification de Stephens et al. (2012) :

- **Bénéfices sociaux** : le sport est un moyen d'acceptation du handicap qui permet de montrer aux autres ses propres capacités et de prouver aux personnes LM que si leurs pairs sont capables de le faire, elles le peuvent aussi (Ferez et al., 2014 ; Stephens et al., 2012). A travers ses performances sportives, la personne va prouver ses propres capacités et ainsi être identifiée comme un sportif et plus uniquement comme une personne handicapée (Stephens et al., 2012). Le sport permet aussi de changer les visions sur le handicap (Stephens et al., 2012). Ainsi, s'engager dans une activité sportive

va favoriser l'inclusion sociale (Cristea & Boulenger, 2022 ; MacVeigh et al., 2009) : cette activité favorise la rencontre avec d'autres individus et permet à la personne de s'affilier à un groupe social (Pailler et al., 2010).

- **Bénéfices physiques** : il existe une relation entre les complications et la qualité de vie (Nas et al., 2015) : la pratique sportive permet la réduction des complications de la LM comme les risques d'escarres et la douleur (Stephens et al., 2012 ; Cristea & Boulenger, 2022). Le sport permet le maintien du poids et l'augmentation des aptitudes fonctionnelles comme la force, facilitant les transferts (Stephens et al., 2012). Il permet également une meilleure maîtrise du fauteuil roulant (Tasiemski et al., 2000).

- **Bénéfices psychologiques et émotionnels** : les lésés médullaires subissent une diminution de l'estime de soi qui peut être réhaussée par la pratique d'un sport. Ce dernier est un moyen de reconstruction identitaire qui permet l'augmentation de l'estime de soi (Barbin, 2006 ; Cheung et al., 2022 ; Cristea & Boulenger, 2022). En s'épanouissant dans une pratique sportive, la personne LM dépasse son handicap (Barbin, 2006) et facilite son acceptation (Cristea & Boulenger, 2022). En effet, elle aide à renouer avec l'image du corps et accompagne la reconstruction identitaire et sociale (Barbin, 2006). Cet auteur ajoute que l'expérience sportive façonne une image positive du corps qui permet d'avoir une meilleure image de soi. Cet élément est repris par Pelletier et Le Maitour (cités par Pouplin, 2011, p.246) « le sport est un moyen efficace par lequel la personne blessée médullaire retrouve l'estime de soi. La reconnaissance du regard de l'autre opère et initie souvent le travail de reconstruction ». L'activité sportive est un moyen de s'évader et penser à autre chose (Stephens et al., 2012).

De plus, Barbin (2006) souligne la nécessité de redonner la possibilité de reprendre cette activité pour retrouver son rôle de sportif et ses repères.

Ces bénéfices ont une influence sur la vie quotidienne. En effet, certains auteurs identifient un impact positif de la pratique sportive sur les autres domaines de la vie quotidienne. La pratique sportive favorise l'indépendance et l'autonomie dans les activités de vie quotidienne (Bertrand, 2020 ; Cheung et al, 2022 ; Pailler et al., 2010 ; Tasiemski et al., 2000 ; Tlili et al., 2007). En effet, le sport permet d'acquérir des compétences favorisant l'autonomie et de « vaincre les barrières architecturales » (Pailler et al., 2010). Il améliore aussi le gain fonctionnel car il regroupe un ensemble de conditions, que l'on retrouve dans la plupart des tâches quotidiennes telles que l'environnement incertain et la nécessité de s'adapter (Cheung et al., 2022). Tlili et al. (2007) rajoute que cette amélioration de l'indépendance fonctionnelle est surtout dans les activités de soins personnels et la

mobilité. Elle permet l'amélioration de la qualité de vie et une meilleure réinsertion professionnelle (Tlili et al., 2007). Au sein des personnes en situation de handicap moteur, les sportifs réussissent mieux professionnellement (Tourreau, 1990).

Néanmoins, il faut aussi être conscient des risques engendrés par la pratique d'un sport et il est important d'informer la personne sur ceux-ci (Cristea & Boulenger, 2022).

Ainsi, la pratique d'une activité sportive détient des bénéfices non négligeables pour une personne lésée médullaire qui impactent toutes les sphères de sa vie quotidienne. Néanmoins, l'apparition d'une lésion médullaire peut être responsable d'un arrêt de pratique sportive non désiré par la personne. L'ergothérapeute, dont le but est de permettre la réalisation des activités humaines porteuses de sens, pourrait alors jouer un rôle déterminant pour favoriser la reprise sportive.

### ***2.3. L'ergothérapie : au cœur de l'occupation***

#### **2.3.1. L'ergothérapeute, professionnel des activités signifiantes et significatives.**

Selon la World Federation of Occupational Therapists (s.d.), l'ergothérapie est une profession de santé centrée sur le client qui se préoccupe de la promotion de la santé et le bien-être via l'occupation. Cette fédération précise aussi que le but premier de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer dans les activités de la vie quotidienne [traduction libre]. L'ANFE (2013), ajoute que l'ergothérapeute a pour but de « développer leurs compétences et maximiser leur qualité de vie, réduire leurs besoins et augmenter leur indépendance et leur autonomie ». Ces objectifs coïncident avec les bénéfices d'une pratique sportive après une LM.

Ainsi, au vu de la place de l'activité dans la profession d'ergothérapeute, il nous semble judicieux de développer les concepts de l'activité en ergothérapie pour les appliquer à l'activité sportive et identifier le rôle complémentaire de l'ergothérapeute vis-à-vis de cette activité.

Selon l'European Network of Occupational Therapy (ENOTHE), l'activité est définie comme la « réalisation d'une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations » (cité par Caire, 2008, p.188). L'ergothérapeute l'utilise à la fois comme un but et comme un moyen (Sureau cité par Caire, 2008, pp.189-190). Par exemple, il se sert « des exercices, des jeux, des activités d'artisanat, des activités projectives ou des mises en situation d'activités quotidiennes, des tâches domestiques, des gestes professionnels, des activités sociales, culturelles ou sportives... » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et ministère de la santé et des sports, 2010, p.170). Pour utiliser l'activité comme telle, ces professionnels réalisent en amont une analyse d'activité (Sureau cité par

Caire, 2008, pp.189-190). En effet, selon l'ANFE (2013) « les ergothérapeutes sont des experts dans l'analyse de l'activité et du bien-être. ».

De plus, si nous nous référons à la définition Française de l'ergothérapeute selon Morel-Bracq (cité par Caire & Schabaille, 2018), l'objectif de ce professionnel de santé est « d'améliorer la qualité de vie dans le quotidien grâce à la réalisation des activités signifiantes et significatives dans son environnement ». En effet, l'ergothérapeute distingue les activités significatives des activités signifiantes. Pour Morel-Bracq (2006) « une activité est signifiante lorsqu'elle a un sens pour la personne, elle est significative lorsqu'elle a un sens pour l'environnement social (Leontiev, cité par Rochex, 1995) ». Ainsi, il est important pour les ergothérapeutes d'inciter la participation aux activités signifiantes et significatives pour favoriser la santé et le bien-être de ses patients (Bullen & Clarke, 2021). D'ailleurs, « Meyer (1921/1982) a reconnu l'importance de l'occupation, y compris de la participation aux loisirs et aux sports » (cité par Garci & Mandich, 2011).

### **2.3.2. L'activité sportive signifiante : un potentiel thérapeutique ?**

A travers son intervention, l'ergothérapeute « exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et ministère de la santé et des sports, 2010, p.170). Comme toute activité, l'activité sportive peut être signifiante. Pour Morel-Bracq (2006, p.3), cet engagement dans les activités signifiantes permet d'« améliorer la gestion du quotidien, le bien-être et la qualité de vie de cette personne et de son entourage. »

Aussi, rappelons que l'ergothérapeute à la volonté « de permettre à la personne à travers une rééducation mais surtout une réadaptation, de retrouver ses activités antérieures » (Turpin, 2018, p.109). Pour une personne, l'activité sportive peut être une activité signifiante qu'elle initiait avant l'apparition de la lésion. La LM amène dans un premier temps à l'arrêt de la pratique sportive bouleversant les habitudes de vie de la personne sportive et entraînant un déséquilibre dans ses occupations. La reprise sportive va donc être importante pour cette personne. Des témoignages insistent sur ces propos. Le premier, de Despaquis dans le guide de pratique de l'APF (2007) appuie sur l'importance de la reprise après une LM quand l'activité sportive est signifiante : « le sport c'était toute ma vie avant mon accident » et après sa LM, il a cherché à reprendre un sport au plus près de sa pratique avant l'accident. Ensuite, Mathelin (2022, p.173), dans son livre autobiographique appuie aussi sur ces propos « je suis bien décidé à reprendre le sport. Je veux retrouver le goût de l'effort pour redevenir endurant et résistant, même si c'est en fauteuil roulant ».

Tous ces éléments nous amènent à penser que l'activité sportive significative, en tant qu'activité de la vie quotidienne, pourrait être investiguée par l'ergothérapeute. D'ailleurs, un ergothérapeute déclare que « promouvoir la pratique des activités physiques et sportives auprès de l'ensemble de la population est un enjeu de santé publique dans lequel l'ergothérapie peut se positionner. En effet, en tant que spécialiste de l'activité humaine, l'ergothérapeute a la légitimité d'investir ce champ » (Bertrand, 2020).

### **2.3.3. Les rôles de l'ergothérapeute dans l'activité sportive.**

D'autres professionnels (présents dans les centres de rééducation ou en dehors) plus spécialisés dans ce domaine existe. L'ergothérapeute n'agira donc pas seul autour de la reprise d'une pratique sportive, mais avec ceux-ci : EAPA, éducateurs sportifs, kinésithérapeutes, structures handisports, clubs sportifs ordinaires... Ainsi, cette recherche s'intéresse à la complémentarité de l'ergothérapeute avec ces acteurs, en tant que professionnel du quotidien et des AVQ.

Dans la littérature, peu de données sont ressorties sur la place de l'ergothérapeute et l'activité sportive. Nous allons tenter de faire un état des lieux des éléments théoriques trouvés sur le rôle de l'ergothérapeute dans le sport à l'international puis au niveau national (Français).

#### ***A l'international***

Cristea et Boulanger (2022) pensent que l'ergothérapeute au Québec, en tant que professionnel de l'occupation a probablement « un rôle à jouer pour favoriser l'accessibilité des activités sportives pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles ». Ces mêmes auteurs précisent le rôle de ce professionnel à travers quatre axes principaux : l'ergothérapeute participe à la sensibilisation et à la promotion des activités sportives, aux choix de celles adaptées à ses patients ainsi qu'à la graduation de l'activité sportive à travers les adaptations environnementales. L'ergothérapeute informe les patients et leur entourage mais aussi l'équipe avec laquelle il travaille sur les différentes possibilités d'activités sportives qui existent (Cristea & Boulanger, 2022). Ces auteurs relèvent un manque de formation sur ces rôles pendant la formation d'ergothérapie pouvant amener un sentiment de non-compétence dans ce domaine.

En Angleterre, Bullen et Clarke (2021) soulignent l'émergence de nouveaux cadres de pratiques des ergothérapeutes afin d'améliorer la qualité de vie et réduire les inégalités. Ces auteurs rajoutent que l'ergothérapeute a une place complémentaire avec les autres professionnels du sport pour favoriser l'accès au sport et augmenter la participation sportive. Les professionnels du sport

manquent de cours pratiques et de connaissances concernant le handicap et ses complexités (Bullen & Clarke, 2021). Les kinésithérapeutes manquent de connaissances sur les aspects de la santé mentale, que les ergothérapeutes ont (Bullen & Clarke, 2021). Par ses compétences professionnelles qui lui sont propres, l'ergothérapeute va compléter ces éléments manquants tout en se distinguant des autres professionnels du sport (Bullen & Clarke, 2021). Bullen et Clarke (2021) identifient des rôles que l'ergothérapeute peut jouer dans le sport : adaptation et graduation des activités à leur client, sensibilisation du handicap et formation des autres professionnels, adaptation de l'environnement.

En Amérique, Costalonga et al. (2020) insiste sur l'utilisation du sport à des fins thérapeutiques coïncidant avec l'ergothérapie qui utilise l'activité dans un but thérapeutique. En effet, au vu des bénéfices du sport, les ergothérapeutes peuvent s'en servir pour promouvoir le bien-être, la santé mentale et physique de ses patients.

En Belgique, une ergothérapeute s'intéresse à la question du handisport et de l'ergothérapie. Nous avons eu l'occasion d'échanger lors d'une conférence en France : elle voudrait mettre en place dans les prochaines années, une formation sur le handisport à destination des ergothérapeutes. Cela prouve le développement de la pratique de l'ergothérapeute dans le champ du sport et du handicap.

En Suisse, Bertrand (2020) énonce à travers sa revue de littérature les rôles que l'ergothérapeute peut jouer dans cette activité. L'ergothérapeute peut promouvoir l'activité physique et sportive ainsi qu'aider à leur intégration dans le quotidien des personnes en instaurant des routines sportives (Hardman & Stensel, 2009 cité par Bertrand, 2020 ; Hunter et al., 2017 cité par Bertrand, 2020). Il indique aussi d'autres rôles que l'ergothérapeute peut jouer dans ce champ : après avoir identifié le sens donné à l'activité physique et sportive ainsi que les facteurs pouvant restreindre ou favoriser la participation à ces activités, l'ergothérapeute va identifier et proposer les activités physiques et sportives qu'il jugera adaptées pour atteindre l'objectif fixé (Bertrand, 2020).

### ***Qu'en est-il en France ?***

Les écrits ressortant des recherches concernaient de façon majoritaire l'activité physique et pas seulement le sport. Peu de données probantes sur l'activité sportive et l'ergothérapie ont été trouvées. Pourtant, rappelons que selon l'ANFE (s.d.), l'ergothérapeute apporte un soutien pour aller vers le réinvestissement des activités antérieures. Ce propos est repris par Turpin (2018) : l'ergothérapeute « a pour ambition permettre à la personne à travers une rééducation mais surtout une réadaptation, de retrouver ses activités antérieures ». A ce titre, la reprise d'activité sportive après

une LM devrait être prise en compte par l'ergothérapeute. Pailler et al. (2010, p.173) ajoutent qu'il est utile pour un sportif comme pour un club d'être en contact avec le service d'ergothérapie du centre de rééducation » et que les ergothérapeutes peuvent réaliser des « petites adaptations » sur les équipements sportifs.

De plus, en France, depuis le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, les ergothérapeutes font partie des professionnels pouvant dispenser de l'activité physique adaptée pour les personnes ayant une affection de longue durée (Légifrance, 2016).

Afin de continuer à nous renseigner sur les rôles que l'ergothérapeute pourrait investir vis-à-vis de cette activité, nous nous sommes aussi appuyés sur le référentiel de compétences et d'activités de ce métier (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et ministère de la santé et des sports, 2010, pp. 170-186) (voir annexe F). Ils ont été fixés par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute :

**Compétence 1 et 2** : « évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique », « concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement ». L'ergothérapeute est formé à « concevoir des mises en situation écologiques permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie ». Selon, **l'activité 2**, il réalise des mises en situation en utilisant l'activité comme moyen pour le « développement des capacités » ou comme un but de « transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien ».

Ainsi, en s'intéressant à la vie quotidienne et au contexte de vie d'une personne, l'ergothérapeute a une vision holistique : il considère l'individu dans sa globalité en prenant en compte son environnement social et physique ainsi que ses habitudes de vie. Comme les mises en situation en milieu écologique, il pourrait tester le matériel sportif avec la personne directement sur les lieux de pratique (en lien avec l'EAPA).

En adéquation avec la **compétence 4** soit « concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques », l'ergothérapeute est compétent pour « préconiser des adaptations, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques, et aménager l'environnement en conséquence pour un retour à l'activité, ... aux loisirs et dans la chaîne du déplacement ». En lien avec **l'activité 4**, l'ergothérapeute fait des « propositions d'adaptation de l'environnement pour le maintien ou le retour à l'activité (travail, loisir, sport...). La **compétence 2** souligne que l'ergothérapeute est formé

pour « préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un ... aux loisirs ».

Ainsi, l'ergothérapeute pourrait comme l'indique Cristea et Boulanger (2022) et Bullen et Clarke (2021), participer à l'adaptation de l'environnement pour permettre un retour à l'activité sportive. Ainsi, il pourrait être en mesure de participer à l'adaptation du matériel sportif, ce qui est d'ailleurs dit par Paillet et al. (2010, p.173).

**Compétence 3** : « mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie ». Selon cette compétence, l'ergothérapeute est compétent pour « installer la personne de façon appropriée et ergonomique » et **l'activité 3** précise que la préconisation d'aides techniques est aussi une des missions de l'ergothérapeute. Cela passe par la construction du « cahier des charges à partir du besoin et de la demande de la personne concernée » ainsi que par la réalisation de « réglages et personnalisation des matériels ». L'installation et la prévention des risques associés à la pratique sportive sont importantes à prendre en compte pour réduire ces risques et les complications (Pailler et al., 2010).

Ainsi, l'ergothérapeute pourrait intervenir dans cette installation ou positionnement relatif à la pratique sportive ou encore orienter vers le choix du matériel approprié par exemple.

**Compétence 5** : l'ergothérapeute est qualifié pour « élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique ». Rappelons que la promotion de l'activité physique est une préoccupation en santé publique (OMS, 2022) et que selon Stephens et al. (2012) le manque d'information est une des raisons de la non-pratique sportive après une lésion médullaire.

Avec cette compétence, l'ergothérapeute pourrait communiquer des informations et conseils à la personne sur les possibilités sportives existantes en fonction de ses besoins pour favoriser la reprise de cette activité. De plus, cela coïncide avec les rôles identifiés par certains auteurs (Bullen & Clarke, 2021 ; Cristea & Boulanger, 2022).

**Compétence 9** : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ». L'ergothérapeute pourrait coopérer avec les autres professionnels du sport comme l'EAPA pour agir en complémentarité en apportant ses compétences.

Que ce soit en France ou au niveau international, les auteurs sont d'accord sur le manque d'écrit concernant l'ergothérapeute et le sport et la nécessité d'effectuer des recherches supplémentaires pour enrichir les connaissances et développer la pratique ergothérapique dans ce



domaine (Bertrand, 2020 ; Bullen & Clarke., 2021 ; Costalonga, 2020). Bertrand (2020) rajoute que pour justifier sa pratique dans les activités physiques et sportives ainsi que pour prouver sa complémentarité avec les autres acteurs, l'ergothérapeute peut utiliser les sciences de l'occupation.

Il est important de se baser sur des concepts de l'ergothérapie et de faire références aux modèles conceptuels spécifiques à ce métier pour légitimer notre pratique dans ce champ (Bertrand, 2020 ; Bullen & Clarke).

#### **2.3.4. Le Modèle de l'Occupation Humaine.**

Le MOH est un modèle conceptuel. Selon Morel-Bracq (2017), un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée ». Le MOH a été développé par Gary Kielhofner en 1980 (Mignet et al., cités par Morel-Bracq, 2017, p.72). Ce dernier part du postulat que « l'être humain est un être occupationnel » (Morel-Bracq cité par Caire, 2008) et que « c'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont » (Mignet et al., cités par Morel-Bracq, 2017, p.73). Kielhofner définit l'occupation humaine comme « une large gamme d'activités productives, de loisirs et de vie quotidienne » (Mignet et al., cités par Morel-Bracq, 2017, p.74). Les éléments vus plus hauts nous laissent penser qu'après une lésion médullaire tous ces domaines sont impactés. Les activités de loisirs englobent les activités pour lesquelles la personne ressent du plaisir (Mignet et al., cité par Morel-Bracq, 2017, p.74). Nous nous intéresserons particulièrement à ces activités de loisirs après une lésion médullaire à travers l'activité sportive.

Ce modèle paraît approprié à cette recherche puisqu'il analyse la personne et ses occupations humaines. En effet, le MOH est un modèle conceptuel spécifique aux ergothérapeutes qui permet de « structurer le recueil de données concernant la personne, de comprendre ses forces et difficultés quant à son engagement et à sa participation dans ses activités quotidiennes » (Mignet et al., cités par Morel-Bracq, 2017, p.73). Pour cela, il « se base sur les activités humaines signifiantes et significatives » (Kielhofner et al., 1995 cités par Pouplin, 2011, p.38).

Le MOH met en évidence trois composantes de l'occupation humaine : l'être, l'agir et le devenir. Ces trois dimensions permettent d'avoir une vision holistique, globale de la personne.

L'**Être** se rapporte aux composantes de la personne. Kielhofner identifie trois sous composantes de l'être (Mignet et al., cités par Morel-Bracq, 2017, pp.74-75) :

- La **volition** correspond à « la motivation d'une personne à agir sur l'environnement » en fonction de ses valeurs, ses centres d'intérêt et des croyances qu'elle a envers ses capacités (ou causalité personnelle). La personne lésée médullaire doit réapprendre son corps tout en faisant le deuil de ses anciennes capacités impactant entre autres ses liens sociaux et son engagement dans les

activités du quotidien (Barbin, 2006). Ainsi, la volition peut être fortement impactée par l'apparition de la lésion médullaire.

- **L'habituat**ion est « l'organisation et l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familier ». Ce concept englobe les habitudes et les rôles sociaux de la personne. Après une lésion médullaire, les habitudes de vie de la personne sont bouleversées, ce qui est énoncé dans l'entretien exploratoire (voir annexe B). La capacité de la personne à remplir ses rôles peuvent être également impactés.
- La **capacité de performance** est « l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes (physiques et mentales) et à l'expérience subjective du corps ». La personne lésée médullaire subit une diminution de ses habiletés principalement motrices ce qui peut aussi impacter la façon dont elle les perçoit. De ce fait, la personne peut se trouver moins performante dans ses activités et pouvant se traduire par une diminution de sa volition.

Ces composantes de l'être impactent la façon dont la personne va agir (**l'agir**). Mignet et al., (cités par Morel-Bracq, 2017, pp.75-76) décrivent trois aspects quand la personne va agir :

- La **participation occupationnelle** est « l'engagement effectif de la personne dans ses activités ». Comme vu précédemment, les conséquences de la LM impactent l'engagement (Barbin, 2006) ainsi que la participation dans les activités sportives (Tasiemski et al., 2000). Cela se répercute donc sur cet aspect.
- La **performance occupationnelle** correspond « à la réalisation de l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation ». C'est-à-dire à toutes les tâches pour réaliser l'activité.
- Les **habiletés** permettent d'accomplir les activités, d'agir. Après une LM, les habiletés impactées dépendront du niveau d'atteinte médullaire. Les habiletés motrices sont les principales altérées, se traduisant par des difficultés pour se mobiliser et maintenir une posture.

Dans cette recherche, nous allons particulièrement nous intéresser à cette dimension du MOH à travers la participation dans l'activité sportive signifiante.

L'être réalise toujours ses occupations dans un **environnement physique et social** donné avec lequel il est en interaction constante. Il « apporte des opportunités et des ressources mais aussi des exigences et des contraintes » impactant la réalisation de l'activité (Morel-Bracq cité par Caire, 2008).

**Le devenir** : c'est en agissant à travers ses occupations que la personne va acquérir de l'expérience pour se forger une identité et une compétence occupationnelle. Elles lui permettent de s'adapter à ses occupations futures (Mignet et al., cités par Morel-Bracq, 2017, pp.74-75).

Nous considérons l'**être** à travers la personne lésée médullaire. Les composantes intrinsèques de celle-ci (**l'être**) vont subir un changement brusque dès lors qu'une lésion apparaît. Ces changements vont impacter sa capacité à agir notamment dans ses activités significatives, entraînant une baisse de **participation occupationnelle**. Ainsi, dans ce cadre, en utilisant le MOH l'ergothérapeute pourrait prendre en compte toutes ces composantes afin d'identifier les freins et leviers à l'**engagement** et la **participation** dans l'activité sportive significative.

### 3. Problématisation, question de recherche et hypothèses

Au terme de cette phase exploratoire, globalement, peu d'écrits ont été trouvés concernant l'ergothérapie et l'activité sportive. A l'échelle internationale, les quelques écrits présents relatent le champ d'intervention possible de l'ergothérapeute dans ce domaine ainsi que les rôles que celui-ci pourrait investir. Mais est-ce la réalité de terrain sur le territoire Français ? Le rôle de l'ergothérapeute dans le sport à l'international est-il reproduit dans la pratique des ergothérapeutes en France ? L'ergothérapeute est-il en mesure d'investir ces rôles lorsqu'il accompagne une personne lésée médullaire dont l'activité sportive est significative ?

Au niveau Français, encore moins d'écrits ont été recensés. Cela prouve que le champ de l'activité sportive est peu investi par les ergothérapeutes à cette échelle : quelle en serait la cause ? comment les ergothérapeutes se positionnent vis-à-vis de cette activité ? quand prennent-ils en compte cette dimension sportive, comment le font-ils ?

Pourtant, les compétences professionnelles des ergothérapeutes inscrites dans le référentiel Français du métier peuvent aussi justifier que l'ergothérapeute détient certaines compétences professionnelles qui pourrait lui permettre de favoriser la participation à l'activité sportive : les ergothérapeutes utilisent-ils ces compétences professionnelles pour compléter celles des autres professionnels du sport ?

Rappelons que les ergothérapeutes sont des professionnels qui s'intéressent au lien entre l'activité humaine et la santé (ANFE, s. d.). Ils considèrent l'activité humaine comme essentielle pour un individu (Morel-Bracq cité par Caire, 2008). Comme toute activité, l'activité sportive peut être porteuse de sens pour la personne (activité significative), s'inscrire dans ses habitudes de vie et lui permettre de remplir ses rôles (Costalonga et al., 2020). De plus, la pratique d'une activité sportive détient de nombreux bénéfices qui se répercutent sur le quotidien de la personne. Parmi les handicaps moteurs, la lésion médullaire diminue l'engagement dans les activités de la vie quotidienne dont la participation à des activités sportives (Barbin, 2006 ; Tasiemski et al., 2006). De ce fait, la participation occupationnelle de la personne est diminuée tout comme sa capacité d'agir.

Ainsi, la phase exploratoire nous amène à nous questionner sur la pratique de l'ergothérapeute en France : nous cherchons à comprendre comment concrètement les ergothérapeutes prennent en compte l'activité sportive lorsqu'ils accompagnent une personne lésée médullaire sportive ainsi que la façon dont ils favorisent ce retour à l'activité à la sortie du centre de rééducation pour influencer positivement la participation occupationnelle. Puis par la suite, si besoin en dégager les freins restreignant la pratique de l'ergothérapeute dans cette activité.

La question de recherche qui découle de cette phase exploratoire est la suivante :

**Comment l'ergothérapeute intègre le sport dans sa pratique pour favoriser le retour à l'activité sportive signifiante après une lésion médullaire, à l'âge adulte en phase de rééducation et de réadaptation ?**

Nous pouvons émettre les hypothèses suivantes :

- **H1** : Par l'utilisation de modèles conceptuels ergothérapiques (notamment le MOH) et leurs compétences, les ergothérapeutes jouent un rôle complémentaire aux autres professionnels dans la reprise d'activité sportive signifiante en apportant leur vision holistique et via l'adaptation de l'environnement comme le matériel sportif.
- **H2**. L'activité sportive n'apparaît pas dans la priorité d'intervention des ergothérapeutes pour les personnes lésées médullaires car d'autres professionnels s'en préoccupent et qu'ils ne se sentent pas assez formés.

Ces hypothèses sont associées à des critères de validation (annexe G) déterminant si elles sont validées ou pas. Pour tenter de vérifier ses hypothèses et répondre à cette problématique, une enquête de terrain est réalisée. Nous allons détailler celle-ci dans la partie suivante.

## **Partie pratique : phase expérimentale**

### **4. Matériels et méthodes**

#### **4.1. Recueil des données**

##### **4.1.1. Choix de la méthode de recherche : méthode qualitative.**

Aux vues de cette problématique, des données non mesurables sont recherchées pour tenter de valider ou invalider les hypothèses. Puisque l'objectif est de comprendre la pratique actuelle d'ergothérapeutes dans l'activité sportive signifiante pour les personnes lésées médullaire, une méthode qualitative semble être la plus adaptée : l'entretien de recherche. En effet, selon Tétrault

et Guillez (2014, p.216) ce dernier « consiste à approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne » ce qui correspond avec l'objectif de l'étude. En somme, cette méthode de recherche permet de recueillir l'expérience des personnes interrogées pour « reconstruire la réalité et de découvrir le sens de ce que la personne dit et vit » (Tétrault & Guillez, 2014, p.216). De ce fait, des thèmes ou catégories non pensés dans la recherche peuvent émerger.

Ces entretiens sont réalisés en individuels et non en groupe pour recueillir l'expérience de chaque ergothérapeute de manière isolée et ne pas biaiser leurs réponses. Ils sont également semi-directifs ou semi-structurés afin de laisser une certaine liberté à la personne interrogée tout en la guidant vers des thématiques pensées à l'avance (Tétrault & Guillez, 2014, p.223). Nos questions pourront être posés dans des ordres différents afin de fluidifier l'entretien. Ainsi, la conduite d'un entretien nécessite d'investir une posture professionnelle particulière dans laquelle le chercheur se met en condition d'écoute active et d'échange tout en étant garant du cadre de l'entretien. En effet, il « joue un rôle d'un facilitateur pour encourager la personne à verbaliser, à s'exprimer » (Larivière & Corbière, 2014, p.11). Pour faciliter l'échange et le recueil d'information, il est essentiel d'établir une relation de confiance entre le chercheur et la personne interrogée (Imbert, 2010).

#### **4.1.2. Population cible.**

Les participants sont recrutés sur la base de critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion sont les suivants : être diplômé d'état en ergothérapie, travailler (ou avoir travaillé dans l'année qui précède) avec des personnes lésées médullaires dans un centre type soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en service de médecine physique et de réadaptation adultes. En effet, nous questionnons la pratique professionnelle actuelle des ergothérapeutes, justifiant ce choix de population et l'importance que ces professionnels exercent ou ont exercé depuis peu avec ce public. Nous incluons également tous les ergothérapeutes et pas seulement ceux qui utilisent l'activité sportive dans leur intervention car le but est de construire un état des lieux et connaître notamment comment ceux-ci collaborent avec les autres professionnels qui prennent en compte cette activité.

Ainsi, les étudiants, les autres professionnels ou les ergothérapeutes n'exerçant pas en France sont exclus. Puisque nous nous basons sur le référentiel de compétences français et comparons avec les écrits internationaux, il paraît important que les ergothérapeutes exercent en France.

#### **4.1.3. Sites d'explorations des participants.**

Pour rechercher les participants, des structures type SSR / services MPR où des personnes lésées médullaires sont prises en charge ont été recherchées et référencées dans un tableau. Ensuite, celles-ci sont contactées par téléphone pour avoir un premier contact avec les ergothérapeutes et recueillir leur adresse électronique.

#### **4.1.4. Considérations éthiques et Loi Jardé.**

Cette étude est effectuée après avoir reçu un avis favorable au comité d'éthique interne de l'école d'Ergothérapie de Grenoble. Dans le respect de la loi Jardé et du règlement général de la protection des données, les personnes interrogées sont informées en amont du respect de leur anonymat, de la confidentialité des données ainsi que de leur droit de refus et de retrait à tout moment. Les entretiens sont enregistrés seulement après leur accord. La bonne compréhension de ces informations est vérifiée avant le début de l'entretien. Aussi, un consentement écrit (annexe A) leur est remis. Tous les entretiens sont réalisés après approbation de ces éléments et signature du consentement par les participants.

De plus, cette recherche questionne la pratique de l'ergothérapeute ce qui peut induire un sentiment de jugement et remise en cause de la pratique des participants. Il faudra instaurer un climat de confiance en insistant sur le respect du non-jugement de leurs réponses.

#### **4.1.5. Anticipation des biais et stratégies.**

Le recueil de données peut exposer à plusieurs biais pouvant influencer les données donc les résultats. Afin d'identifier les principaux pouvant impacter les données de cette recherche, nous nous sommes basés sur le recensement des principaux biais à connaître établi par le centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogique (CEDIP, 2014).

- **Biais de désirabilité sociale** : la personne répond ce qu'elle pense être correct ou valorisant et non ce qu'elle fait réellement. Nous devons garantir l'anonymat et favoriser un climat de confiance dès le début de l'entretien. Nous rappellerons bien le but de celui-ci, l'importance de répondre le plus spontanément possible et le non-jugement de leurs réponses.
- **Biais de confirmation d'hypothèses** : nous avons tendance à favoriser les informations qui vont dans le sens de nos hypothèses et à sous-estimer les autres. Nous devons donc porter attention à prendre en compte toutes les informations recueillies à leur juste valeur et veiller à être neutre pour ne pas influencer les réponses de la personne interrogée et fausser les données.

- **Biais méthodologique** : la formulation et l'ordre des questions posées exercent une influence sur les réponses de la personne interrogée. Les questions devront être facilement compréhensibles, classées des plus globales aux spécifiques et le moins possible orientées. Elles devront être testées en amont avec l'échantillonnage mais aussi être posées si possible dans un ordre différent au cours des entretiens.
- **Biais affectif** : l'état dans lequel nous nous trouvons lors du recueil d'information peut influencer sa qualité. Nous devons en prendre conscience avant chaque entretien ainsi que de veiller à avoir une posture neutre.

Aussi, au vu de mes précédentes études dans le sport et de mon statut actuel (étudiante en ergothérapie), cela peut constituer un biais. Il faudra être vigilant et conscient de ces aspects pour être le plus neutre possible (notion d'objectivité).

Globalement, pour limiter ces biais nous devons être capables de les reconnaître ainsi que d'en être conscients (CEDIP, 2014). C'est pourquoi, il est essentiel de réfléchir en amont à ceux-ci.

#### 4.1.6. L'outil de recueil de données : le guide d'entretien.

Le recueil des données qualitatives pertinentes pour cette recherche est effectué à travers un guide d'entretien (annexe I). Il est composé d'« une série de questions guides relativement ouvertes » (Sifer-rivière, 2016, cité par Kivits et al., p. 94). Ce guide permet d'avoir une même trame afin de garantir une certaine constance dans le recueil des données. Il contient quatre grandes parties (Tétrault & Guillez, 2014, pp.224-231) :

- La **consigne inaugurale** qui introduit, pose le cadre et explicite brièvement le déroulé de l'entretien (Sifer-rivière, 2016, cité par Kivits et al., p. 95).
- Des précisions sur les **aspects éthiques** liés à la participation à la recherche reprenant le formulaire de consentement (Tétrault & Guillez, 2014, p. 226).
- Les **questions** qui découlent de cinq grands thèmes de la recherche :
  - **Les informations générales de l'ergothérapeute interrogé** (question 1) : connaître son lieu de pratique, ses expériences ainsi qu'identifier la date et le lieu d'obtention de son diplôme.
  - **L'accompagnement ergothérapeutique après une lésion médullaire** (question 2) : amorcer le sujet et identifier si les activités signifiantes sont évoquées par les ergothérapeutes.
  - **Les activités signifiantes en ergothérapie** (question 3) : comprendre comment les ergothérapeutes abordent les activités signifiantes avec leurs patients et si ils utilisent des modèles conceptuels.

- **L'activité sportive dans les services SSR pour les personnes lésées médullaires** (questions 4 et 5) : comprendre la place de l'activité sportive dans la structure, les professionnels mobilisés et si l'ergothérapeute est inclus dans cette activité.
- **La pratique de l'ergothérapeute dans la reprise d'activité sportive signifiante** (questions 6 à 11) : identifier l'impact de la lésion médullaire sur l'activité sportive de loisir et connaître les plus-values de l'intervention de l'ergothérapeute dans l'activité sportive. Aussi, au niveau de la pratique de l'ergothérapeute le but est de constater la manière dont les ergothérapeutes se positionnent actuellement dans la reprise d'activité sportive signifiante après une lésion médullaire ainsi que connaître les compétences propres au diplôme d'ergothérapie qu'ils mettent en œuvre.

Ces questions sont ouvertes pour favoriser l'expression de la personne interrogée. Au total, onze questions générales sont référencées. Ces questions sont associées à des questions de relance pour « faciliter l'approfondissement de la réflexion du participant » (Tétrault & Guillez, 2014, p.227).

- La **conclusion de l'entretien** où est ajoutée une question libre afin de laisser la personne amener des apports complémentaires si elle le juge nécessaire (Tétrault & Guillez, 2014, p.231). Cette conclusion contient aussi les remerciements.

Afin d'augmenter la fiabilité et la validité de cet outil, un entretien d'entraînement auprès d'une personne répondant aux critères d'inclusion a été réalisé. Cet entretien a permis de vérifier si nos questions sont compréhensibles et de s'assurer que l'outil mesure bien ce que l'on cherche à mesurer (validité). Cela garantit aussi une certaine standardisation (fiabilité) et permet d'effectuer les ajustements nécessaires avant de réaliser les entretiens avec l'échantillon. En effet, grâce aux conseils de la personne interrogée et à nos impressions, nous avons réajusté la grille d'entretien. Certaines questions ont été reformulées ou remplacées par des questions ouvertes. Ainsi, tester cet outil en amont participe à diminuer les biais méthodologiques.

#### **4.1.7. Déroulement de l'enquête.**

Premièrement, le processus de recrutement des participants débute par une prise de contacts par téléphone avec les ergothérapeutes. Ensuite, un courriel est envoyé à tous les ergothérapeutes ayant fourni leur adresse électronique lors de l'appel, expliquant le sujet de la recherche, son objet et les critères d'inclusion. Ceux ayant accepté de participer ont reçu le formulaire de consentement (annexe A). Puis, une date d'entretien individuel a été fixée avec chacun d'entre eux. Toutes ces informations ont été recensées dans un tableau afin de tracer l'avancée du recrutement des participants et de connaître les tâches restantes.



Ensuite, les entretiens individuels ont été menés avec sept ergothérapeutes. Ces entretiens ont été effectués à distance en raison des contraintes géographiques par des logiciels de visioconférence (Microsoft Teams ou Zoom) pour permettre un contact visuel avec les participants. Seul un entretien est fait par téléphone. Bien que la durée initialement prévue pour chaque entretien était 30 à 45 minutes, en réalité, ils ont duré entre 30 et 56 minutes, selon les participants. Tous les participants ont accepté que l'entretien soit enregistré, ce qui s'est fait via une application dictaphone.

#### **4.2. Méthodes de traitements et d'analyse des données qualitatives**

L'étape préliminaire à l'analyse des données consiste à retranscrire les entretiens à l'écrit. À partir des enregistrements audio tous les entretiens sont retranscrits intégralement (annexes J à P). La retranscription permet de transposer « le contenu verbal à un support écrit » (Sifer-rivière, 2016, cité par Kivits et al., p. 96) pour avoir de manière manuscrite des verbatims reprenant les propos exacts des personnes interrogées. En ce sens, elle empêche « d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse » (Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 199). Pour garantir l'anonymat, ces personnes sont nommées : E1 pour ergothérapeute 1 et E2, E3, E4, E5, E6, E7 tout au long de cette recherche.

Ensuite, rappelons que cette recherche consiste à recueillir les expériences de différents ergothérapeutes dans différents lieux de pratique afin de confronter les pratiques actuelles vis-à-vis de l'activité sportive. Il paraît donc pertinent d'utiliser deux méthodes d'analyse des données qualitatives : l'analyse lexicale et l'analyse de contenu thématique (Lannoy, 2012). Cette dernière permet de classer les discours des ergothérapeutes et faire ressortir les convergences et les divergences entre les entretiens. Elle vise « au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.236). Cette analyse est faite à l'aide d'une grille d'analyse ( voir annexe Q). Ensuite, le codage est débuté. Ce processus consiste à « associer un sens aux mots de la personne interrogée » (Tétreault & Guillez, 2014, p.234). Pour cela, une première relecture attentive des retranscriptions d'entretiens est réalisée sur version papier afin de repérer des premiers éléments clefs. Puis, ces retranscriptions sont reprises de façon numériques pour classer des fragments de verbatims dans la grille d'analyse. Les thématiques/catégories sont déjà existantes dans la grille (celles renseignées en amont du codage) ou de nouvelles apparaissent tout au long du codage des entretiens. En ce sens, nous adoptons un modèle mixte de codage puisque des catégories sont prédéterminées « mais avec la possibilité d'en rajouter » (Tétreault & Guillez, 2014, p.233). En d'autres termes, une approche à la fois déductive (catégories d'analyse établies avant le codage en lien avec le cadre théorique) est utilisée mais aussi inductive. Cette dernière approche

permet d'analyser les données issues de recherches de type exploratoires où « le chercheur n'a pas accès à des catégories déjà existantes dans la littérature » (Blais & Martineau, 2006, p.4 ; Lannoy, 2012). Ensuite, une fois les données classées, elles sont analysées non seulement en examinant chaque entretien individuellement mais aussi en confrontant le discours des personnes interrogées (Campenhoudt & Quivy, 2011, pp. 200-201). En d'autres termes, une analyse verticale et une analyse transversale sont réalisées.

## 5. Présentation des résultats

L'analyse verticale de chaque entretien est réalisée en amont, un exemple pour l'E7 est présent en annexe R. Nous présenterons ici les résultats émanant de l'analyse de contenu thématique en faisant l'analyse transversale : par thèmes, confrontation des propos des ergothérapeutes. Ensuite, nous verrons les résultats relatifs à l'analyse lexicale.

### 5.1. Résultats de l'analyse du contenu thématique

#### 5.1.1. Thème : présentation des ergothérapeutes interrogés.

Figure 1. Présentation des participants

<p><b>E1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplômé en France depuis 2013</li> <li>- 8/9 ans d'expériences avec les personnes lésées médullaires</li> <li>- Exerce dans un centre de rééducation</li> </ul>	<p><b>E2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplômé en France depuis 2011</li> <li>- 11 ans d'expériences avec les personnes lésées médullaires</li> <li>- Exerçait dans un service MPR il y a moins d'un an</li> <li>- Était (8 ans) bénévole dans une association sportive handisport</li> </ul>	<p><b>E3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplômé en France depuis 2012</li> <li>- 8 ans d'expériences avec les personnes lésées médullaires</li> <li>- Exerce dans un centre de rééducation</li> <li>- Est sportif</li> </ul>
<p><b>E4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplômé en Belgique depuis 2018</li> <li>- 3 ans et demi d'expériences avec les personnes lésées médullaires</li> <li>- Exerce dans un service MPR</li> <li>- Classificatrice handisport</li> </ul>	<p><b>E5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplômé en France depuis 2006</li> <li>- 15 ans d'expériences avec les personnes lésées médullaires</li> <li>- Exerce dans un centre de rééducation</li> <li>- Référente hippothérapie</li> </ul>	<p><b>E6</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplômé en France depuis 2019</li> <li>- 4 ans d'expériences avec les personnes lésées médullaires</li> <li>- Exerce dans un centre de rééducation</li> </ul>
<p><b>E7</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplômé en France depuis 2015</li> <li>- 7 ans d'expériences avec les personnes lésées médullaires</li> <li>- Exerce dans un centre de rééducation</li> <li>- Est sportif</li> </ul>		

Seulement un ergothérapeute interrogé est diplômé avant 2010. Un ergothérapeute sur les sept n'a pas été diplômée en France. Les ergothérapeutes ont entre 3 ans et demi et 15 ans d'expérience auprès de personnes lésées médullaires. Cinq ergothérapeutes sur sept exercent dans

un centre de rééducation. Les deux autres (E2 et E4) travaillaient dans le même service MPR mais un a arrêté il y a trois mois (E4). Parmi les ergothérapeutes interrogés, 5 (E2, E3, E4, E5, E7) ont un lien avec le domaine sportif, pour les autres, l'entretien n'a pas permis de recueillir cet élément.

### 5.1.2. Thème : les activités significantes de loisirs après une lésion médullaire.

#### Conséquences de la lésion médullaire sur les activités significantes de loisirs :

**Tableau 1 :** Réponses des participants sur l'impact de la lésion médullaire sur les activités de loisirs.

E1	« très personne dépendante » « l'image de soi » « regard des autres » « difficultés que conservent la personne » « l'envie change » « quelqu'un qui adorait le basket par exemple ba c'est peut-être pas forcément vers le basket fauteuil qui l'aura envie de se retourner »
E2	« ça dépend du niveau lésionnel » « séquelles motrices » « les patients tétraplégiques, tenir une raquette de ping-pong » « freins premiers c'est déjà se rendre sur l'activité sportive » « un patient ne peut pas récupérer ses loisirs, il peut être en total déséquilibre de vie, déséquilibre occupationnel et qui impacte forcément sa qualité de vie »
E3	« ça dépend vraiment de ce qui pratiquait » « se retrouve un peu emprisonné dans son corps »
E4	« désinvestis » « démotivés » « plus passifs » « en termes de motivation...c'est difficile » « conséquences de la lésion médullaire » « dépendances »
E5	« impact de la qualité de vie qui est largement détérioré au moment de la lésion médullaire, les loisirs en font partie » le principal impact, c'est l'impact fonctionnel...modification des des capacités motrices »
E6	« suivant le niveau de lésion » « toutes les fonctions desservies par la moëlle épinière ont mine de rien un rôle à jouer dans une activité sportive donc forcément la lésion médullaire impacte l'activité sportive »
E7	« acceptation de la lésion médullaire » « niveau psychologique » « pas les mêmes capacités motrices ».

6 ergothérapeutes (sauf E2) disent que la lésion médullaire impacte la participation dans les activités de loisirs de par ses conséquences psychologiques et émotionnelles. Mais, les avis divergent sur ce sujet. Selon l'E1, c'est « le regard des autres » et « l'image de soi » alors que l'E4 exprime qu'ils sont « démotivés à faire les activités » et l'E7 que c'est « l'acceptation de la lésion médullaire ». L'E5 et l'E2 insistent sur la notion de qualité de vie « un patient ne peut pas récupérer ses loisirs, il peut être en total déséquilibre de vie, déséquilibre occupationnel et qui impacte forcément sa qualité de vie » (E2). L'E1, l'E2, l'E5, E6 et l'E7 sont d'accord que « l'impact fonctionnel ... modification des capacités motrices » (E5) sont des raisons de la baisse de la participation dans l'activité sportive, parce qu'« ils ont pas les mêmes capacités motrices donc plus capables de faire » (E7).

### 5.1.3. Thème : l'activité sportive pour les personnes lésées médullaire.

L'activité sportive est présente dans tous les lieux d'exercice des ergothérapeutes interrogés avec un service d'EAPA. Les sept ergothérapeutes déclarent que « c'est principalement les APA » (E1), « on a les APA ici » (E3), « on a un gymnase avec des enseignants en APA » (E4), « on a la chance d'avoir un service de de APA » (E5), « on a des ... profs APA » (E6), « les APA ... eux déjà qui les sensibilisent

beaucoup » (E7). En plus, dans la structure de E1, E2, E3, E6, E7, des intervenants extérieurs comme clubs ou associations sportives interviennent.

Les principaux professionnels qui interviennent autour de cette activité sont les mêmes dans toutes les structures : « essentiellement kiné, ergo, APA » (E7). 3 ergothérapeutes énoncent « les orthoprothésistes des fois sur certaines aides techniques très particulières ... dont on n'a pas les compétences techniques » (E5), « peut-être les orthoprothésistes » (E6) et l'E7 s'est « rapproché d'un orthoprothésiste pour fabriquer ». L'E7 fait aussi appel aux « équipes d'ingés » et l'E5 ont « un service d'ingénieurs » pour les impressions 3D. L'E1 dit que c'est « le médecin qui décide ça » et l'E4 que le médecin « fait une prescription ».

#### **5.1.4. Thème : l'ergothérapeute dans la reprise d'activité sportive signifiante.**

**Identification des activités signifiantes dont l'activité sportive de loisirs et utilisation de modèles conceptuels :** Les ergothérapeutes interrogés réalisent un « premier entretien » (E1) ; « bilan d'entrée » (E2) ; « entretien initial » (E3) ; « bilan initial » (E4) ; « diagnostic ergo » (E5) ; « entretien initial » (E6) ; « entretien » (E7) dans lequel est abordé les habitudes de vie antérieures à la lésion dont les loisirs.

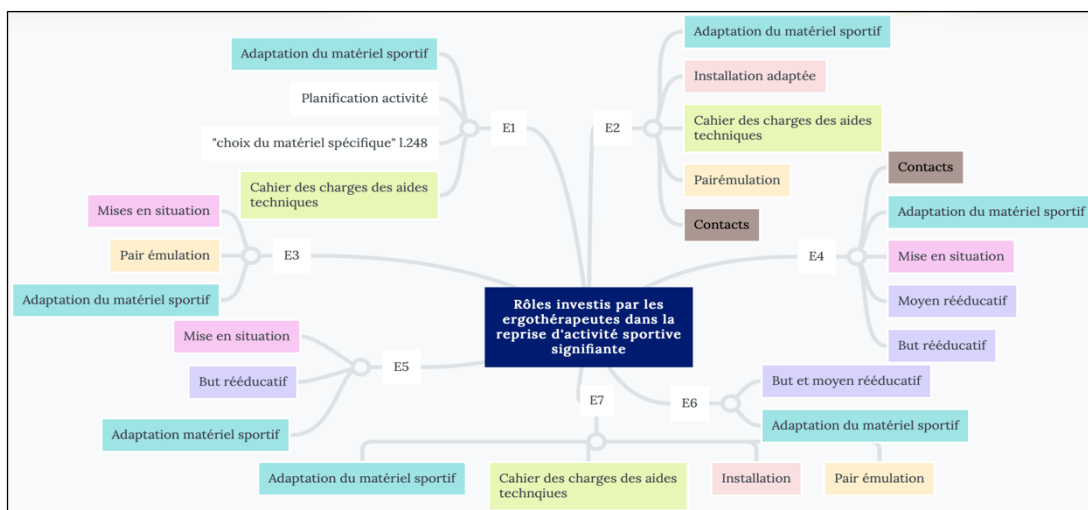
- L'E1 dit que c'est aussi « tout au long de la rééducation et de la réadaptation [que] le lien de confiance se crée ... la personne va un peu plus s'ouvrir et penser [à ce] qui l'intéresse » et qu'il lui arrive de faire un « entretien type MCRO ».
- L'E2 l'évoque aussi « au cours de la prise en charge ... en fonction de la dimension psychologique » puis « selon où ils en étaient dans leurs étapes de deuil et de résilience [elle fait] passer la MCRO au milieu de la prise en charge et d'autres plutôt vers la sortie ». L'E2 est « formée au MOH » et trouve qu'il ouvre « une autre dynamique ... avec cette notion d'identité ». De ce fait, elle l'utilise de plus en plus car « le MOH ... vu qu'on a une vision un peu plus holistique de la personne et de toutes les composantes de la personne, peut-être qu'on est un peu plus à même de comprendre et de tirer les bonnes ficelles notamment sur tout ce qui est aspect psychologique, motivationnel » mais aussi car il apporte « notion d'identité ».
- L'E3 est formée et « utilise la MCRO mais [la] trouve bien plus pertinente quand les gens sont rentrés chez eux ». Elle utilise aussi le « PPH » puisque c'est le « modèle de du bilan d'entrée ».
- L'E4 l'aborde aussi dans les « bilans intermédiaires » et « peut faire une MCRO » mais dit qu'« à proprement parler c'est difficile à faire » puisqu' « ils se rendent pas compte des possibilités ». Ils en parlent « quand on sent que c'est faisable ».

- L'E5 l'évoque de « façon informelle au cours des séances ». Elle « n'utilise pas de modèles » mais dit que « la MCRO c'est ... ce que je fais de façon informelle ». Elle est formée au MOH mais elle ne l'utilise « pas beaucoup ».
- L'E6 les déterminent à l'aide de l'OT Hope pour « laisser le patient auto-déterminer ses objectifs ». Pour ce qui ne peuvent pas utiliser cet outil « ça va être de l'entretien, ça va être un échange avec l'entourage »
- L'E7 l'aborde aussi « en parlant avec elle, au cours de la prise en charge » et dit que « pas en systématique ... mais ça peut arriver d'utiliser la MCRO ».

**Rôles des ergothérapeutes dans la reprise d'activité sportive signifiante** : Tous les ergothérapeutes interrogés déclarent aborder l'activité sportive au cours de leur intervention ergothérapique et ont déjà accompagné un patient dans cette reprise d'activité. L'E2, l'E3 et l'E4 ont accompagné une personne dans la reprise du basket. L'E2 et l'E3 dans la reprise du ski. L'E1, l'E4, E5, E6, E7 ont participé à la reprise du vélo via le Handbike. L'E5 et l'E7 ont accompagné dans le tennis de table. Néanmoins, 3 ergothérapeutes (E1, E2, E5) évoquent que les activités antérieures à la lésion ne sont souvent pas les mêmes qu'après puisque « l'envie change » (E1) et que « les gens se dirigent souvent vers d'autres activités » (E5).

Concernant les rôles investis, une carte mentale a été construite à partir des verbatims des ergothérapeutes interrogés. Une version simplifiée est présentée ci-dessous.

**Figure 4.** Carte mentale simplifiée des missions investies par les ergothérapeutes dans la reprise d'activité sportive signifiante (réalisé sur <https://mindmester.com>)



**Adaptation du matériel sportif.** 7 ergothérapeutes font diverses adaptations permettant de réaliser l'activité sportive : L'E1 dit qu'il a pu « adapter la raquette pour qu'il puisse faire l'activité », l'E2 pour la « préhension de raquette », l'E3 pour « adapter des gants de boxe pour arriver à les mettre

tout seul », l'E4 « une préhension pour pouvoir tenir les accessoires de CrossFit », l'E5 dans la « sarbacane ... adaptation de casque », l'E6 par le test « en séance d'ergo avec un revendeur ... d'un vélo adapté » et l'E7 « s'il y'a besoin pour tenir ». L'E7 rajoute être amené à concevoir des adaptations pour « faire un transfert spécifique ... dans une coque particulière ».

**Établissement du cahier des charges.** L'E7 a mis en place un « cahier des charges pour ... permettre ... de tirer » et l'E2 a « réfléchi au fauteuil de basket ». L'E1 évoque que « pas forcément faire du vélo dans un premier temps mais en tout cas pouvoir accompagner les personnes qui faisaient du vélo donc bien évidemment quand on a pensé à l'achat de son fauteuil perso y'avait cette idée d'avoir une troisième roue ».

**Utilisation de la pair émulation.** 3 ergothérapeutes (E3, E2 et E7) citent la pair émulation. L'E2 estime que « pour le sport c'est, ... l'occupation où [elle a le] plus utilisée la pair émulation » puisqu'elle « permet le plus d'être résilient et de passer ses étapes de deuil ». L'E3 dit que « ça fait un peu pair émulation de groupe ... montrer que des activités sont encore possibles », l'E7 utilise le « retour d'expériences ce qu'on appelle la pair émulation » pour « montrer comment ils font au quotidien »

**Réalisation de mise en situation.** 3 ergothérapeutes abordent cet aspect. L'E4 « organise des essais » comme l'E5 à travers des « mise en situation pour tester du matériel, tester une installation, tester une technique ». L'E5 a fait pour un patient qui voulait reprendre le kayak, « des mises en situation » pour « valider ou de justement de venir modifier, de continuer faire de rendre perfectible, en fait l'adaptation ». L'E5 se rend aussi sur les lieux de pratiques pour « essayer de voir si il est accessible ou ce genre de chose ». L'E3 a fait « une fois avec des personnes lésées médullaires » une mise en situation extérieure.

**Intervention sur l'installation et le positionnement.** L'E2 a accompagné un patient en utilisant « les nappes de pression ... [pour] savoir quand il se penchait pour ramasser la balle ». Elle évoque l'importance de l'installation dans la prévention des escarres car « beaucoup de patients blessés médullaires jeunes ... qui ont fini leur rééducation initiale qui n'avaient pas d'escarres et qui ont des escarres à cause du sport » ce qui limite la pratique. L'E7 dit aussi que son rôle est « d'être vigilant à l'installation » et a fait « des installations ».

**Utilisation comme but et moyen rééducatif :** 3 ergothérapeutes ont accompagné des patients en utilisant l'activité sportive signifiante comme moyen rééducatif. L'E4 précise que cela permet pour

un même objectif d'utiliser un moyen plus ludique « on peut travailler l'endurance, on peut travailler des préhensions qui sont quand même relativement analytiques ... comme on travaille en Boccia à prendre une balle, la poser dans une gouttière ». L'E6 utilise aussi cette activité comme telle afin d'« utiliser des moyens qui étaient signifiants ». Pour accompagner son patient dans la reprise d'activité sportive, elle « lui avait fait mettre un maillot de basket » pour travailler les préhensions. L'E4 déclare utiliser cette activité comme but en rééducation « les objectifs finalement c'est sondages, gestion des selles, la douche du coup et tout ça, mais en fait ... s'est venu de pouvoir reprendre la natation ». L'E5 a également utilisé l'activité dans ce but « il va falloir d'abord que t'arrives à te pencher à ton fauteuil, sur ton fauteuil et donc c'est travailler les prérequis ».

**Contacts** : 2 ergothérapeutes (E2 et E4) accompagnent leur patient dans cette reprise en leur donnant des contacts « j'ai pas mal de contacts dans différents sports où je pouvais donner aux patients » (E2), « leur donner tous les contacts » (E4).

L'E1 a aussi accompagné un patient à la reprise sportive via la : « planification de la semaine pour savoir quand est-ce que c'était le plus propice de mettre les séances de musculation », recherchant les « moyens de transport qu'il allait utiliser pour y aller ».

En plus des rôles qu'ils investissent dans l'activité sportive signifiante, les ergothérapeutes identifient d'autres missions qui pourrait être remplies par l'ergothérapeute.

**Tableau 2.** Missions identifiées par les ergothérapeutes dans la reprise d'activité signifiante.

Missions identifiées par les ergothérapeutes	
E1	« choisir le matériel... compatible avec la reprise du sport »/ « l'ergo qui est là pour conseiller et du coup pour orienter »
E2	« cibler l'activité qui fait sens pour le patient »/ « pouvoir le mettre en situation écologique » / « conseil ou fabrication sur mesure »
E3	« adapter pour rendre ça possible » / « leur permettre de tester, se mettre en situation » / « informer »
E4	« rôle d'information » / « penser tout autour de l'activité » « la vision globale de l'activité » « comment charger le matériel de sport »
E5	« rôle d'écoute » / « réorientation ou orientation vers les professionnels ... des associations » / «rôle d'adaptation avec les aides techniques » / « rôle de mises en situation » / Rééducation des prérequis à l'activité
E6	« mises en situation... style analyse d'activité » « essais de matériel » / « adaptation de l'environnement / « conseils »
E7	Pair émulation / « contacts avec des associations » / « évaluation euh des capacités de la personne... ses situations de handicap spécifiquement liées à son activité.

■ 4 ergothérapeutes disent que l'ergothérapeute a un « rôle d'adaptation avec les aides techniques » (E5), « conseil ou fabrication sur mesure (E2), « adapter pour rendre possible » (E3), « adaptation de l'environnement » (E6).

■ Ces mêmes ergothérapeutes (E2, E3, E5, E6) évoquent les mises en situation. L'E3 dit que l'ergothérapeute peut les utiliser pour « leur permettre de tester » (E3) ce que rejoint E5 « tester du matériel, tester une installation, tester une technique ». L'E6 dit que cela permet de « voir en situation purement écologique, ce qui pose problème ».

■ 6 ergothérapeutes (E1, E3, E4, E5, E6, E7) pensent que l'ergothérapeute peut transmettre des informations aux patients et les orienter : selon l'E1 il peut « conseiller ... orienter » ce qui est repris par l'E3 « savoir vers qui orienter » et l'E5 « rôle de réorientation ou d'orientation vers des professionnels ou ..., des associations ». L'E4 dit qu'il a un « rôle d'information » et l'E7 pour donner des « contact [d'] association ».

■ Selon l'E2, l'ergothérapeute cible « l'activité sportive qui fait sens ». Selon l'E4, il faut penser au « transfert voiture, ... à comment charger le matériel de sport dans la voiture aussi, quand on va penser à l'habillement, qu'on va travailler l'habillement au lit ». L'E6 pense qu'il a un rôle dans « analyse d'activité » et l'E7 dans l' « évaluation ... situations de handicap spécifiquement liées à son activité. ». Selon E5, l'ergothérapeute « un rôle de rééducation pour les prérequis » à l'activité sportive.

**Fréquence à laquelle les ergothérapeutes sont confrontés à accompagner dans la reprise d'activité sportive :** Cet élément est abordé par 4 ergothérapeutes. L'E1 dit qu' « en hospitalisation complète pas beaucoup ... en hôpital de jour je pense que les collègues ont quand même la demande ponctuellement ». Alors que l'E7 déclare que ça leur arrive « assez régulièrement » d'adapter le matériel sportif. Comme l'E4 qui en a accompagné « plusieurs fois ». L'E5 déclare aussi intervenir « de façon ponctuelle, pour l'adaptation ».

**Place de l'activité sportive signifiante dans le suivi ergothérapique :** Pour l'E1, l'activité sportive elle « l'a en tête parce que ça peut avoir des incidences », l'E2 « pense que c'est essentiel fin sous réserve que le patient adhère », l'E3 dit que « si c'est une activité importante pour le patient, bien sûr il faut en tenir compte », l'E4 que « c'est super important, déjà à prendre en compte d'office », l'E5 pense que « c'est important de toute manière, il faut l'intégrer c'est sûr comme toute occupation », l'E6 dit que « c'est hyper important » et l'E7 que c' « est important bien entendu mais ... loin d'être 100% ergo et qui nécessite ... un travail pluri ».

Par contre, L'E1 dit qu'il « y'a d'autres priorités » et que « y'a des professeurs d'APA qui font ça du coup très bien » et qu'« en rééducation moi ça me va bien aussi que eux puissent s'occuper de



cette partie-là pour pouvoir moi du coup me focaliser sur les autres aspects de la vie de la personne » mais que « notamment pour la réadaptation c'est indispensable ... quand on va choisir le fauteuil ». L'E2 dit que ça arrive « plutôt en fin de prise en charge », l'E3 annonce que les loisirs sont « rarement en première intention » comme l'E4 dit que « les loisirs ça va souvent passer au second plan, en fin de prise en charge ».

**Bénéfices d'intégrer l'activité sportive signifiante à l'accompagnement ergothérapeutique :** L'E1 dit que ça permettait à la personne « d'avoir un objectif et ... ancrer ça dans ses habitudes vie », L'E2 a remarqué un impact "sur leur qualité de vie », l'E3 pense que ça permet « d'en parler et qui sachent ce qui existe et qui sachent que c'est faisable ». Pour l'E4 cela permet d'« utiliser médiateurs de rééducation vraiment signifiants » et que « ça peut être une très bonne manière de remettre le patient acteur de son programme de rééducation et ... de son remaniement identitaire ». L'E5 dit que « ça favorise le processus de ... réadaptation », permet à la personne de « retrouver ses rôles » avec la « sphère physique...psychologique...sociale » et « avoir une activité signifiante ». L'E6 dit que ça permet « d'utiliser des médiateurs de rééducation vraiment signifiants » et cela a permis au patient de « trouver sens à sa prise en charge » et qu'il était « beaucoup plus motivé, beaucoup plus investis ». L'E7 dit que c'est « leur permettre de retrouver une activité signifiante... du plaisir » et observe une « meilleure adhérence de la personne à la rééducation », « posture ...plus active » « la personne qui va vraiment être actrice ... au niveau de sa prise en charge ».

### **Légitimité de l'ergothérapeute dans l'activité sportive signifiante :**

**Tableau 3.** Réponses des ergothérapeutes sur la légitimité dans l'activité sportive.

E1	« c'est pas forcément purement ergo de travailler cette reprise du sport, je parle en termes de rééducation ... c'est plus du domaine du professeur d'APA » « dans tous les cas oui le rôle de l'ergothérapeute pour moi est indispensable et légitime dans la partie réadaptation pour l'adaptation du matériel »
E2	« oui oui oui tout à fait et c'est encore à développer malheureusement » « c'est une occupation comme une autre »
E3	« ben oui j'pense qu'on est vraiment au milieu de tous les champs » « on touche à tous les domaines de la vie donc ça en fait partie le sport »
E4	« oui je pense que l'ergothérapeute est très légitime » « le sport c'est un loisir comme un autre, une occupation comme une autre »
E5	« ben bien sûr que oui la, l'ergothérapeute est légitime, au même titre que toutes les occupations »
E6	« légitime, oui légitime mais sans prendre la place des autres professionnels » « on a tous notre rôle, on a tous notre place »
E7	« légitime oui ... on a une profession dans le rôle et d'agir, d'adapter les activités signifiantes et aussi significatives de la personne » « si le sport fait partie des différentes dimensions de la personne on devient ... pertinent »

Les 7 participants pensent que l'ergothérapeute est légitime d'intervenir dans l'activité sportive. Par contre, l'E1 distingue la rééducation et la réadaptation, elle évoque qu'il est légitime en

réadaptation car en rééducation « c'est plus du domaine du professeur d'APA ». 5 ergothérapeutes disent que cette légitimité s'explique parce que « c'est une occupation comme une autre » (E2 et E4).

**Spécificités de l'ergothérapeute autour de la reprise d'activité sportive signifiante pour travailler avec les autres professionnels :** Pour l'E1, c'est la « vision assez globale de la personne dans différents aspects de sa vie » alors que « les professeurs d'APA qui sont vraiment focalisés plus sur le sport ». Pour l'E2, c'est « tout aspect aménagement de l'environnement, conseils en aides techniques ». Pour elle, c'est « la vision la plus large de l'activité et pas seulement centré comme ... le kiné il sera je pense beaucoup plus spécialisé sur l'instant T où il joue au basket mais pas tout le reste de l'activité. » et « prendre en compte toute l'activité ... comment se rendre sur place, comment faire l'activité, comment uriner sur place, comment prendre sa douche ». Pour l'E3, c'est « part notre prise en charge globale et vraiment à l'écoute du projet du patient j pense qu'on est bien au centre de tout le monde. ». Pour l'E4, « la spécificité de l'ergothérapeute je pense que c'est ça, cette vision globale ... comparé à d'autres corps de professionnels ». Pour l'E5, « on a l'avantage d'avoir cette vision globale » mais aussi « toute ces notions ... qui sont des sciences de l'occupations » avec « la prise en compte de l'environnement ... et de l'entourage quand on va penser activité sportive ». Pour l'E6, c'est « l'analyse de l'activité ... c'est vraiment le rôle propre » avec la « vision globale » et « le conseil du matériel ». Enfin, pour l'E7 c'est de pouvoir « coordonner ... tout ce qui va graviter autour de la personne pour lui permettre de réaliser ces cette activité-là » et « planifier cette activité par rapport à son quotidien ».

## **5.2. Résultats de l'analyse lexicale**

Nous avons utilisé le logiciel Tropes® (Tropes, 2008) pour regarder l'occurrence des mots de tous les entretiens, dans l'onglet « références utilisées » et « scénarios ». Le mot « occupation » revient 35 fois ; « activités » revient 226 fois ; « apa » 83 fois ; « kiné/kinésithérapie » 44 fois, « médecin » 14 fois ; « adaptations » 35 fois ; « sport » 99 fois et « rééducation » 93 fois.

## **6. Discussion des données**

### **6.1. Interprétation des résultats en liens avec la partie théorique et réponses aux hypothèses**

Dans cette partie, il s'agit de faire du lien entre ces résultats et les éléments trouvés dans la revue de littérature. Cette démarche permettra d'analyser les résultats vis-à-vis des hypothèses et déterminer si les résultats obtenus permettent de valider ou non ces dernières. Les réponses aux hypothèses dépendent des critères et indicateurs définis au moment où les hypothèses ont été posées. Pour rappel, la question de recherche est la suivante : **Comment l'ergothérapeute intègre le**

## **sport dans sa pratique pour favoriser le retour à l'activité sportive significative après une lésion médullaire, à l'âge adulte en phase de rééducation et de réadaptation ?**

**Hypothèse 1 :** Par ses compétences et l'utilisation de modèles conceptuels ergothérapeutiques (notamment le MOH), les ergothérapeutes jouent un rôle complémentaire aux autres professionnels dans la reprise d'activité sportive significative en apportant leur vision holistique et via l'adaptation de l'environnement comme le matériel sportif.

Pour tenter de répondre à cette hypothèse, nous allons regarder comment les ergothérapeutes Français interrogés se positionnent aujourd'hui pour accompagner leur patient dans la reprise d'activité sportive significative.

Tout d'abord, tous les ergothérapeutes interrogés prennent en compte l'activité sportive, néanmoins ce résultat est à nuancer puisqu'ils semblent pour la plupart intéressés par le domaine sportif pouvant expliquer cette prise en compte. Lorsqu'il interviennent, ils mettent en place plusieurs éléments pour légitimer son intervention vis-à-vis de l'activité sportive, quand elle est significative pour le patient.

### **L'utilisation des modèles conceptuels et terminologie ergothérapeutique :**

En ce qui concerne la terminologie, nous avons remarqué l'utilisation répétée des participants d'une terminologie reliée à la profession d'ergothérapeute tel que le mot « occupation » « activités ». Ils légitiment leur pratique dans l'activité sportive en insistant que celle-ci est une occupation. Cet aspect coïncide aussi avec les propos de Bullen et Clarke (2021) et Bertrand (2020) dans la phase exploratoire concernant l'utilisation des sciences de l'occupation par les ergothérapeutes pour légitimer leur pratique mais également l'importance de s'appuyer sur l'occupation pour démontrer l'identité professionnelle de l'ergothérapeute (Withers & Shann, 2008 cités par Bullen & Clarke, 2021).

Les ergothérapeutes font également référence aux modèles conceptuels pour soutenir leur pratique. En effet, les ergothérapeutes interrogés s'en servent pour déterminer les objectifs avec leurs patients et aborder les activités significatives. Le fait que tous les participants les utilisent peut s'expliquer par l'obtention récente de leur diplôme (sauf un est diplômé avant 2010 et explique le faire de façon informelle). L'utilisation de la mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) ressort dans tous les entretiens comme étant un outil permettant de dégager les priorités d'intervention selon celles du patient relatif à ses difficultés occupationnelles notamment les activités de loisirs. Néanmoins, certains soulignent des difficultés quant à sa passation en première intention.

Le MOH n'apparaît pas comme le plus utilisé par les ergothérapeutes dans ce contexte, contrairement à l'outil MCRO faisant référence au MCREO. De ce fait, le MOH n'est peut-être pas le

plus adapté dans un contexte d'intervention dans l'activité sportive signifiante. Pourtant, l'aspect motivationnel et psychologique apparaît comme les principaux impacts de la lésion médullaire mais également comme des bénéfices majeurs relevés par les ergothérapeutes après l'accompagnement dans cette reprise d'activité quand elle est signifiante. En effet, un nouveau thème en lien avec ces aspects est évoqué par plus de la moitié des ergothérapeutes : selon plus de la moitié des participants, après leur intervention dans cette reprise d'activité quand elle est signifiante, le patient semble plus investi dans la prise en soin par la suite. Cela à travers le côté signifiant des activités qui est évoqué comme un vecteur de motivation. Ceci peut être mis en lien avec la partie théorique et plus précisément avec le MOH. En effet, la volition « va permettre à la personne de s'engager dans une activité » (Mignet et al., cité par Morel-Bracq, 2017) et comprendre entre autres les valeurs et les centres d'intérêts de la personne. En ce sens, il est possible qu'en s'intéressant à une activité signifiante pour la personne cela stimule sa volition et augmente de ce fait son engagement.

De plus, nous pouvons penser qu'un lien existe entre l'utilisation de modèles conceptuels et la formation reçue par les ergothérapeutes ou la culture du service d'ergothérapie. Plusieurs ergothérapeutes utilisent un modèle car ils sont formés dessus ou parce qu'il est commun au service d'ergothérapie « nous le modèle du bilan d'entrée quand quelqu'un arrive, c'est le PPH » (E3).

Comme vu dans la partie théorique l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui base son activité sur l'occupation humaine à travers les activités signifiantes et significatives. Pour cela, ce professionnel prend en compte le patient dans sa globalité avec son environnement et ses occupations. Les ergothérapeutes interrogés citent tous leur vision globale comme spécifié de l'ergothérapeute. Ils ne se focalisent pas uniquement sur l'activité sportive mais la prennent dans sa globalité : la personne lésée médullaire, l'environnement et les conséquences de la réalisation de cette activité. Selon les ergothérapeutes, cela fait leur spécificité avec l'adaptation du matériel sportif.

### **L'utilisation des compétences ergothérapeutiques lors de leur intervention dans l'activité sportive :**

Les données ont aussi permis de dégager les grandes missions investies ou identifiées par les ergothérapeutes dans l'activité sportive signifiante quand ils reçoivent une personne lésée médullaire. Celles-ci peuvent être mise en corrélation avec les éléments identifiés dans la partie théorique :

1. La réalisation d'**adaptations et la préconisation du matériel** est une des missions investies par tous les ergothérapeutes interrogés. Celle-ci fait aussi partie des rôles investis par les ergothérapeutes à l'international selon Bullen et Clarke (2021), Cristea et Boulanger (2022) et en France selon Pailler et al., (2010). Cela va de pair avec l'établissement du cahier des charges. Les principales compétences professionnelles que l'ergothérapeute mobilises ici sont :

- **Compétence 3** : « mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie ».
  - **Compétence 4** : « concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques ».
2. La participation à **des mises en situation** pour tester le matériel sportif ou les éléments qui gravitent autour de l'activité en tenant compte l'avant, le pendant mais aussi l'après de l'activité. Par contre, les mises en situations spécifiques pour l'activité sportive ne sont pas relevées dans les écrits de la phase exploratoire. Néanmoins, les mises en situation écologiques font en effet partis du rôle de l'ergothérapeute soit pour essayer une adaptation ou vérifier l'activité dans sa globalité (Pelletier et Le Maitour cité par Pouplin, 2011, p. 248).
- **Compétence 2** : « concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement »
  - **Compétence 1** : « évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique »
3. **L'information des patients, l'orientation vers les différents acteurs et le lien avec ceux-ci.** L'accompagnement d'un patient via la transmission de contacts en lien avec le sport que ce dernier désire pratiquer est évoqué par E2 et E4. Ces ergothérapeutes sont impliqués dans le parasport, ce qui leur permet d'avoir de nombreux contacts et connaissances dans ce milieu. Ainsi, cela peut expliquer le fait qu'ils investissent plus cette mission que d'autres ergothérapeutes. Par ailleurs, plus de la moitié (6) des participants estiment que l'ergothérapeute joue au minima un rôle d'information et d'orientation vers les acteurs ou professionnels concernés, ce qui est en accord avec la littérature (Bullen & Clarke, 2021 Cristea & Boulanger, 2022). De plus, cela correspond aux compétences :
- **Compétence 5** : « élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique »
  - **Compétence 9** : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ».
4. **L'utilisation de l'activité sportive comme moyen et but de l'ergothérapeute** : certains ergothérapeutes utilisent l'activité sportive comme moyen de rééducation ou comme but de leur intervention. Par exemple, l'utilisation de l'activité comme moyen pour travailler la rééducation du geste telles que préhensions. Comme énoncé dans la phase exploratoire,

l'ergothérapeute utilise les activités humaines comme objectif et comme moyen de l'intervention (Sureau cité par Caire, 2008, pp.189-190). Ces propos coïncident donc avec ce rôle. Néanmoins, dans cette activité en particulier, on peut penser que l'utilisation de l'activité sportive comme moyen est un domaine privilégié d'autres professionnels notamment l'EAPA.

- **Compétence 3** : « mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie ».

5. **L'installation et le positionnement de la personne de façon appropriée** : Dans la partie théorique est exposée que la lésion médullaire impacte les habiletés motrices et en conséquence la plupart des personnes atteintes sont en fauteuil roulant (Barbin, 2006). Deux ergothérapeutes insistent sur l'importance de l'installation et du positionnement pour favoriser la participation de la personne dans l'activité sportive. Nous avons également abordé cet aspect dans la revue de littérature. Cet item renvoie principalement aux fauteuils roulants.

- **Compétence 3** : « mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie ».

Un rôle supplémentaire est abordé par certains ergothérapeutes Français interrogés mais non évoqué dans la littérature parcourue : **L'accompagnement à la planification de l'activité dans le quotidien de la personne** : l'ergothérapeute aide la personne à organiser l'activité sportive en réfléchissant à toutes les tâches qu'inclues l'activité pour élaborer des techniques et mener à bien l'intégralité de cette activité : moment le plus propice de la journée, comment se rendre sur place...

- **Compétence 3** : « mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie ».
- **Compétence 1** : « évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique »

Dans le sens contraire, certains rôles identifiés dans la phase exploratoire comme la formation envers les autres professionnels (Bullen & Clarke, 2021) ne sont pas investis par les participants, en France. Tout comme le manque de formation envers cette activité qui n'est pas abordé par les ergothérapeutes.

Nous pouvons voir que l'ergothérapeute par ces missions, va principalement agir sur l'aspect environnemental en réduisant les contraintes ou exigences de l'environnement. Ainsi, l'ergothérapeute va chercher à compenser les habiletés motrices déficitaires de la personne lésée médullaire pour lui permettre d'agir et augmenter sa participation occupationnelle à travers par

exemple, la mise en place d'un fauteuil roulant adapté au sport ou d'une aide pour la préhension d'une raquette.

**Résumé en réponse à l'hypothèse avec les indicateurs** (annexe G) : le lien avec les indicateurs liés au cadre théorique est essentiel pour déterminer la validation ou non de cette hypothèse. En rapport avec les éléments ci-dessus, nous pouvons conclure que cette hypothèse est partiellement validée puisque des éléments vont en faveur et d'autres en défaveur :

Les ergothérapeutes interrogés abordent tous l'activité sportive dans leur suivi. Pour cela, leur vision holistique et l'adaptation du matériel sportif sont deux éléments abordés par tous et par lesquels les ergothérapeutes interviennent pour favoriser cette reprise d'activité, ce qui correspond à leurs compétences. Cela permettrait de valider les **indicateurs 1, 2, 3 et 7**. Les ergothérapeutes utilisent des modèles conceptuels en ergothérapie dans leur pratique pour aborder ces activités (**indicateur 4**). Néanmoins, le MOH est rarement utilisé dans ce contexte et est évoqué seulement par un ergothérapeute ce qui ne valide pas les **indicateurs 5 et 6**.

Cette hypothèse peut donc être validée partiellement sur la population interrogée.

Ensuite, revenons sur l'hypothèse 2, à savoir :

**Hypothèse 2** : L'activité sportive n'apparaît pas dans la priorité d'intervention des ergothérapeutes pour les personnes lésées médullaires car d'autres professionnels s'en préoccupent et qu'ils ne se sentent pas assez formés.

### **Les priorités d'intervention des ergothérapeutes auprès de lésés médullaires et le degré d'importance accordée à l'activité sportive dans leur intervention.**

Même si les résultats des entretiens montrent que l'implication de l'ergothérapeute dans la reprise de cette activité semble un aspect important à prendre en compte en tant que professionnel de l'occupation (en cohérence avec la partie théorique), surtout dans en phase de réadaptation, plusieurs éléments limitent son intervention. En effet, lors d'une hospitalisation initiale, que ce soit en phase de rééducation ou de réadaptation, la reprise des loisirs dont l'activité sportive n'est souvent pas la priorité. Plusieurs raisons sont évoquées et sont en accord avec la littérature : la personne lésée médullaire entame un deuil de son ancien corps et une reconstruction de son corps (Barbin, 2006) qui n'avance pas aux mêmes temporalités pour chacune d'entre elles. Cela est également souvent limité par la durée d'hospitalisation. Ainsi, cela limite l'intervention en ergothérapie dans cette activité puisque souvent la notion d'activité sportive apparaît plus tard. D'ailleurs, l'accompagnement des ergothérapeutes dans l'activité sportive signifiante concerne souvent des personnes lésées

médullaires qui reviennent en hospitalisation dans un second temps puisque beaucoup ne sont pas prêts à reprendre l'activité sportive à la sortie du centre. Cet aspect n'a pas été appréhendé lors de la revue de la littérature.

Toutefois, les ergothérapeutes pensent qu'il est important de prendre en compte cette activité, surtout lorsqu'elle est signifiante pour le patient, afin que ce dernier soit pris en compte dans sa globalité. L'activité sportive fait partie des occupations, pour certaines personnes elle représente « tout le projet d'une vie » (E6).

**Place de l'ergothérapeute vis-à-vis des autres professionnels :** Les résultats mettent en évidence l'utilisation répétée des vocabulaires liés aux professions et le travail en équipe semble essentiel pour tous les participants. Ce dernier « nécessite un consensus d'équipe, un dialogue permanent, mais implique avant tout une reconnaissance mutuelle du travail de chacun dans ses compétences respectives [GOULLET DE RUGY, 2002] » (Pelletier & le Maitour cité par Pouplin, 2011, p.247). Les participants connaissent les rôles des professionnels de l'équipe dans laquelle ils travaillent « c'est plus du domaine du professeur d'APA », « les kinés ...ils sont vraiment spécialisés dans la rééducation aussi du mouvement » (E6). La reprise sportive après une blessure médullaire nécessite de discuter en équipe pour acter ou non sur celle-ci en fonction des différents avis des professionnels. Cela permet de travailler autour de cette activité et que chacun apporte sa singularité et ses compétences. Cela est aussi mis en avant par Bullen et Clarke (2021) dans la phase exploratoire. Ensuite, des distinctions avec la littérature sont faites : il ressort des entretiens que les professeurs d'APA sont compétents pour l'APA en elle-même et notamment pour la faire faire, ce qui n'est pas du ressort de l'ergothérapeute. Les ergothérapeutes Français interrogés évoquent tous avoir leur place dans la reprise de cette activité avec les autres professionnels qui interviennent à conditions de respecter la place des autres professionnels. Les entretiens mettent en évidence le lien quasi-systématique avec le kinésithérapeute et l'APA. Ces derniers apparaissent comme plus centrés sur l'activité et le mouvement. Alors que l'ergothérapeute est plus comme un rôle pivot avec la globalité de l'activité. D'ailleurs selon Pelletier et Le Maitour (cité par Pouplin, 2011, p. 247) « l'ergothérapeute, de par son approche globale, se retrouve régulièrement dans ce rôle de pivot ».

**Résumé en réponse à l'hypothèse avec les indicateurs** (Annexe G) : Pour la plupart des ergothérapeutes, l'activité sportive n'apparaît pas comme prioritaire dans une prise en soin en ergothérapie surtout pendant la phase de rééducation mais également la phase de réadaptation. L'**indicateur 8** est donc validé. Néanmoins, lorsqu'elle est signifiante pour le patient, elle est pour



l'ergothérapeute, un élément à prendre en compte dans son intervention, notamment pour favoriser la motivation et l'investissement de leurs patients.

Il ressort que la non-priorisation de cette activité s'explique par des contraintes temporelles liés à la durée d'hospitalisation mais également par le temps nécessaire à la personne lésée médullaire pour franchir les étapes de deuil et de reconstruction identitaire. De plus, les ergothérapeutes ont beaucoup d'éléments à aborder pour améliorer l'indépendance et l'autonomie dans les activités de vie quotidiennes basales avant la sortie des patients. En ce sens, l'activité sportive apparaît souvent au second plan. La présence des autres professionnels ne semble pas être une limite à l'accompagnement de l'ergothérapeute dans cette reprise d'activité sportive mais plutôt un atout pour le travail de collaboration afin de potentialiser cette reprise d'activité signifiante. **L'indicateur 9** concernant la présence d'autres professionnels autour de l'activité sportive justifiant la non-prise en compte de cette activité par l'ergothérapeute est donc invalidé tout comme l'indicateur **10**. Ce dernier indicateur concernant le manque de formation des ergothérapeutes, n'est pas validé puisqu'aucun n'évoque se sentir insuffisamment formé, ni manquer de formation dans l'activité physique et sportive.

## **2.2. Critique du dispositif de recherche**

Il nous semble essentiel d'exposer les critiques de cette recherche ainsi que ses apports et limites permettant de nuancer les résultats et d'être le plus juste pour correspondre à la rigueur scientifique.

Une des principales critiques de cette étude concerne l'échantillon restreint car seuls sept entretiens ont été réalisés, ce qui constitue un niveau de preuve faible et limite la généralisation des résultats. Cela s'explique d'une part par des contraintes temporelles mais aussi par la difficulté à trouver des participants. En effet, le titre de la recherche a probablement conduit à un biais de recrutement des participants non négligeable, car tous ceux qui ont participé à l'étude incluent l'activité sportive dans leur accompagnement. Néanmoins, cette étude nous a tout de même permis de rassembler des pratiques ergothérapeutiques dans six lieux différents répartis en France.

Ensuite, les données recueillies étaient assez riches et conséquentes ce qui a permis d'avoir, une quantité de données qualitative importante à notre échelle. Cela a rendu complexe l'interprétation des données provenant des entretiens et des données n'ont pas pu être analysées aux vues du nombre de page restreint. Le guide d'entretien pourrait être révisé afin d'affiner les questions et apporter de la précision dans les réponses.

De plus, malgré la conscience des biais pouvant affecter la recherche, le chercheur est exposé à une certaine subjectivité qui lui est propre. Par conséquent, il est difficile de garantir une absence totale de notre interprétation tout au long de la recherche, d'autant plus que l'analyse des résultats

est effectuée seulement par une personne (moi-même). Ce biais d'interprétation peut être accentué par l'intérêt personnel du chercheur envers l'activité sportive et nos précédentes études (STAPS APA). Cependant, pour minimiser ces biais, des mesures ont été prises. Nous pouvons citer la vérification du codage et de l'analyse des résultats à plusieurs reprises mais également l'utilisation des verbatims des personnes interrogées pour garantir la fidélité des propos des participants.

Enfin, il paraît essentiel de surligner que ce travail constitue notre première expérience en tant que chercheur. Nous avons trouvé difficile d'apprendre la méthode en même temps que de la mettre en pratique. De ce fait, ce manque d'expérience dans ce domaine a pu affecter cette recherche malgré la grande importance accordée à la rigueur de la méthodologie exploitée.

### ***2.3. Apports, intérêts et limites de la recherche***

Cette recherche a permis de comprendre comment les ergothérapeutes se positionnent dans cette activité et accompagnent leurs patients lésés médullaires dans la reprise d'activité sportive signifiante. Elle a également mis en évidence les compétences ergothérapeutiques qu'ils mettent en œuvre lorsqu'ils interviennent dans ce contexte. En effet, les résultats de cette étude montrent que les certaines missions actuelles des ergothérapeutes en France dans l'activité sportive sont en accord avec d'autres pays et qu'elles concordent avec le référentiel Français de ce métier. En s'intéressant aux compétences de l'ergothérapeute, la transférabilité dans la pratique professionnelle est facilitée. Cette recherche peut aider les ergothérapeutes à mieux comprendre comment ils peuvent intervenir dans ce champ et collaborer efficacement avec les autres professionnels et acteurs impliqués. A l'inverse, elle peut permettre aussi aux autres professionnels de mieux connaître les possibilités d'intervention de l'ergothérapeute dans cette activité et de cibler comment ils peuvent travailler et collaboration avec l'ergothérapeute. Le but étant de croiser les compétences professionnelles des ergothérapeutes et des autres acteurs, tout en renforçant la collaboration pluridisciplinaire.

Une des limites de cette recherche concerne l'échantillon : uniquement des ergothérapeutes ont été interrogés afin de recueillir leurs expériences et de comprendre leur pratique. Cela ne permet pas d'avoir les avis des autres professionnels avec qui l'ergothérapeute travaille autour de cette activité ni ceux des personnes concernées (patients). L'impact des interventions des ergothérapeutes sur la participation occupationnelle de ces dernières a été difficile à objectiver et l'utilisation du MOH a été limitée par son aspect subjectif, difficilement évaluable sans interroger ces personnes.

Une autre limite de cette étude concerne le manque de littérature dans ce domaine. De ce fait, l'étude se base principalement sur de la littérature étrangère. Dans les prochaines années, de nouvelles publications peuvent apparaître. Ainsi, il est important de prendre en compte cet aspect et continuer à rester attentif aux perspectives d'évolution au regard de cette pratique.

## **2.4. Propositions, perspectives de recherche**

A la suite de cette étude, plusieurs perspectives de recherche peuvent être envisagées. Il serait intéressant d'étendre cette étude à une plus grande échelle afin de recueillir davantage de données sur les pratiques des ergothérapeutes et apporter des informations complémentaires. Cela permettrait de répondre de manière plus exhaustive à la problématique étudiée. L'utilisation d'une méthode quantitative tel que le questionnaire pourrait être conçue afin de recenser les pratiques de l'ergothérapeute en lien avec cette activité à l'échelle nationale. Cette approche permettrait aux ergothérapeutes de répondre de manière totalement anonyme. Ainsi, ils seraient plus susceptibles d'évoquer s'ils ne prennent pas en compte cette activité, réduisant ainsi le biais de recrutement.

Aussi, il serait envisageable d'interroger les personnes lésées médullaires ayant bénéficié d'accompagnement des ergothérapeutes dans la reprise d'activité sportive significative. Leur témoignage permettrait de mieux cibler leurs besoins et de comprendre l'impact de cette intervention notamment sur leur quotidien et leur motivation. Ceci pourrait confirmer les bénéfices observés par les ergothérapeutes, s'assurer que cette activité est significative pour le patient ainsi que d'évaluer la plus-value sur leur engagement et participation occupationnelle. Il serait aussi pertinent de comparer avec des personnes concernées n'ayant pas bénéficié d'un accompagnement en ergothérapie dans cette reprise d'activité. Il serait pertinent d'interroger aussi d'autres professionnels médicaux et paramédicaux travaillant dans cette reprise d'activité, pour recueillir leurs avis et comprendre comment, sur le terrain tous les professionnels collaborent autour de cet accompagnement.

Une autre perspective est apparue car des ergothérapeutes ont mis en évidence un contraste entre les activités significatives avant/après une LM et que souvent, leurs patients se dirigent vers d'autres activités. Il serait intéressant d'approfondir ce point avec les personnes concernées. Avec la LM, les activités nécessitent d'être adaptées donc ne sont réalisées de la même manière avec souvent un passage du sport au handisport/parasport. Ainsi, nous pouvons nous demander : *En quoi les activités sportives significatives avant la lésion médullaire peuvent-elles être considérées comme telles après la lésion aux vues des adaptations de la pratique ? Comment l'ergothérapeute, par son intervention peut favoriser la continuité d'une activité significative ?*

Également, avec un ergothérapeute (E2) nous avons échangé sur son expérience en tant que classificatrice dans le handisport. Pour lui, ce processus se rapproche des évaluations ergothérapeutiques mais peu d'ergothérapeutes sont impliqués dedans en France. Ainsi, cela nous amène à nous questionner sur la pertinence de la présence de l'ergothérapeute dans cette évaluation : *Dans quelles mesures l'ergothérapeute peut-il intervenir dans les classifications handisports pour réduire les situations de handicap ?*

## Conclusion

L'apparition brutale d'une lésion médullaire entraîne des conséquences souvent irréversibles et provoque une rupture occupationnelle pour la personne. Celle-ci voit ses habitudes et activités quotidiennes bouleversées. L'activité physique et sportive, comme toute activité est impactée surtout si elle est signifiante pour le patient. L'ergothérapeute, dont le but est de favoriser l'indépendance et l'autonomie dans les activités signifiantes et significatives, devrait avoir un rôle à jouer dans la reprise d'activité sportive. Pourtant, peu de données sont ressorties dans la littérature Française à ce sujet.

Le but de cette étude était de comprendre les missions investies par les ergothérapeutes au niveau Français et les moyens qu'ils mettent en place pour favoriser la reprise d'activité sportive signifiante avec leurs patients lésés médullaires. Pour cela, une méthode qualitative a été adoptée.

Les résultats de l'analyse qualitative ont mis en évidence les différentes possibilités d'intervention des ergothérapeutes dans le champ de l'activité physique et sportive au regard des compétences professionnelles, lorsqu'elle a du sens pour le patient lésé médullaire. En effet, les rôles qu'ils investissent font références à leurs compétences professionnelles fixées par l'arrêté du 5 juillet 2010. Des similitudes quant aux missions des ergothérapeutes Français par rapport aux pratiques internationales tel que l'adaptation du matériel ont été constatées. C'est en restant centré sur les occupations et en utilisant des modèles conceptuels qu'ils interviennent dans ce processus. Parmi les modèles conceptuels, le MOH n'est pas utilisé par les ergothérapeutes dans ce contexte alors que la motivation et l'investissement sont les principaux bénéfices observés par les ergothérapeutes dans cet accompagnement. L'activité sportive, quand elle est signifiante paraît importante à prendre en compte pour l'ergothérapeute en tant que professionnel des occupations et doit être un projet d'équipe. Néanmoins, ces résultats sont à nuancer. En effet, comme dit précédemment, les ergothérapeutes interrogés semblent sensibles à l'activité sportive. Cela est corrélé à son intégration dans leur intervention. Nous pouvons donc nous demander *en quoi les activités signifiantes de l'ergothérapeute impactent-elle son identité professionnelle et sa prise en soin en ergothérapie ?*

Ce travail m'a apporté des éléments transférables dans ma future pratique professionnelle. Il m'a permis d'affiner mes compétences ergothérapiques mais aussi mes connaissances sur la prise en soin d'une personne LM. Cela est bénéfique pour mon projet professionnel en SSR. Ce travail m'a aussi permis d'acquérir une méthodologie de recherche en la suivant lors de sa mise en pratique. J'ai également affiné mes connaissances au regard d'une problématique professionnelle. Le contact avec des professionnels ont permis d'agréments mon réseau professionnel et solidifier mes compétences communicationnelles, renforçant ma maturité. Les connaissances et compétences acquises constituent des bases solides pour mes futures activités professionnelles en tant qu'ergothérapeute.

## Bibliographie

Aït-Ali, B. (2014). *Activités physiques, sportives & handicaps*. Octarès Éditions.

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (s. d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. Consulté 12 septembre 2022 sur, [https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2013, mai). *Données probantes en ergothérapie*. Consulté le 12 septembre 2023 sur, [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Donnees\\_probantes\\_en\\_ergotherapie\\_ANFE\\_octobre\\_2013.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Donnees_probantes_en_ergotherapie_ANFE_octobre_2013.pdf)

Association des Paralysés de France (Éd.). (2007). *Para-Tétras : Le guide pratique*. Association des paralysés de France.

Barat, M., Barrois, B., Beltramo, F., Benaim, C., Benezet, P., Berard, C., Berard, E., Beuret-Blanquard, F., Biot, B., Blanchon, M. A., Boileau, G., Brun, V., Calmels, P., Caron, F., Chagnon, P. Y., Charbonnier, C., Charle, C., Charpentier, P., Chomard, D., ... Cussac, J. M. (2008). *Groupe de travail groupe mpr rhone alpes et fedmer*. pp. 121-129.

Barbin, J.-M. (2006). L'épreuve du corps paralysé dans l'apprentissage sportif. *Recherches & éducations*, 11, Art. 11. Consulté le 06 septembre 2022. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.385>

Barclay, L., Callaway, L., McDonald, R., Farnworth, L., Brown, T., & Broom, L. (2011). Time Use following Spinal Cord Injury : An Examination of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(12), 573-580. <https://doi.org/10.4276/030802211X13232584581452>

Bertrand, R. (2020). Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : Une recension des écrits. *Ergothérapies*, 78, 17.

- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bullen, D., & Clarke, C. (2021). Occupational therapists' experiences of enabling people to participate in sport. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(11), 703-712.  
<https://doi.org/10.1177/0308022620973944>
- Caire, J.-M. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités*. Solal.
- Caire, J.-M., & Schabaille, A. (2018). *Engagement, occupation et santé*. ANFE.
- Caire, J.-M., & Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations : Guide de pratique*. De Boeck supérieur.
- Campenhoudt, L. V., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. DUNOD.
- Chantraine, A. (2013). *Rééducation neurologique : Guide pratique de rééducation des affections neurologiques* (3e éd). Arnette.
- Centre d'évaluation de documentation et d'innovation pédagogique (CEDIP), S. G.-D.-. (2014, 6 mai). *Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information*. Secrétariat Général - DRH - CEDIP. Consulté le 8 février sur <https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matière-de-a1113.html>

Cheung, L., Chan, K., Heffernan, M. G., Pakosh, M., Hitzig, S. L., Marzolini, S., Kalsi-Ryan, S., & Musselman, K. E. (2022). The impact of sport participation for individuals with spinal cord injury : A scoping review. *NeuroRehabilitation*, 1-43. <https://doi.org/10.3233/NRE-220037>

Comité Paralympique et sportif français. (s. d.). *Le guide des parasports pour les élus aux sport*. Consulté 13 novembre 2022 sur <https://france-paralympique.fr/wp-content/uploads/2022/02/le-guide-des-parasports-pour-les-elus-aux-sports-1.pdf>

Conseil de l'Europe des ministres (2021, 13 octobre). *Recommandation CM/Rec(2021)5 du Comité des Ministres aux États membres sur la Charte européenne du sport révisée*. <https://rm.coe.int/recommandation-cm-rec-2021-5-on-the-revision-of-the-european-sport-cha/1680a43915>

Consortium national de formation en santé (s. d.). *Lésion médullaire*. Consulté 4 octobre 2022, sur <https://cnfs.ca/pathologies/infarctus-du-myocarde/lesion-medullaire>

Costalonga, D. A., Crozier, A. J., Stenner, B. J., & Baldock, K. L. (2020). Sport as a Leisure Occupation in Occupational Therapy Literature : A Scoping Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 1-10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.035949>

Craven, P. (2022, 24 novembre). *Le mouvement paralympique international : Histoire et avenir* [conférence]. Entretiens annuels de la fondation Garches « Activité physique et Sportive pour les Personnes en Situation de Handicap Neurolocomoteur », Boulogne-Billancourt.

Cristea, K., & Boulenger, A. (2022). Favoriser l'accessibilité des activités sportives pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles. *ERG-go!-Revue des ergothérapeutes du Québec*.

Debret, J. (2020). Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA. *Scribbr*. Consulté le 12 avril 2023, sur <https://www.scribbr.fr/manuel-normes-apa/>

Désert, J-F. (2002). Les lésions médullaires traumatiques et médicales (paraplégies et tétraplégies). *Faire face para-tétra*, 236-245. Consulté le 20 avril 2022 sur [http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/para\\_tetra\\_JFD\\_235-245.pdf](http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/para_tetra_JFD_235-245.pdf)

Fédération Française Handisport. (s. d.). *Handisport.org | Site officiel de la Fédération Française Handisport*. Consulté 13 novembre 2022, sur <https://www.handisport.org/>

Fédération Française du Sport Adapté. (s. d.). *Sport Adapté – Pour les personnes en situation de handicap mental ou psy*. Consulté 3 novembre 2022 sur, <https://sportadapte.fr/>

Ferez, S., Ruffié, S., & Bancel, N. (2014). La naissance du sport paralympique en France : de la rééducation à la sportivisation (1954-1972). Consulté le 20 octobre 2022, sur [https://www.researchgate.net/publication/263146025\\_La\\_naissance\\_du\\_sport\\_paralympique\\_en\\_France\\_De\\_la\\_reeducation\\_a\\_la\\_sportivisation\\_1954-1972](https://www.researchgate.net/publication/263146025_La_naissance_du_sport_paralympique_en_France_De_la_reeducation_a_la_sportivisation_1954-1972)

Fontana, P., & Jérémiasz, M. (Réalisateur). (2022). *We are people* [Documentaire]. Consulté le 14 décembre 2022 sur [https://www.canalplus.com/sport/we-are-people/h/19063630\\_50001](https://www.canalplus.com/sport/we-are-people/h/19063630_50001)

Garci, T. C. H., & Mandich, A. (2005). Going for Gold : Understanding Occupational Engagement in Elite-Level Wheelchair Basketball Athletes. *Journal of Occupational Science*, 12(3), 170-175. <https://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686560>



France compétences. (s. d.). *RNCP18363—DE - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. France compétences. Consulté le 1 avril 2023 sur, <http://https%253A%252F%252Fwww.francecompetences.fr%252F Recherche%252F>

Haute autorité de santé (2007). *Guide – Affections de longue durée : paraplégies (lésions médullaires)*. Consulté le 09 mai 2022 sur [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/ald\\_20\\_guide\\_paraplegie\\_20\\_septembre\\_2007.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/ald_20_guide_paraplegie_20_septembre_2007.pdf)

Haute autorité de santé. (2022). *Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte - Guide*. Consulté le 28 septembre 2022 sur [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf)

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Kamina, P. (2018). *Anatomie clinique* (2e éd). Maloine.

Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.

Lannoy, P. (2012, mars) *L'analyse thématique* [Document de travail]. Consulté le 10 avril sur <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/Analyse-thematique.pdf>

Larivière, N., & Corbière, M. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.

Légifrance (2021, 01 septembre). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute.

*JORF n°0156 du 8 juillet 2010.*

Légifrance (2016). *Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*, 2016-1990 (2016).

Mathelin, Y. (2022). *Vivre à tire-d'aile*. Mont-Blanc.

McVeigh, S. A., Hitzig, S. L., & Craven, B. C. (2009). Influence of Sport Participation on Community Integration and Quality of Life : A Comparison Between Sport Participants and Non-Sport Participants With Spinal Cord Injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 32(2), 115-124.  
<https://doi.org/10.1080/10790268.2009.11760762>

*MindMeister Pricing*. (s. d.). Consulté 20 mai 2023, sur <https://accounts.meister.co/payments/mm/en/pricing?locale=fr&r=140672>

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et ministère de la Santé et des prévention (2010, 15 août). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. *Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°7/2010 SOMTHE*. 163-289. Consulté le 12 janvier 2022, sur [https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste\\_20100007\\_0001\\_p000.pdf](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf)

Ministère de la santé et de la prévention (2022, 28 décembre). *Ergothérapeute*. Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le 14 janvier 2023, sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>

Morel-Bracq, M.-C. (2006). *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie*. [Mémoire de master, Université de Bordeaux 2] <http://jp.guihard.pagesperso-orange.fr/memoire/morel/mc-morel.pdf>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). Deboeck supérieur.

Nas, K. (2015). Rehabilitation of spinal cord injuries. *World Journal of Orthopedics*, 6(1), 8. <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.8>

Organisation mondiale de la santé (2022, 5 octobre). *Activité physique*. Consulté le 10 novembre 2022 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organisation mondiale de la santé. (2013, 19 novembre). *Spinal cord injury*. Consulté le 20 septembre 2022 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd). Armand Colin.

Pailler, D., Druvert, J.-C., Laboute, E., & Piéra, J.-B. (2010). *Le sport autrement : Handisport, du loisir à la compétition*. Chiron.

Passagia, J.-G (2021) Bases anatomiques pour l'ergothérapie [Support de Cours]. Document non publié.

Pouplin, S. (2011). *Accompagnement de la personne blessée médullaire en ergothérapie*. Solal.

Scimago Institutions Ranking (s.d.) Scimago Journal & Country Rank. (s. d.). Consulté le 15 octobre 2022 sur <https://www.scimagojr.com/>

Stephens, C., Neil, R., & Smith, P. (2012). The perceived benefits and barriers of sport in spinal cord injured individuals : A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 34(24), 2061-2070.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2012.669020>

Tasiemski, T., Bergström, E., Savic, G., & Gardner, B. (2000). Sports, recreation and employment following spinal cord injury – a pilot study. *Spinal Cord*, 38(3), 173-184.  
<https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100981>

Tasiemski, T., Kennedy, P., & Gardner, B. P. (2006). Examining the Continuity of Recreation Engagement in Individuals with Spinal Cord Injuries. *Therapeutic Recreation Journal*, 40(2) 77-93.

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck-Solal.

Tlili, L., Lebib, S., Moalla, I., Ghorbel, S., BenSalah, F. Z., Dziri, C., & Aouididi, F. (2008). Impact de la pratique sportive sur l'autonomie et la qualité de vie du paraplégique. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 51(3), 179-183. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2008.01.009>

Tourreau, & Simon, L. (1990). Handisport Ergothérapie et rééducation. *Expériences en ergothérapie : Deuxième série*. (pp. 165-173). Masson.

Turpin, J.-C. (2018). *Handicap moteur, l'accompagnement : Diagnostic médical, scolarité, formation, vie à domicile familial et en institution*. Éditions Graine d'auteur.

Tropes. (2018). Tropes (Version 8.5) [Logiciel]. <https://www.tropes.fr>

Université Laval. (s. d.). *Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRM OH | ULaval*. Consulté le 13 novembre 2022 sur <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

World Federation of Occupational Therapists. (s.d). *About Occupational Therapy*. Consulté le 25 octobre sur <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Wu, S. K., & Williams, T. (2001). Factors influencing sport participation among athletes with spinal cord injury: *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(2), 177-182.  
<https://doi.org/10.1097/00005768-200102000-00001>

## Table des annexes

<b>Annexe A</b> : Formulaire de consentement vierge .....	II
<b>Annexe B</b> : Retranscription de l'entretien exploratoire .....	III
<b>Annexe C</b> : Méthodologie de recherche documentaire .....	XII
<b>Annexe D</b> : Tableau récapitulatif de la recherche documentaire par thèmes .....	XIII
<b>Annexe E</b> : Modèle de l'Occupation Humaine .....	XXVII
<b>Annexe F</b> : Extrait du bulletin officiel N°7 du 15 aout 2010 renseignant le référentiel d'activités et de compétences relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.....	XXVIII
<b>Annexe G</b> : Critères et indicateurs de validation des hypothèses.....	XXIX
<b>Annexe H</b> : Tableau de légende des codes couleurs utilisées dans la recherche.....	XXX
<b>Annexe I</b> : Guide d'entretien semi-directif à destination des ergothérapeutes .....	XXXI
<b>Annexe J</b> : Retranscription intégrale E1 .....	XXXIV
<b>Annexe K</b> : Retranscription intégrale E2 .....	XLII
<b>Annexe L</b> : Retranscription intégrale E3.....	LV
<b>Annexe M</b> : Retranscription intégrale E4.....	LXI
<b>Annexe N</b> : Retranscription intégrale E5.....	LXXI
<b>Annexe O</b> : Retranscription intégrale E6.....	LXXXI
<b>Annexe P</b> : Retranscription intégrale E7 .....	LXXXIX
<b>Annexe Q</b> : Grille d'analyse des entretiens vierge .....	XCVI
<b>Annexe R</b> : Exemple d'analyse verticale E7 .....	CLIII

## Annexe A : Formulaire de consentement vierge



### FORMULAIRE CONSENTEMENT

Dans le cadre de nos études à l'Institut de Formation en Ergothérapie OCELLIA à Echirrolles, nous réalisons un mémoire de fin d'étude :

**Titre de l'étude** : L'ergothérapie et la reprise d'activité sportive significative après une lésion médullaire

**Objectif de l'étude** : Comprendre la place / les enjeux de la pratique ergothérapique dans l'activité sportive auprès de personnes lésées médullaires, en France.

**Nom de l'étudiante** : Maurine VINCENT

En vue de mettre en place une enquête, nous sollicitons votre aide et souhaitons votre accord pour enregistrer notre entretien. Nous nous engageons à ce que cet enregistrement soit utilisé uniquement pour notre étude, que les propos enregistrés restent confidentiels et que votre anonymat soit préservé. Il est entendu que votre participation à ce projet est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision.

Je, .....(**Nom et prénom**), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions. Par la présente, j'accepte librement de participer à l'enquête.

Fait à \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_

Signature :

## Annexe B : Retranscription de l'entretien exploratoire

Le texte en gras représente le chercheur (Maurine VINCENT), que l'on nomme M et écrit en gras. Pour respecter l'anonymat, la personne interrogée sera nommée PI.

- 1 **Maurine VINCENT (M) : Bonjour**
- 2 PI : Bonjour
- 3 **M : Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Je vais me présenter. Alors je suis Maurine**
- 4 **VINCENT, étudiante en ergothérapie. Pour mes études, je dois réaliser un mémoire et j'aimerais**
- 5 **orienter le mien sur l'ergothérapie et le sport après une blessure médullaire. Je vais vous poser des**
- 6 **questions tout au long de l'entretien mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et vous**
- 7 **êtes pas obligé de répondre à toutes. L'entretien sera anonymisé et utilisé que pour mon mémoire.**
- 8 **Si ça vous dérange pas, est-ce que je peux l'enregistrer pour le retranscrire sans déformer vos propos ?**
- 9 PI : Oui bien sûr, pas de problèmes.
- 10 **M : Merci, n'hésitez pas à me dire d'arrêter l'enregistrement si vous le souhaitez.**
- 11 PI : [hoche la tête]
- 12 **M : Parfait, donc pour commencer, pouvez-vous me parler de vous, vous présenter brièvement en**
- 13 **faisant un cours récit de votre vie ?**
- 14 PI : Euh oui alors je suis athlète de haut niveau, j'ai été victime d'un accident de la route avec deux
- 15 fractures de la colonne vertébrale aux niveaux cervical et dorsal et par chances, deux lésions
- 16 incomplètes. Suite à cet accident, j'ai passé 6 semaines à l'hôpital dont 3 semaines en URC : un moment
- 17 très particulier dans un environnement très spécial, 15 jours en post réa et ensuite ont suivis 1 an et 3
- 18 mois de rééducation. Donc rééducation fonctionnelle, avec un passage chez les ergos aussi, forcément,
- 19 compte tenu de ma tétraplégie incomplète avec des éventuels besoins d'adaptation. Le premier point
- 20 d'appréhension que j'ai eu dans la rééducation c'est la partie fauteuil, on est passé par différents
- 21 fauteuils et notamment parce qu'il y avait un équilibre ou un déséquilibre assez rapide notamment dans
- 22 un parcours que j'emportais quasiment tous les jours.
- 23 **M : Vous me parlez de fauteuil. Alors, justement, comment avez-vous vécu la mise en place des aides**
- 24 **techniques ?**
- 25 PI : J'ai pas eu d'adaptations particulières techniques, sauf pour le fauteuil et je voyais ce fauteuil là
- 26 comme des soucoupes spatiales au départ parce que je connaissais pas les fauteuils et je voyais un
- 27 fauteuil pour moi c'était un truc avec deux roues, un grand dossier avec des poignets et des accoudoirs
- 28 quoi. Un truc pas très beau en plus, quand j'ai eu ce fauteuil de sport très esthétique, très léger, plus
- 29 léger, plus aéré il y a moins de dossier qui est plus fonctionnel bien entendu, ça été important. Quand
- 30 on a un fauteuil perso c'est quelque chose en soit, on en prend soin. Donc, oui c'était un moment
- 31 particulier.
- 32 **M : Avez-vous observé un changement dans la relation avec vos pairs après votre accident ?**
- 33 PI : Indirectement, s'il y a des personnes de mon entourage qui ont été très proches de moi pendant
- 34 mon accident, qui ont vraiment étaient en or pour me sortir voir les copains, me balader un peu, me
- 35 réinsérer à la vie de tous les jours mais les bars où j'allais les cafés, j'ai été très bien accueillis, c'est une
- 36 chance aussi. C'est peut-être une reconnaissance ou d'autre chose qui fait que mais j'ai des amis
- 37 proches, encore aujourd'hui qui ont été très distants au début ne sachant pas comment faire. Ils ne
- 38 m'ont pas vraiment dit mais cela a été expliqué un peu plus tard : peur d'être maladroit, ne savoir pas
- 39 comment faire alors qu'étrangement ce sont des personnes avec qui je suis proche aujourd'hui, d'autres
- 40 un peu moins parce que les choses ont changé. Il y a tout types de personnes et c'était pour moi quelque
- 41 chose que je n'ai pas forcément compris car on est recherche de soutien, de ressources, d'amis et on a



42 besoin de repères quand l'on a un accident comme ça et donc c'était important pour moi d'avoir des  
43 personnes que je connaissais bien avec qui j'étais souvent et donc j'ai forcément eu cette question que  
44 l'on se pose tout de suite : est-ce que l'on va me rejeter parce que j'ai un handicap ? est-ce que ça va  
45 être différent ? C'est la première fois je crois que depuis mon accident que j'aborde cette question-là  
46 [Silence]. Et pour la partie sportive, oui j'ai eu du mal à trouver un club valide ou un club qui m'accepte  
47 pour aller à un projet de très haut niveau. Parce que la structure qui m'avais intégrée, l'a fait  
48 spontanément car c'était son rôle et j'ai bien été accueillis mais le problème c'est que ce n'était pas un  
49 entraînement suffisant pour parler de haut niveau et du coup faillais que je trouve une solution et même  
50 mon propre club me disait bon ben ton projet il est super mais comment on va t'intégrer etcetera. On  
51 Incapacité de me déplacer, de reprendre l'entraînement, Je recommençais à faire ce sport, à redécouvrir  
52 la technique, je retravaillais, c'était un peu un point de départ donc eux savais pas trop comment opérer.  
53 Peut-être qu'ils auraient eu à faire simplement comme tout le monde, en prenant juste un peu plus de  
54 temps pour moi c'est ce que je faisais, s'adapter à mon besoin, ça aurait été pas mal. Je crois qu'il n'était  
55 pas capable de s'adapter à ce moment-là quoi et je comprends aujourd'hui étant X en compétition pour  
56 faire les séries ça aurait été très compliqué au tout début par rapport au monde quelque part mais euh  
57 ils avaient oublié l'aspect humain aussi et le club c'est ça. C'est de raccrocher quelqu'un qui a eu un  
58 accident et dire il a envie de X. Après il fera comme il peut, on le prend et on adapte après et on voit.  
59 Et j'avais besoin de ce suivi là aussi, c'est ma deuxième famille. Ma vie a tourné autour de la X pendant  
60 25 ans. Tous les jours on nous ouvre la porte et là ce n'était pas forcément le cas donc c'était assez  
61 étrange.

62 **M : Et est-ce que vous avez remarqué des changements dans vos routines ?**

63 PI : Oui. Déjà car au départ même mon propre club de sport qui devait m'accueillir de nouveau ne savais  
64 pas trop comment faire. Euh voilà... ils avaient l'impression que ça serait compliqué car j'avais un  
65 handicap assez lourd par rapport à d'autres sportifs paralympiques qui ont une déficience plus légère  
66 et donc qui s'intègre avec plus de succès dans un groupe d'entraînement valide. Aujourd'hui mon  
67 expérience permet de m'intégrer un peu partout mais c'était pas le cas au début donc forcément oui  
68 car ça m'a créer un certain déséquilibre parce que j'avais pas de solutions et c'était important pour moi  
69 d'en trouver une. Après, oui j'ai dû réapprendre à m'organiser, à adapter mon emploi du temps au  
70 quotidien et de prendre en compte du temps supplémentaire. Cette partie logistique a forcément été  
71 au début une contrainte car ben forcément j'ai besoin de mes deux bras pour pouvoir pousser mon  
72 fauteuil et je ne peux pas embarquer toutes mes affaires sur moi donc euh j'ai dû m'organiser avec  
73 différents sacs. Ça demande plus de manutention.

74 **M : Avez-vous rencontré des difficultés à vous organiser en commençant le sport ? Et actuellement comment vous organisez-vous ?**

76 PI : Hum... il y a une fatigue quand même qui existe forcément qui est généré par le sport, c'est logique  
77 le sport ça fatigue mais qui peut aussi être une difficulté supplémentaire dans mon quotidien. On est  
78 aussi contraint par certaines manutentions on va dire en étant en fauteuil et ça peut être aussi difficile  
79 parfois. Et c'est là que le fauteuil est important, le choix d'un bon fauteuil et du matériel parce qu'ils  
80 facilitent vraiment le quotidien. Il faut pas que prendre une roue et la mettre sur un fauteuil ça soit plus  
81 compliqué que mettre une chaussette. Alors, ça l'est toujours un peu plus hein bien sûr mais faut pas  
82 que ça soit trop compliqué sinon ça peut être un frein à la pratique sportive. Le sport doit être un  
83 complément et doit être un plus pour la personne qui a un handicap. Quand on fait un choix d'aller à  
84 haut niveau, on en accepte les contraintes : je m'entraîne plusieurs fois par jours, j'ai plusieurs transferts  
85 à faire, c'est beaucoup plus fatiguant que si on s'entraîne qu'une seule fois dans la semaine, c'est sûr.  
86 D'un côté, les conséquences sont favorables. Donc bien sûr qu'il y a certaines choses qui faut prendre

87 en compte et d'un côté, j'ai envie de dire c'est un mal pour un bien. A chaque niveau d'effort, amène à  
88 une récompense, à un résultat plus ou moins bien en fonction de notre engagement mais attention à  
89 l'aspect préventif : quand on a plus de fatigue, il faut être plus vigilant. Dans un transfert, faire attention  
90 de pas tomber etcetera moi je fais ça sans trop me poser de questions et je me dis je mets pas de freins,  
91 ça sert à rien les freins et ça m'embête plus qu'autre choses en plus. Être athlète de haut niveau  
92 paralympique c'est un choix, comme être athlète de haut niveau olympique c'est pareil. C'est fatiguant,  
93 c'est contraignant. Nous, on a une capacité d'agir en plus voilà c'est comme ça. Mais par contre tout ce  
94 que le sport et la natation en particulier apporte, les bienfaits dans mon quotidien, dans mon hygiène  
95 de vie, dans ma sensibilité, dans tout, c'est tellement bien, tellement important que j'accepte ces  
96 efforts-là. S'il faut mettre mon fauteuil trois fois par jours en plus, s'il faut me transférer vingt-cinq fois  
97 parce qu'en muscu j'suis sur mon fauteuil après je m'assoie sur un banc après couché, c'est pas grave  
98 parce que l'entraînement est comme ça.

99 **M : Vous me parlez beaucoup de votre sport actuel mais quel rapport aviez-vous avec le sport avant**  
100 **votre accident ?**

101 PI : C'était ma pierre angulaire, c'était vraiment un élément essentiel dans ma rééducation tout d'abord  
102 sur le plan thérapeutique et un élément dans ma recherche de mon identité : celle du jeune homme, de  
103 X, telle qu'elle est aujourd'hui. Quelqu'un qui rêve d'être champion olympique tout simplement. Donc  
104 oui, le sport était essentiel. Et la X en particulier. La X est un sport super accessible, tout le monde peut  
105 X, quel que soit le handicap. C'est pas le cas de tous les sports. Donc, par définition j'avais un sport très  
106 accessible et on avait du mal à m'intégrer, je ne comprenais pas mais attendez, si dans ce sport là on ne  
107 m'intègre pas, qui va le faire, dans quel sport ? »

108 **M : Alors justement, quelles difficultés avez-vous rencontré dans votre parcours sportif ?**

109 PI : Euh alors... J'ai eu des difficultés au départ pour trouver un monde sportif qui veule m'accepter avec  
110 mon projet de compétition au niveau alors que j'étais motivé, j'ai eu beaucoup de mal. On ne voyait pas  
111 trop le sport paralympique à la télévision à l'époque, qu'on m'accorde une place, qu'on me laisse une  
112 chance de faire du sport. Moi j'étais content, que malgré mes difficultés on finisse à trouver une  
113 solution, j'ai retrouvé un club pour m'entraîner. Mais oui, il a fallu se battre pour monter un projet  
114 sportif, expliquer que malgré mon handicap, je pouvais avancer et progresser. Ben j'ai dû reprendre des  
115 étapes petit à petit, puis un entraîneur m'a dit « ok je te prends en charge tous les jours.

116 **M : D'accord. Malgré ces difficultés, qu'est-ce qui a motivé à reprendre le sport ?**

117 PI : Réaliser ce rêve d'être un jour qualifié pour les jeux et gagner. Être champion olympique /  
118 paralympique, quand une deuxième perche est tendue comme ça c'est comme si on disait à quelqu'un :  
119 vous avez les 5 chiffres du loto, on vous donne une deuxième chance. Qui dirait non ? On a fait une  
120 bêtise, on vous laisse une chance et ben moi c'est pareil, c'est pas une bêtise mais j'ai eu un accident et  
121 mon rêve, comme mission j'avais d'être athlète de haut niveau et grâce au sport j'ai pu le retrouver.  
122 Mais euh... pour être bien dans la réponse, ça m'a aidé d'avoir confiance en moi, ça m'a permis de  
123 pouvoir vivre quelque part parce que je vis pour une passion. Et pour la petite histoire, on m'a proposé  
124 très rapidement en centre de rééducation de refaire du ski et moi j'étais vachement distant de tout ça  
125 étrangement, ce n'était pas moi je sais pas. On ne me proposait pas le handisport comme quelque chose  
126 de rigolo et c'était un peu comme une obligation parce que j'étais skieur avant. Et d'obliger quelqu'un  
127 qui a un handicap qui n'est pas sûr de lui à faire quelque chose au départ, quel que soit le sport, quel  
128 que soit l'activité il y a un frein, c'est un blocage énorme après ça se décante car on a plus confiance.  
129 Donc une prise de position délicate par rapport au sport mais j'en ai besoin et c'était mon identité,  
130 clairement c'est grâce au sport que j'ai trouvé un état de fait ou un état d'être de la personne que j'étais  
131 avant et que je voulais rester. Et puis ben après, très rapidement quand j'ai repris la X en rééducation

132 et X tous les jours pour retrouver de l'entraînement on va dire, là le projet sportif est revenu très vite  
133 en place et le handicap était loin. Le problème du handicap c'est que c'est difficile pour certaines choses  
134 mais je me voyais comme sportif point final et ça m'a aidé aussi au quotidien parce que les gens  
135 pouvaient avoir un regard parfois un peu de condescendant, un peu triste et dire « oh le monsieur, il  
136 est jeune, il est en fauteuil etc. » mais je me voyais comme le champion, le futur champion qui était en  
137 train de se construire. Donc l'image de moi était importante et je ne voulais pas perdre cette estime de  
138 moi et gagner des niveaux grâce au sport.

139 **M : Que vous a apporté le sport pendant la période de rééducation et quels bénéfices le sport vous**  
140 **apporte actuellement dans la vie quotidienne ?**

141 PI : C'est une bonne façon de dire les choses, la question est bien posée je trouve. La première partie va  
142 être un peu plus longue. Un, l'aspect thérapeutique : le sport ça a été un outil essentiel pendant ma  
143 période de remise en forme et notamment l'eau car c'est un aspect qui peut être intéressant. Il y a le  
144 lien social, ça c'est essentiel aussi. D'avoir pu rencontrer des gens, raconter des choses, me comparer,  
145 d'arriver à me confronter aussi par rapport à une personne qui est sans handicap. Hum...l'estime de soi  
146 qui est essentiel, quand on est en situation de handicap le regard des autres est des fois dure. De  
147 nombreuses personnes qui connaissent pas le handicap et qui nous jugent. Alors que maintenant, on  
148 me regarde plus comme sportif et comme quelqu'un de reconnu et de connu et ça c'est agréable mais  
149 il a fallu passer par le haut niveau pour ça. Moi j'en ai fait une force parce que j'ai une solution pour être  
150 plus repéré, mais cette estime de soi elle est importante quand on a pas du tout les repères qui sont les  
151 repères pour toute personne dans la vie quotidienne face à autrui, face à une société qui est aussi très  
152 exigeante au quotidien. Le sport m'a permis d'avoir cette estime de moi et de me dire malgré le  
153 handicap, t'es au niveau. J'étais admiratif des gens à la télévision, très connus. Aujourd'hui, je sers de  
154 modèle. Ça demande du travail hein mais le sport m'a apporté ça, de me reconstruire en tant que  
155 personne que j'étais avant, de retrouver mon identité, retrouver une branche à laquelle me raccrocher.  
156 Quand on a perdu tous ces repères après un grave accident et qu'on change les codes car on est assis,  
157 on a le regard qui est différent, quand on est grand et sportif les codes changent. Et le fait d'être sportif,  
158 on a un regard qui est différent.

159 **M : Vous me parlez de modèles, pouvez-vous m'en dire plus ?**

160 PI : Oui, parce que je suis conscient qu'au niveau paralympique ou le sport de haut niveau notamment  
161 le sport paralympique qui est une belle effigie du handicap. Si je peux, à travers ce que j'ai vécu et les  
162 compétences que j'ai acquies grâce au sport de haut niveau, être une source d'inspiration pour montrer  
163 que tout est possible. Je réalise juste encore une fois qu'il fallait passer par un accident et donc qui  
164 entraîne une difficulté et que cette difficulté c'est une source de comparaison pour dire « lui avec ses  
165 difficultés il peut faire ça. Alors moi aussi je peux. Donc le sport m'a apporté ça, cette force-là, ça nous  
166 rend plus fort, ça nous rend meilleur. Je suis comme ça, il fallait que je fasse du sport toute ma vie, c'est  
167 tout.

168 **M : Quels professionnels vous ont accompagné dans la reprise d'activité sportive après votre**  
169 **accident ?**

170 PI : Mon kiné, en rééducation, qui a proposé à un prof de gym sur place qui avait des élèves qui étaient  
171 dans le centre parce qu'il y avait une annexe pour les études qui permet aux élèves qui sont sur le  
172 plateau de faire leurs cours collège et lycée. Donc c'était aussi une mixité des deux populations : valides  
173 et personnes en situation de handicap. Ce prof de sport était aussi, une coïncidence mais sélectionneur  
174 et entraîneur de l'équipe de France de natation handisport et donc ben forcément et venu me  
175 voir « écoute, ton kiné m'a dit que t'étais un nageur j'ai un cours avec mes élèves pour le bac de  
176 terminale, ça serait bien que tu viennes (sport) » et je me disais « je suis pas au même niveau » et il m'a

177 dit « ben c'est pas grave, tu vas essayer ». Et c'était un peu un défi quelque part, et j'ai eu l'occasion  
178 l'opportunité de pouvoir (sport) avec d'autres personnes qui n'avais pas de handicap et du coup, ça été  
179 une perche tendue quelque part aussi. La notion d'identité est très importante quand on n'a pas de  
180 repères, quand on les perd qui ont est ? on n'est pas qu'une personne handicapée, on est une personne  
181 avec des passions, avec des envies, des espoirs, des projets etc. Moi en tant que sportif c'était hyper  
182 important, donc ça c'était un élément qui était essentiel et la coïncidence était super belle. Et j'ai fait  
183 ma première compétition, un an après mon accident dans un club qui allait être mon premier club valide  
184 après mon accident, fin valide un club FFN après mon accident. Donc c'est ce prof de gym qui m'a orienté  
185 vers X (nom du club) où il entraînait aussi. D'ailleurs, en parlant de ce club, mon entraîneur a quasiment  
186 imposé ma venue en leur disant « moi je veux bien venir au club entraîner les jeunes, il y a un poste qui  
187 est ouvert je le prends mais par contre je viens avec un nageur » et les gens ont répondu « pas de soucis  
188 pourquoi ? » et il leur a dit « c'est un nageur handisport ». Il y a eu un petit blocage au départ et j'ai eu  
189 un moment où le directeur de la piscine et du club et venu me voir en me disant « X, va être employé  
190 l'entretien s'est bien passé et on est ravi de vous accueillir tous les deux, par contre, pour les  
191 entraînements et les groupes tout ça faut qu'on voie encore avec les parents » et là je me dis mais de  
192 quoi il me parle ? Enfaite, ils ont eu besoin de l'aval des parents, pour être sûr que ça pose pas de  
193 problèmes que dans les lignes d'eau, dans l'entraînement un nageur handisport se mélange à des  
194 athlètes, des jeunes qui ne seraient pas en situation de handicap. Ça été maladroite de sa part, les parents  
195 n'ont jamais eu de problèmes, ni cette vision des choses, les parents et les enfants ont dit « mais la  
196 question ne se pose pas, il est nageur compétition, il vient avec son entraîneur X, un nageur qui veut  
197 aller à haut niveau mais c'est évident ». J'étais un peu l'extraterrestre à chaque fois et eux était super  
198 fières en disant ben tiens quelqu'un un peu différent des autres, qui a un projet et on est toujours en  
199 contact avec certains, ils ont suivi ma carrière et tout ça. Et quelques temps après, quand on a changé  
200 de club, là c'est l'inverse, ils avaient peur car je commençais à avoir un palmarès national et ils avaient  
201 peur de pas être à la hauteur de mon projet donc c'était hyper flatteur. Mon entraîneur est parti et moi  
202 je suis restée à X car j'avais mes études donc je suis restée dans mon projet et sportif et scolaire. Donc  
203 là c'était l'inverse quoi et c'était marrant de se dire que quelque temps après, on me demandait si ça  
204 me convenait, si le projet était suffisamment bon pour moi. En clair, si le club était à la hauteur de mon  
205 projet sportif et je trouvais ça très flatteur quelque flatteur. Donc c'est encore une fois une question de  
206 perception des choses et c'est en ça que l'identité d'une personne elle est hyper importante. On peut  
207 très vite par rapport à notre handicap être considéré comme quelqu'un qui ne sait pas faire grand-chose  
208 finalement ou être un peu discriminé quelque part et ça peut très vite faire perdre les pédales, la  
209 confiance d'une personne qui est pourtant un élément extrêmement important pour affronter la vie de  
210 tous les jours après.

211 **M : Comme on parle des professionnels, connaissez-vous l'ergothérapie ? Si oui, pouvez-vous me dire**  
212 **ce que c'est pour vous ?**

213 PI : Ce sont des professionnels qui travaillent pour permettre de trouver des astuces, des outils ou tout  
214 protocoles qui visent à compenser le handicap soit par du travail de posture, du travail de prévention  
215 lors d'un transfert etcetera soit par des outils qui sont construits soit pour compenser le handicap dans  
216 les gestes du quotidien soit pour de la prévention santé tout simplement. Ça peut être des mousses  
217 spéciales entre les jambes pour un flexum important ou des problèmes de contacts suite à une épine  
218 irritative bah on met les protections, ce genre de mousse ou ça peut être tout simplement une vigilance  
219 sur des mesures de postures complémentaire au kiné notamment au fauteuil qui vérifient les points de  
220 contacts sur le fauteuil etcetera. Euh... Ce sont des gens qui font le lien avec les professionnels qui  
221 vendent des fauteuils roulants et la personne par rapport à son handicap par exemple ou qui va

222 simplement adapter un outil du quotidien qui va permettre de se déplacer : canne, fauteuil soit qui va  
223 être utiliser pour manger, pour se changer, utiliser quelque chose. Euh...Ce sont des professionnels qui  
224 travaillent autour de l'aménagement et de l'autonomie de vie mais y compris par des compensations  
225 du handicap sur des appareils, des outils, des objets qui sont transformés soit de la mousse, soit du bois.  
226 Et puis c'est une personne aussi qui va au quotidien, vérifier tout ce qui est mis en place à la maison par  
227 exemple. On pourrait dire que ce sont des magiciens qui transforment les choses pour qu'elles  
228 deviennent fonctionnelles en quelque sorte.

229 **M : C'est ça. Avez-vous eu un accompagnement en ergothérapie dans votre processus de**  
230 **rééducation ?**

231 PI : Les deux sont pleinement imbriqués, il y a eu finalement très peu d'adaptation sauf la planche de  
232 transfert mais ça c'était plus pour la vie de tous les jours car je rentrais à mon domicile le week-end, au  
233 bout d'un certain temps hein pas tout de suite et qu'il fallait qu'on m'aide pour pouvoir prendre une  
234 douche, un bain ou n'importe. C'était aussi plus une vigilance, une sécurité. Mais quand je dis elle à été  
235 quasiment double ou associée directement c'est que ça été principalement pour la fabrication de mon  
236 corset, et de l'adapter le mieux possible pour que je puisse aussi le garder dans mes séances de (sport)  
237 au début. Donc euh, c'est grâce aussi aux ergos qu'on réussis à trouver le bon matériau, une mousse  
238 intérieure qui soit protectrice par rapport aux appuis réguliers sur le corps mais aussi qui sèche vite et  
239 que je puisse le garder et sèche avec. Bon, pour les transferts il y avais pas besoin car il y avait cette  
240 grande poulie, une mise à l'eau qui me descendait et me remontait à l'époque puis ensuite quand j'ai  
241 pu faire tout seul c'était à la force des bras et puis voilà quoi. Il m'ont donné des conseils pour me  
242 transférer au bord du bassin pour me mettre dans l'eau puis après pour m'asseoir sur mon fauteuil parce  
243 que je passais un moment mouillé, un moment à sec donc mes coussins étaient tout trempés après donc  
244 on a regardé ce qui fallait que je fasse, mettre une mousse qui protège, peut être mettre une serviette  
245 dessus. Attention quand je descends à ne pas m'écorcher le bassin, les fesses, pas me blesser les genoux.  
246 Mais c'était plus de la prévention qu'autres choses quoi et de l'adaptation. L'adaptation a eue lieu sur  
247 le corset, sur la minerve.

248 **M : Est-ce que vous pouvez me raconter votre sortie du centre de rééducation, avez-vous été orienté**  
249 **vers un club handisport et comment ?**

250 PI : C'est la chance que j'ai eu de rencontrer un entraîneur handisport et sélectionneur de l'équipe de  
251 France de (nom du sport) handisport, en rééducation, qui m'a proposé d'abord de nager avec des  
252 personnes valides. Et qui m'a proposé de reprendre la compétition, l'entraînement aussi parce qu'il me  
253 voyait me déplacer dans l'eau et que j'avais des qualités aquatiques. J'avais quand même un passé de  
254 nageur derrière moi donc les bons gestes et tout. Même si c'était dur de reprendre la natation parce  
255 que c'était pas la même chose, j'avais pas l'équilibre des jambes, j'avais pas la puissance des jambes  
256 derrière, j'avais pas de deuxième moteur finalement donc je reprenais une natation qui était un peu  
257 différente. Techniquement très proche mais il y avait quand même des petites compensations à avoir  
258 donc des choses à remettre en place. Mais ça été progressif : d'abord c'était possibilités de refaire ce  
259 que je faisais avant, ce que j'aimais faire et de retrouver mon identité parce que j'avais mes maillots,  
260 mes tee-shirt de natation, mes bonnets etcetera et je me disais « bon t'est plus qu'une seule personne  
261 qui a un handicap en rééducation mais de me voir nageur, c'est participer à l'entraînement et t'y vas  
262 tous les jours ». Hum, mais je restais dans un centre de rééducation, où j'étais un petit peu marginal par  
263 rapport aux autres. Quand je suis arrivée en club, je n'étais plus ce héros-là qui était en rééducation et  
264 faisais de la natation en compétition, enfin qui essayé en tous cas. J'étais un nageur parmi tant d'autres  
265 qui avaient beaucoup plus d'expérience que moi, certains avaient fait des compétitions au niveau  
266 international donc c'est moi qui étais inspiré par ces gens gens-là. J'ai inspiré les autres en rééducation

267 en club, c'est moi qui été inspiré par les autres. Et j'ai eu quelques nageurs paralympiques aussi qui ont  
268 été des exemplaires pour moi et que j'ai voulu imiter. Parce que j'étais pas bien bon et je connaissais  
269 pas et puis ils m'ont aidé, on a progressé ensemble. C'est là que la notion de club a pris tout son sens,  
270 de soutien, de solidarité. On est dans un sport individuel mais on est quand même une équipe à  
271 l'entraînement et c'est important, on souffre pareil et voilà donc euh ça a été formateur de retourner  
272 dans un club et puis c'était un retour aussi quelque part à la vie normale, à la vie classique.

273 **M : Dans ce contexte, selon vous, que peut apporter l'ergothérapeute dans l'handisport ?**

274 PI : On parle plus de la partie sportive, pour du matériel mieux adapté ou des adaptations pour être plus  
275 performant dans le sport ou pour permettre à une personne de pouvoir pratiquer le sport. Des mesures,  
276 des objets ou des solutions, trouvées pour aider une personne à pratiquer un sport mais aussi à être  
277 ensuite plus performant. Forcément, la performance ça va d'abord avec la pratique. Un ergo il va  
278 travailler avec les amputés par exemple pour travailler sur son emboiture pour une prothèse  
279 d'athlétisme, sur les manchons d'air, sur le gel pour le moignon, sur une prothèse de bras avec un poids  
280 supplémentaire par exemple. Donc, un ergo va aider un athlète à être dans son milieu sportif plus à  
281 l'aise, que ce milieu soit plus fonctionnel pour lui. Donc pareil, dans la prévention des risques de  
282 blessures il va éviter ça, il va conseiller et en second lieu dans la recherche de performance. Euh... par  
283 exemple, on a un super orthopédiste qui travaille avec des ergos, et tous les skieurs de très haut niveau  
284 ils viennent le voir pour faire des coques sur mesure, l'adaptation du matériel à ce niveau-là est très  
285 important. Euh... des coques spéciales pour permettre à un joueur de tennis d'être mieux être installé  
286 dans son fauteuil, pas se blesser. Tout un tas de matériel qui permet de ne pas se blesser et mettre leur  
287 carrière sportive en péril. Un basketteur qui change de fauteuil de ville pour passer sur un fauteuil  
288 basket, peut-être qu'il a besoin d'un truc spécial pour se transférer pour ne pas se blesser, peut-être  
289 qu'il a besoin d'une aide, d'un gant spécial ou pleins d'autres adaptations possibles. Comme les  
290 transferts on en fait plus, comme on est hypers sportifs quand on est athlète de haut niveau, qu'on a  
291 plusieurs formes de matériel, matériel pour la compétition, matériel pour tous les jours il faut que les  
292 deux soient adaptés quoi. Donc le rôle de l'ergothérapeute c'est aussi de pouvoir adapter le matériel  
293 mais aussi d'apporter une vigilance pour que le sportif, même s'il se connaît très bien, se rendre compte  
294 que cet enchaînement de choses d'activités tous les jours elle est aussi source de fatigue  
295 complémentaire, de blessures possibles qui peuvent avoir une incidence sur la vie quotidienne. Et à  
296 l'inverse, quelqu'un qui a, dans la vie quotidienne quelque chose qui est pas bien adapté, peu avoir une  
297 blessure qui fait qu'on peut le priver de compétition. Malheureusement, la perte de sensibilité, les  
298 problèmes de peau n'importe quoi, c'est compliqué parfois. Qui dit prévention, dit solution pour  
299 améliorer le quotidien quoi.

300 **M : Super, ben déjà merci. J'aimerais terminer cet entretien en demandant votre avis sur mon sujet**  
301 **de mémoire. Je voudrais axer ce sujet sur comment l'ergothérapeute peut-il aider dans le processus**  
302 **de passage du sport au handisport après une blessure médullaire.**

303 PI : Le sujet paraît intéressant car en tant que sportif de haut niveau, ce que je vois c'est que malgré le  
304 sport que je pratique, c'est le sport où il y a pas beaucoup d'adaptations sauf les combi (mais ça c'est  
305 les professionnels qui les vendent), le sport, prend de plus en plus d'ampleur, les performances sont  
306 importantes et pour rivaliser dans certains sports, il faut que le matériel soit performant aussi. Je  
307 garderai toujours à l'esprit que c'est l'homme qui fait la performance, c'est pas le matériel. Donc  
308 l'ergothérapeute concourt aussi à faire en sorte qu'il y ait une meilleure perception du sport  
309 paralympique et concourt à ce qu'une personne en situation de handicap puisse participer à des sports  
310 même à très haut niveau. Mais dans ce processus d'acceptation du handicap et de pratique sportive, on  
311 passe par une ergo avant d'y arriver, souvent.

312 [Silence] Pour revenir à ce que je disais sur le sport et la performance sportive, les grandes marques  
313 manquent d'ergos je pense [Rires]. Les designers qui font de la R&D qui font des designs, des chaussures  
314 comme-ci, comme-ça avec des supports entre les pieds et des renforts, des chaussures qui courts toutes  
315 seules maintenant. Soi-disant que oui il y a un confort, oui il y a une innovation technique incontestable,  
316 chaque foulée on sait que sur un marathon ça compte, bon, la paire de chaussure coûte chère en plus.  
317 Mais à ce qu'à un moment donné il y a pas les ergos qui vérifient la pollution du pied, varus ou autre.  
318 Est-ce que il y a pas les ergos qui vérifient à un moment donné dans les prothèses à myocarbonate. Ben  
319 dans la R&D des grandes marques, il manque des ergos je pense qui puissent aller, en complément de  
320 la R&D, faire des préconisations pour qu'il y est toujours la prise en compte de la notion de bien-être  
321 pour une personne sur la santé, avant la blessure. Il y a pleins de gens qui ont été mal orientés et qui  
322 font du sport à haut niveau, qui sont pas du tout aidés et qui continuent à faire du sport et qui ont un  
323 bassin de traviole etcetera et l'incidence dans leur vie elle est grave. Donc euh, puisque la question de  
324 la santé prend de plus en plus d'ampleur, vous avez un rôle de tampon un peu, un rôle de garde des  
325 fous quoi, pour dire « attention là vous allez trop loin » ou une adaptation plus cohérente pour qu'on  
326 arrive à être plus pertinent. Et après forcément dans la recherche de la très haute performance, comme  
327 c'est le corps qui l'a fournie a performance et qu'il y a un lien étroit avec l'appareil ou l'appareillage, là  
328 aussi vous avez votre mot à dire mais vous êtes pas assez consultés. Moi j'ai pas eu beaucoup besoin  
329 d'ergo mais par contre je sais à quel point c'est important. Donc, jusqu'à quel stade un ergo peut être  
330 utile et quel est sa valeur ajoutée par rapport à la performance d'un athlète qui est organisé par un  
331 coach, un entraîneur mais y compris par rapport à la production d'un matériel organisée par une  
332 entreprise, par un fournisseur de matériel : basket, chaussures... Comment l'ergo va pouvoir amener un  
333 stade de performance en plus ? [Silence] « Donc, dans tous les sports où il y a un rapport avec le fauteuil,  
334 je pense que oui ! Et de ce côté-là, dans le sport il y a peu d'ergo. L'ergo c'est surtout quand on va en  
335 rééducation, pour trouver une solution pour faire du sport. A très haut niveau, on se dit « oh mais  
336 maintenant c'est des athlètes de haut niveau » oui, c'est assez vrai en général mais il y a quand même  
337 une partie de la population sportive de très haut niveau qui a besoin de gens qui sont capables de  
338 trouver des astuces meilleures encore et ça c'est votre rôle. Donc ton sujet il est hyper intéressant par  
339 rapport à ça car il y a un métier d'avenir je pense qui est à développer, à faire grandir, à faire murir  
340 notamment en ce qui concerne le haut niveau. Et puisque le sport paralympique et les jeux  
341 paralympique est encore plus médiatisé maintenant, et qu'on a les jeux à Paris en France, est ce qu'on  
342 ne peut pas sortir une fabrique française, d'ergos français qui sont orientés vers le sport qui  
343 accompagnent les équipes de France dans la perspective de Paris 2024 pour que les athlètes français  
344 soient un peu meilleurs. En ski par exemple, avec la différence de température en ski nordique etcetera,  
345 avec le tir, ils mettent leur corps à rude épreuve puis à des températures élevées parfois. Là en Chine à  
346 Pékin il faisait très très froid on était tous couverts avec des trucs pour protéger la peau pour pas se  
347 brûler etcetera. L'ergo il a son mot à dire là-dessus. Et euh ça concourt vraiment au bien en soi, se dire  
348 qu'on est bien, qu'en est en bonne santé, se dire qu'on a toutes les adaptations nécessaires ça concourt  
349 clairement à être une belle aide pour la performance. Donc l'idée ça serait de savoir à quel niveau l'ergo  
350 peut intervenir, jusqu'à quel point il peut être utile et quelle valeur ajoutée il peut avoir en termes de  
351 performances notamment grâce à des aides techniques, qui sont des aides de très haut niveau on va  
352 dire. C'est le lien entre l'athlète de haut niveau, la haute performance et le médical quoi. L'ergo il est  
353 un peu entre les deux parfois. J'extrapole beaucoup la fonction, elle est beaucoup plus importante que  
354 ça dans le quotidien mais c'est un élément important. Et encore une fois, pour des personnes dont on  
355 parle peu qui ont un lourd handicap et qui font du sport, l'ergo a vraiment un rôle très important. Dans  
356 le confort du quotidien, en avion, en compétition, en hôtel dans le village paralympique il y a pas de

357 chambres pour les gens qui sont nageurs, pour les gens qui sont en Boccia, non. Les chambres sont  
358 toutes les mêmes et faut adapter les lits, faut adapter les trucs. Nous on était sur des lits qui étaient en  
359 carton, c'était super confortable, bon matelas etcetera mais je suis nageur et c'est un truc avec un  
360 sommier dur. Quelqu'un qui est grand, qui fait 1m75 et 80/90 kilos ça marche pas. Les jeux mettent en  
361 avant parfois des gens qui sont très très grands, j'ai connu un garçon qui faisait du volley-ball assis, qui  
362 fait 2 mètres 45 et d'améliorer son confort au quotidien à l'entraînement ou en compétition ça le rend  
363 plus performant. Parce que lui, sont problème, ce n'est pas d'être performant mais pour qu'il joue, il  
364 faut qu'on puisse assurer qu'il dorme bien, qu'il a un fauteuil adapté. En plus, son corps comme il est  
365 très grand, demande beaucoup plus d'énergie donc en mettant en place un fauteuil adapté ça aurait  
366 été bien ! Donc oui, en tant qu'ergo, l'incidence du quotidien peut, en fonction du handicap avoir une  
367 incidence sur la performance. Ouais un coussin de confort, un dossier différent pour se transférer, être  
368 mieux installé par exemple. Quand on est parti à Londres, on est partis en Eurostar de paris, 3 heures,  
369 ils avaient enlevé la SNCF tous les sièges, tout démontés en pensant que les gens resteraient 3 heures  
370 dans leur fauteuil, j'étais fous. J'ai dit mais pourquoi ? Moi j'me transfère dans un fauteuil, je vais pas  
371 rester dans mon fauteuil 3 heures assis là, j'vais me tuer le dos, c'est fatigant « ah bon, on pensez pas  
372 vous transférez ». L'ergo aurait pu voir ça avec la SNCF. Pour les couverts aussi, au village Olympique et  
373 Paralympique, c'est le même village, il y'a les couverts classiques en bois, bon en fonction ce qui a, des  
374 plats, des bols, des trucs, peut être que là l'ergo pourrait venir avec des choses un peu adaptées ça  
375 pourrait être bien.

376 **M : Je vous remercie d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions. Si vous le souhaitez, je**  
377 **pourrais vous informer de l'avancée de mon travail et même vous le faire passer quand il sera fini.**

378 PI : Avec plaisir Maurine.



## Annexe C : Méthodologie de recherche documentaire

<p><b>Méthodes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche à partir des mots clés sur les bases de données</li> <li>• Recherches dans les bibliographies des textes trouvés</li> <li>• Recherches dans les bibliographies de livres</li> <li>• Pour l'anglais : recherche de ces mots clés mais en anglais ; changement de région dans le paramètre de Google.</li> </ul>
<p><b>Mots clés</b></p>	<p>Ergothérapie – Activité sportive - Sport - Blessés médullaires – Lésion médullaire – Athlète – Sportifs – Handisport – Participation sportive</p>
<p><b>Keywords</b></p>	<p>Occupational therapy – Physical and sporting activity – Sport – Spinal cord injury –Athletes – Disabled sport – Sports participation</p>
<p><b>Équations de recherche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sport <b>ou</b> activité sportive <b>et</b> blessure médullaire</li> <li>• Handisport <b>et</b> blessure médullaire <b>ou</b> lésion médullaire</li> <li>• Ergothérapie <b>et</b> sport <b>ou</b> activité sportive</li> <li>• Ergothérapie <b>et</b> blessure médullaire <b>ou</b> lésion médullaire</li> <li>• Participation sportive <b>et</b> blessure médullaire</li> <li>• Activité signifiante <b>et</b> ergothérapie</li> </ul>
<p><b>Bases de données utilisées</b></p>	<p>Cairn PubMed Google Scholar EM premium ODT Base Elsevier</p>

**Annexe D : Tableau récapitulatif de la recherche documentaire par thèmes**

Thèmes	Références documents	Mots clés	Type d'études	Niveau évidence	Idées principales à retenir
Lésions médullaires	2015 Réhabilitation of SCI  Nas et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spinal cord injury</li> <li>- Tetraplegia</li> <li>- Paraplegia</li> <li>- Rehabilitation</li> </ul>	Revue de littérature	Q2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus de 40 millions de personnes dans le monde sont atteints de BM</li> <li>- Le plus souvent ce sont des hommes jeunes (20-35 ans)</li> <li>- L'ASIA est utilisée pour classer les lésions médullaires.</li> <li>- Lien entre type d'atteinte (complète/incomplète), niveau d'atteinte et état fonctionnel</li> <li>- Tétraplégie = atteinte de la moëlle épinière cervicale (C1-C8) avec perte motrice ou/et sensorielle.</li> <li>- Paraplégie = atteinte de la moëlle épinière thoracique, lombaire ou sacrée avec perte motrice ou/et sensorielle.</li> <li>- Complications. relation entre complications et qualité de vie</li> <li>- Chez les paraplégiques complets, les exercices de renforcement du MS pendant la période subaiguë sont importants pour transferts...</li> <li>- Blessés médullaires incomplet → peuvent marcher : à partir T12.</li> <li>- L'ergothérapie est importante dans le processus de réhabilitation</li> <li>- « L'ergothérapie est planifiée et mise en œuvre en fonction des caractéristiques sociales et culturelles des individus, du niveau d'éducation, des traits de personnalité, des intérêts, des valeurs, des attitudes, des comportements avant et après la blessure » (traduction libre)</li> <li>- Younstrom MJ (2002) : « Une variété d'activités (par exemple, sports) » [traduction libre] sont utilisés comme objectif du traitement occupationnel.</li> </ul>
	2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spinal cord injury</li> <li>- Time use</li> </ul>	Revue de littérature	Q1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La blessure médullaire est un handicap acquis</li> <li>- Elle impacte la participation</li> </ul>

	<p>Time use following Spinal Cord Injury : An examination of the literature</p> <p>--</p> <p>British Journal of occupational therapy</p> <p>Barclay et al.</p>	<p>- Participation occupation</p>	<p><b>But</b> : identifier comment les personnes atteintes de blessure médullaire utilisent leur temps et mesurer leur satisfaction de leur engagement dans les occupations, à la sortie de leur séjour en réadaptation.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La manière dont une personne réalise ses activités quotidiennes peut changer de manière significative après une incapacité permanente ou un traumatisme.</li> <li>- "The types of leisure interest that the person previously engaged in may no longer be possible"</li> <li>- L'utilisation du temps peut aussi changer : besoin de plus de temps pour les soins personnels par exemple, cela impacte sur le temps alloué aux autres activités</li> <li>- (Schonherr et al) : après BM, participation aux loisirs et productivité change. Une diminution de la qualité de vie est corrélée à une situation de loisirs non satisfaisante.</li> <li>- Il est important pour les ergothérapeutes de connaître l'utilisation du temps et l'influence sur la santé</li> <li>- Connaître les raisons et les manières de faire ce que les individus initient dans un contexte particulier, fait partie des fondements de l'ergothérapie</li> <li>- Besoin d'autres études pour savoir si BM s'engage dans leurs activités significatives.</li> </ul>
	<p>2002</p> <p>Chapitre 4 : affections à l'origine de déficiences motrices « Les lésions médullaires traumatiques et médicales »</p>		<p>Article d'un chapitre d'un livre :</p> <p>« Déficiences motrices et situations de handicaps, aspects sociaux, psychologique</p>	<p>Non connu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition lésions médullaires, épidémiologie, conséquences, traitements.</li> <li>- La LM apparaît le plus souvent à la suite d'un traumatisme « 70-80% des cas » et chez le jeune sujet masculin (15-35 ans)</li> <li>- Les lésions médullaires entraînent des troubles moteurs (motricité volontaire = paralysie ; motricité réflexe = troubles du tonus musculaire = spasticité ou flasque) + sensitifs (sensibilités superficielle et profonde).</li> <li>- Autres conséquences possibles comme : spinctériens, véciaux, intestinaux, génito-sexuels, circulatoire, osseux + neurovégétatifs et respiratoires si la lésion est plus haute que la 6<sup>ème</sup> vertèbre lombaire.</li> <li>- La BM désigne uniquement les lésions médullaires d'origine traumatique « elles entraînent des para/tétraplégies médullaires traumatiques (d'où le</li> </ul>

	Désert  Pages 235-245		s, techniques, sociaux et législatifs", Édition APF 2002.		nom de blessés médullaires donné aux personnes atteintes de cette façon). » - Le sport est un élément important pendant la rééducation mais aussi après (réadaptation) « recommandés, tant lors de la phase de rééducation active au centre de rééducation, qu'à titre d'entraînement par la suite »
<b>Activité sportive</b>	2014 La naissance du sport paralympique en France : De la rééducation à la sportivisation (1954-1972)  Ferez et al	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sport</li> <li>- Handisport</li> <li>- Institutionnalisation</li> </ul>	Papier de conférence	Non connu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le sport a évolué : peu à peu il s'est institutionnalisé (avec les fédérations)</li> <li>- « Le mouvement handisport passer d'un modèle « médical » à un modèle « sportif »</li> <li>- Création de la FFH en 1977 qui remplace la fédération française des sports pour handicapés physiques de France (créée en 1963)</li> <li>- Changement de modèle du handisport avec l'évolution de la société : passage d'un « modèle médical » à un « modèle sportif »</li> </ul>
<b>Activité sportive et lésion médullaire</b>	2012 The perceived benefits and barriers of sport in spinal cord injured individuals: a qualitative study  Stephens et al.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paraplegia</li> <li>- Sport</li> <li>- Participation</li> <li>- Tetraplegia</li> <li>- Wheelchair sport</li> <li>- Spinal cord injury</li> </ul>	Étude qualitative : entretiens semi-structurés	Q1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les <b>avantages</b> du <u>sport structuré</u> identifiés : sociaux, psychologiques, émotionnels et physiques</li> <li>- Sociaux : en voyant leurs pairs pratiquer un sport, les personnes blessées médullaires prennent conscience de ce qu'elles peuvent faire. Le sport peut être utilisé par les personnes avec une blessure médullaire comme moyen pour prouver leurs capacités et dépasser le handicap.</li> <li>- Psychologiques : les personnes blessées médullaires subissent une diminution de l'estime de soi qui peut être réhaussée par la pratique d'un sport = changer les regards sur le handicap, prouver ses capacités, réassurance, être vu comme un sportif.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physique : réduction de la douleur et d'apparition d'escarres, maintien du poids, augmentation des aptitudes fonctionnelles (force = réalisation des transferts plus faciles)</li> <li>- Émotionnels : moyen de s'évader et penser à autre chose.</li> </ul> <p>Ces avantages évoluent et fluctuent en fonction du moment après la BM. La socialisation par le sport étant plus importante juste après une BM, tandis que plus tard ce sont les avantages liés au bien-être qui sont mis en avant.</p> <p>&gt; <b>Obstacles</b> : à la participation sportive</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspect organisationnel : augmentation du temps nécessaire pour réaliser les tâches après une blessure médullaire = moins de temps de pratique + coût du matériel + gestion accès aux équipements sportifs</li> <li>- Santé : impossibilité de pratiquer due à des complications médicales.</li> <li>- Aspect émotionnel : manque de confiance en soi, regards des autres, acceptation de la BM..</li> <li>- <u>Informations non suffisantes sur les possibilités sportive pendant mais surtout après hospitalisation.</u> = besoin d'être orienté vers les sports adaptés à leur handicap et capacités.</li> <li>- Nécessité de se renseigner sur les protocoles utilisés dans les centres de rééducation pour sport BM ?</li> </ul> <p><b>Résumé</b> : De nombreux bénéfices sociaux, psychologiques, physiques et émotionnels de la pratique sportive après une blessure médullaire sont identifiés par les personnes concernées. Néanmoins, ces personnes sont confrontées à des difficultés d'accès au sport comme le manque de financement des FR de sport et d'informations et la manque d'accès aux établissements.</p>
--	--	--	--	--

	<p>2011 Going for Gold : Undestanding Occupational Engagment in Elite-Level Wheelchair Basketball Athletes</p> <p>Garci &amp; Mandich</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sports</li> <li>- Qualitative research</li> <li>- Spinal cord injury</li> <li>- Basketball Athletes</li> <li>- Elite-level</li> <li>- Occupational Engagment</li> </ul>	<p>Étude qualitative</p> <p><b>But :</b> Comprendre les raisons de l'engagement occupationnel des athlètes avec un handicap physique des membres inférieurs</p>	<p>Q1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Meyer (1921/1982) a reconnue l'importance de l'occupation, y compris de la participation aux loisirs et aux sports"</li> <li>- Les motifs principaux d'engagement dans cette occupation sont : la reconnaissance comme athlète, création de lien social, moyen de surmonter le handicap,</li> <li>- Une des raisons de s'engager dans ce sport est d'entretenir ses capacités physiques donc l'indépendance.</li> <li>- Pratiquer sert à faire connaître et reconnaître la discipline handi comme un sport à part entière.</li> <li>- L'engagement occupationnel favorise le bien-être et la santé, contribue à définir l'identité de la personne.</li> </ul> <p><b>Résumé :</b> L'étude montre l'importance de l'engagement occupationnel pour les personnes en situation de handicap physique membres inférieurs.</p>
	<p>2000</p> <p>Factors influencing sport participation among athletes with spinal cord injury</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wheelchair sport</li> <li>- Socialization</li> <li>- Rehabilitation</li> </ul>	<p>Étude pilote : comparaison groupe sportif et groupe non sportif avant la lésion puis après la lésion.</p> <p><b>But :</b> Évaluer la participation au sport des blessés</p>	<p>Q1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La relation pré / post blessure médullaire et le sport prend une place de plus en plus grande.</li> <li>- Inclure le sport dans le processus de réadaptation permet aux BM de maintenir un mode de vie au plus proche d'avant la blessure et améliorer leurs atteintes futures concernant les activités.</li> <li>- La participation à des sports après une blessure a de nombreux avantages avec une BM</li> <li>- Des études ont montré que le retour des personnes BM dans la collectivité est accompagné par une participation restreinte aux sports et aux loisirs</li> <li>- La personne BM adapte ou crée de nouvelles routines après la blessure : soit car elles voient d'autres personnes faire (socialisation) ou seul</li> </ul>

	Sheng k., Wu and Trevor Williams		médullaires avant et après leur blessure		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Athlètes sportifs avant BM commencent plus tôt le sport après BM</li> <li>- Connaître quelqu'un de sportif favorise l'adoption du sport</li> <li>- Les BM rencontrent des difficultés à avoir des FR adaptés au sport + à apprendre leur sport d'avant mais en FR (nouvelles compétences)</li> <li>- Les non actifs avant la BM ne savait pas comment s'entraîner ou s'adapter aux entrainements</li> <li>- Les pairs (sportifs handicapés) est un ancrage important</li> <li>- Les actifs avant BM peuvent s'appuyer sur leurs routines d'avant alors que les autres non</li> <li>- Les amis sportifs et thérapeutes sont une première source d'information très importante</li> <li>- « We need to consider whether the relatively low contribution of therapists among athlete is an indication that SCI rehabilitation professionals should educate patients more with respect to sports training and leisure activities.»</li> <li>- « Quel rôles les professionnels de réadaptation doivent jouer dans le développement des connaissances sportives qui peuvent affecter le soin à long terme et la gestion de la BM ? »</li> <li>- Hypothèse : la participation des professionnels de réadaptation dont les ergothérapeutes, sont importante pour la participation sportive des BM mais ils doivent suivre de formation.</li> <li>- Pour offrir des activités sportives et de loisirs appropriés aux BM, les professionnels de la réadaptation doivent améliorer leur programme de traitement.</li> </ul>
	2022 The impact of sport participation for individuals	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercise</li> <li>- Para-athletes</li> <li>- Quantitative research</li> </ul>	Etude de la portée	Q2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La santé physique, psychologique et sociale est influencée positivement par la pratique régulière d'un sport</li> <li>- Plusieurs études ont prouvés que le sport permet une meilleure indépendance</li> </ul>

with spinal cord injury : a scoping review  Cheung et al	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spinal cord injuries</li> <li>- Sport</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le sport permet d'améliorer le gain fonctionnel car il regroupe un ensemble de conditions, qu'on retrouve dans la plupart des tâches quotidiennes tels que l'environnement incertain et la nécessité d'adaptation.</li> <li>- Le sport augmente la qualité de vie et l'estime de soi</li> </ul> <p><b>Résumé :</b> cet examen de portée met en avant les bénéfices de la pratique d'une activité sportive.</p>
2009 Influence of Sport Participation on Community Integration and Quality of Life: A Comparison Between Sport Participants and Non-Sport Participants With Spinal cord Injury  McVeigh et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spinal cord injury</li> <li>- Tetraplegia</li> <li>- Paraplégia</li> <li>- Disability</li> <li>- Sport participation</li> <li>- Wheelchair sports</li> <li>- Community reintegration</li> <li>- Quality of life</li> </ul>	Étude transversale  Résidents canadiens <ul style="list-style-type: none"> <li>- + 16 ans</li> <li>- C5 ou moins</li> <li>- blessure de + de 1 an</li> <li>- Ne sont plus hospitalisés</li> </ul>	Q2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lien entre la participation a des sports après une lésion médullaire et la qualité de vie : qualité de vie meilleure si pratique des sports.</li> <li>- Pratiquer des sports augmente intégration dans la société (réinsertion sociale)</li> <li>- Les personnes qui pratiquaient avant la lésion médullaire sont plus susceptibles de se rengager dans un sport après.</li> <li>- La participation au sport après une lésion médullaire est influencée par le niveau de sensibilisation en centre de rééducation. Plus il y a eu une sensibilisation et plus les personnes reprennent /commencent un sport après lésion médullaire.</li> <li>- La participation sportive doit être prise en compte dans les programmes de réadaptation pour les LM car elle permet d'avoir des meilleurs résultats dans ce processus.</li> <li>- Plus le niveau de pratique d'un sport est élevé, plus l'intégration dans la communauté est forte après une lésion médullaire.</li> <li>- La pratique de sports avant une lésion médullaire peut être utilisée pour dans la phase de réhabilitation comme facteur favorisant l'intégration sociale.</li> </ul>
2000 Sports, recreation and employment	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spinal cord injury</li> <li>- Sports</li> <li>- Recreation</li> </ul>	Étude pilote : questionnaires 100 patients adultes avec	Q2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La reprise du sport est un des objectifs clés de la réadaptation</li> <li>- Le sport pour la personne LM permet d'augmenter la maîtrise du fauteuil roulant, une qualité de vie meilleure.</li> <li>- Le sport augmente l'indépendance des LM.</li> </ul>



	<p>following spinal cord injury – a pilot study</p> <p>Tasiemski et al.,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Education</li> <li>- Employment</li> </ul>	<p>LM C5 ou inférieure, en fauteuil roulant.</p> <p>Royaume unis</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les principales raisons de pratique comme : augmentation de la masse musculaire du haut du corps, amélioration de l'image de soi et de la douleur.</li> <li>- Passage de fréquence de participation à des activités sportives de 42% avant la LM à 20%</li> <li>- Les raisons d'arrêt sont le manque d'accès aux équipements sportifs et la non-appréciation des sports adaptés aux personnes en situation de handicap et la non-possibilité de reprendre leur sport préféré.</li> </ul>
	<p>2007</p> <p>Impact de la pratique sportive sur l'autonomie et la qualité de vie du paraplégique</p> <p>Tlili et al.,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paraplégie</li> <li>- Autonomie</li> <li>- Qualité de vie</li> <li>- Activité physique et sportive</li> </ul>	<p>Étude qualitative : groupe sportif (10) versus groupe sédentaire (15)</p> <p><b>But</b> : Étudier le retentissement d'une pratique physique et sportive régulière sur l'autonomie et la qualité de vie du paraplégique Tunisien.</p>	<p>Q2 / Q3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La paraplégie entraîne diverses déficiences qui se traduisent par une diminution de l'indépendance dans AVQ ainsi qu'une restriction de la participation sociale</li> <li>- La paraplégie n'a pas seulement que des conséquences sur le corps : « risque de dépression, repli sur soi et isolement ».</li> <li>- Le sujet paraplégie vit « crise identitaire »</li> <li>- Nombreux bienfaits APS chez paraplégique</li> <li>- Pratiquer APS améliore indépendance fonctionnelle : soins personnels et mobilité</li> <li>- L'activité sportive permet l'amélioration de la qualité de vie et une meilleure réinsertion socio-professionnelle</li> <li>- La pratique sportive peut diminuer les douleurs chez le paraplégique.</li> </ul> <p>- !! traite que de la paraplégie !!</p>

	<p>2006</p> <p>L'épreuve du corps paralysé dans l'apprentissage sportif</p> <p>Barbin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pratique sportive</li> <li>- Blessure médullaire</li> <li>- Reconstruction identitaire</li> <li>- Deuil</li> </ul> <p>Activités physiques adaptées</p>	<p>Article descriptif - avis d'expert</p>	<p>Non connu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La blessure médullaire est due à un <b>accident</b> et entraîne « un déficit neurologique majeur »</li> <li>- Les conséquences de la blessure médullaire concernent le corps mais aussi l'esprit</li> <li>- La BM entraîne le passage du statut de valide à personne en situation de handicap. Cette transition est difficile.</li> <li>- A cela s'ajoute le deuil de leur ancien corps ce qui impacte négativement leurs engagement et motivation.</li> <li>- Pendant la période de rééducation, l'équipe pluridisciplinaire doit favoriser la reconstruction identitaire et l'estime de soi</li> <li>- Le traumatisme constitue un bouleversement où la personne vit une « crise identitaire »</li> <li>- La BM entraîne des difficultés dans la vie quotidienne, qui amènent la personne à réapprendre à faire les activités de la vie quotidienne qu'elle faisait avant la lésion</li> <li>- Les activités physiques adaptées (APA) et le sport ne n'ont pas la même définition :</li> <li>- APA = ensemble des situations motrices, spontanées et organisées, qui tend à mettre en valeur l'identité individuelle et sociale du blessé médullaire »</li> <li>- Le sport cherche « la performance et rendement humain »</li> <li>- L'expérience sportive façonne une image positive du corps</li> <li>- Le sport est un moyen renouer avec l'image de son corps + accompagne reconstruction identitaire</li> <li>- S'épanouir dans une pratique sportive permet à la personne BM de dépasser son handicap et d'avoir image de soi positive.</li> <li>- Il faut lui donner la possibilité de retrouver son rôle de sportif : pour une personne anciennement sportive, la reprise du sport lui permet de retrouver ses repères</li> </ul>
--	---	---	---	------------------	--

					Les pairs et valides sportifs de la personne blessée médullaire sont des personnes auxquels elle va s'identifier.
	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Occupational therapy</li> <li>- Sport</li> <li>-</li> </ul>	<p>Étude de la portée</p> <p><b>But :</b> Connaître la littérature anglaise existante sur le sport en tant qu'occupation de loisirs pour l'ergothérapeute pour montrer les possibilités des ergothérapeutes à considérer dans leur pratique le sport</p>	Q1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Sport is therefore important for the promotion of physical, mental and social health and well-being and may be used by occupational therapy practitioners to promote these benefits for clients</i> »</li> <li>- Le sport peut être utilisé à des fins thérapeutiques, ce qui coïncide avec le métier d'ergothérapeute</li> <li>- La participation à des sports a de nombreux bénéfices auprès des personnes pathologiques. Les ergothérapeutes peuvent s'en servir pour promouvoir le bien-être et la santé mentale et physique.</li> <li>- « the body of knowledge on sport in occupational therapy practice needs to be expended »</li> <li>- Peu d'écrits dans ce champs (ergothérapie et sport) : « this number is small and the topic is therefore an important area for future research efforts »</li> <li>- Une seule étude fait référence aux modèles conceptuels. Alors : "future research in this area might consider more explicit connection to theory relevant to occupational therapy practice and research"</li> <li>- Cette revue d'articles permet de projeter comment l'ergothérapeute peut utiliser le sport dans sa pratique.</li> <li>- "lack of recent published research on sport in occupational therapy"</li> <li>- Le manque d'écrits sur ce sujet empêche de réaliser des confrontations d'articles.</li> <li>- La participation sportive est bénéfique</li> <li>- Des études mettent en avant les bénéfices de la pratique sportive : pour les blessés médullaires, elle va améliorer les capacités fonctionnelles et la santé.</li> <li>- Les ergothérapeutes doivent inclure le sport en tant qu'activité de loisirs dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de leurs clients.</li> </ul>

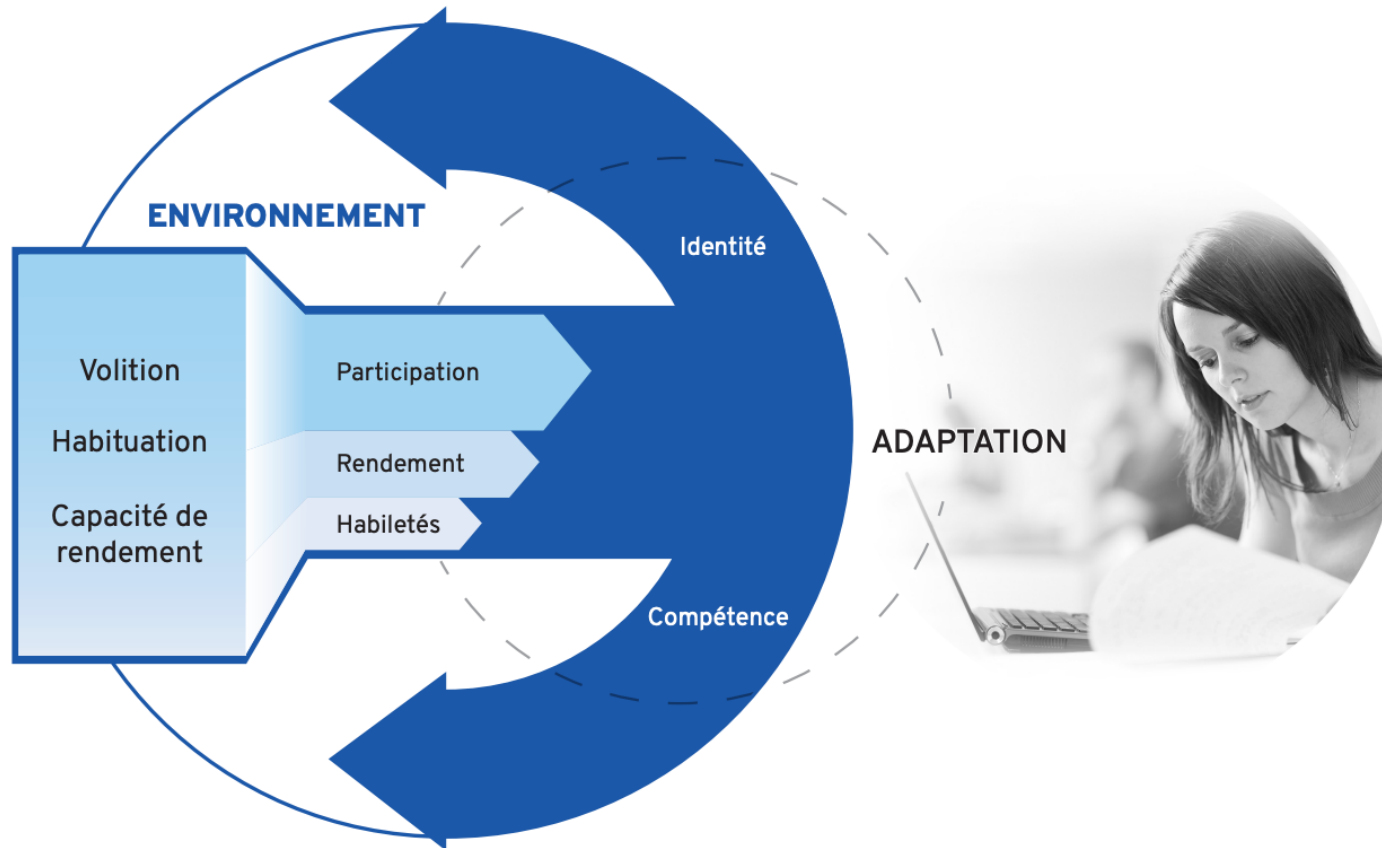
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessité d'effectuer des recherches futures pour comprendre et argumenter la pertinence de l'utilisation du sport en ergothérapie.</li> <li>- Le sport est une activité faisant partie d'un des domaines de l'occupation humaine : les loisirs. Avec la productivité et les soins personnels.</li> <li>- En vue des bénéfices identifiés du sport : son impact sur la santé et la qualité de vie, cela est curieux et questionne sur la raison de la non-utilisation du sport comme moyen thérapeutique par les ergothérapeutes</li> </ul>
<b>Activité sportive et ergothérapie</b>	<p>2021</p> <p>Occupational therapists' experience of enabling people to participate in sport</p> <p>--</p> <p>British Journal of occupational therapy</p> <p>Bullen and Clarke</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Occupational therapy</li> <li>- Sport</li> <li>- Diverse settings</li> <li>Non-traditional practice</li> </ul>	<p>Étude qualitative</p> <p>5 entretiens semi-structurés avec des ergothérapeutes qui travaillent dans les milieux non traditionnels (centres de loisirs, organismes de formation, centre de réadaptation militaire...)</p>	Q2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour participer à la réduction des inégalités et à l'amélioration des qualités de vie, les ergothérapeutes s'intéressent à des nouveaux champs d'intervention. La pratique des ergothérapeutes s'étend de plus en plus au-delà de ces cadres classiques. Mais il existe un manque d'études pour appuyer ces nouveaux cadres de pratique dont l'activité sportive.</li> <li>- L'existence d'autres professionnels du sports plus expérimentés dans ce domaine peut expliquer le peu d'écrits en ergothérapie et le sport mais des écrits mettent en avant le manque de ces professionnels du sport en matière de : connaissances du handicap et de ses complexité, connaissances pratiques (beaucoup de cours théoriques) : les kinésithérapeutes manquent de connaissances sur la santé mentale alors que les ergothérapeutes ont les connaissances sur la santé à la fois mentale et physique.</li> <li>- Ce sujet est encore trop peu exploré malgré les recherches soulignant la place de l'ergothérapeute pour permettre la participation aux sports. Des recherches futures sont nécessaires pour appuyer l'identité des ergothérapeutes (encore mal définie aujourd'hui), surtout dans ces cadres nouveaux.</li> <li>- Importance pour les ergothérapeutes d'inciter la participation aux activités signifiantes et significatives pour leur santé et bien-être</li> <li>- Relations entre le faire, l'activité et le bien-être</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importance de prendre en compte les besoins personnels et d'avoir une approche client-centré + vision holistique</li> <li>- Les ergothérapeutes utilisent des concepts des sciences de l'occupation</li> <li>- Se réengager dans le sport à un impact sur le sentiment d'appartenance à la communauté et sur le bien-être</li> <li>- Withers et Shann (2008) : il est nécessaire pour les professionnels et étudiant de démontrer le rôle de l'ergothérapeute en s'appuyant sur ses compétences propres à ce métier + toujours en s'appuyant sur l'occupation pour démontrer notre <b>identité professionnelle</b>.</li> <li>- L'occupation doit être notre ligne directrice et permet de se distinguer des autres professions.</li> <li>- Les ergothérapeutes se distinguent avec les autres professionnels par leurs compétences propres au métier : adaptation et graduation des activités à leur clients, sensibilisation du handicap et formation envers les autres professionnels, adaptation environnement.</li> <li>- Permettre aux étudiants de réaliser des stages dans les domaines peu explorés par l'ergothérapeutes permet de les sensibiliser à cette pratique. <i>« Il est donc suggéré que les universités forgent de nouveaux partenariats avec les organismes de sports et de loisirs et soutiennent l'expansion de la profession dans ce nouveau domaine »</i></li> <li>- Les ergothérapeutes ont leur place pour augmenter la participation aux sports avec les autres professionnels du sport en apportant des compétences complémentaires.</li> </ul>
	2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapie</li> <li>- Activités sportives</li> <li>- Limitations physiques</li> </ul>	Article de revue (er-go, revue des ergothérapeutes du Québec)	Non connu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auteurs : EAPA + ergothérapeute</li> <li>- La sédentarité est un problème de santé publique car c'est un facteur de risques de mortalité. Elle est encore plus importante chez les personnes avant incapacités fonctionnelles, qui sont plus exposées à ces risques.</li> <li>- L'ergothérapeute, en tant que professionnel de l'occupation a probablement <i>« un rôle à jouer pour favoriser l'accessibilité des activités</i></li> </ul>

	<p>les personnes ayant des limitations fonctionnelles</p> <p>Cristea et Boulenger</p> <p><b>Quebec</b></p>	-	<p>Enrichir les connaissances sur la place de l'ergothérapeute dans le sport pour les personnes avec des limitations physiques</p>	<p><i>sportives pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles</i> ».</p> <p>L'ergothérapeute à un rôle pour faciliter l'accès aux activités sportives à travers 4 axes : la sensibilisation et la promotion, l'évaluation et la proposition d'AS adaptée à ses patients, apports de ressources, graduation de l'activité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les activités sportives si situent entre l'activité physique et le sport récréatif en termes de niveaux de recherche de performance et de compétitivité.</li> <li>- Sport adapté = soit sport spécialement handi soit « sport régulier » mais réaménager pour ces personnes</li> <li>- Bénéfices tant au niveau physiologique, psychologique et social de l'individu</li> <li>- Importance d'informer à la fois sur les bénéfices que sur les points négatifs</li> <li>- Les possibilités de pratiques sont définies en fonction des possibilités et limitations de la personne mais aussi des contre-indication à la pratique</li> <li>- Bénéfices AP : diminution complications, discrimination, isolement social, dépression, augmentation estime de soi et acceptation handicap</li> <li>- Rôle d'information des patients, de leur entourages et équipe sur les nombreuses possibilités d'activités sportives qui existent</li> <li>- Sports peu abordés en formation au Quebec</li> <li>- D'autres modèles spécifiques existent : modèle de l'expérience de loisirs inclusive, modèle de l'effet des perceptions sur la pratique d'activités de plein air, physical activity for people with disability model ...</li> <li>- Pour guider notre patient il faut déjà avoir les connaissances</li> <li>- L'ergothérapeute va agir sur l'environnement pour adapter l'activité</li> <li>- L'ergothérapeute de par sa créativité peut adapter l'activité sportive de différentes façons pour répondre aux besoins</li> </ul>
--	--	---	--	---

	<p>2020</p> <p>Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : une recension des écrits</p> <p>Bertrand</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité physique et sportive</li> <li>- Ergothérapie</li> <li>- Engagement occupationnel</li> <li>- Équilibre occupationnel</li> <li>- Transaction</li> </ul>	<p>Revue de littérature</p>	<p>Non connu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'APS à des effets bénéfiques sur le bien-être et la qualité de vie.</li> <li>- augmentation sédentarité qui est à l'origine de nombreux problèmes de santé = promouvoir l'APS est enjeu de la santé publique</li> <li>- L'APS peut être utilisé par les ergothérapeutes autant comme un « but de l'intervention » qu'en tant que « modalités de traitement »</li> <li>- SDO : font le lien entre l'occupation et la santé</li> <li>- Définition équilibre occupationnel : répartition du temps entre toutes les occupations</li> <li>- L'engagement occupationnel dans les APS est déterminé par le plaisir de pratiquer, l'identification et sentiment d'appartenance à un groupe social + reconnaissance. Permet d'améliorer bien-être et qualité de vie</li> <li>- APS = activité significative</li> <li>- Adultes qui peuvent accorder temps à l'AP sont satisfait de leur équilibre occupationnel</li> <li>- AP favorisent inclusion sociale. = Soutenir engagement dans AP va promouvoir inclusion sociale</li> <li>- Ergo peut investir dans le champ des AP : promouvoir AP, aider à leur intégration dans quotidien en instaurant routines sportives.</li> <li>AP augmente participation dans les AVQ</li> <li>- APS et SDO : corrélation occupation et engagement motivationnel</li> <li>- Pratiquer une activité physique et sportive adaptée à ses capacités permet de favoriser l'engagement et de développer ses habiletés</li> <li>- Rôle ergo : identification sens donné à l'APS + facteurs pouvant restreindre ou favoriser la participation à ces activités ; identification et proposition des APS qu'il jugera adaptées pour atteindre objectif fixé. Utiliser SDO pour intervenir dans les APS permet légitimer pratique + prouver complémentarité avec les autres acteurs.</li> <li>- Peu d'écrits dans ce domaine → recherches nécessaires</li> </ul>
--	---	---	-----------------------------	------------------	---

**Annexe E** : Modèle de l'Occupation Humaine (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada. Traduction autorisée par Taylor, R. R. Taylor, R. R. (2017)



**Le modèle de l'occupation humaine.**

Adapté et traduit par Marcoux, C. (2017). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada. Traduction autorisée par Taylor, R. R. Taylor, R. R. (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application, (5<sup>e</sup> ed.). Wolters and Kluwer.



**Annexe F** : Extrait du bulletin officiel N°7 du 15 aout 2010 renseignant le référentiel d'activités et de compétences relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et ministère de la Santé et des prévention, 2010, p. 177).

---

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

---

## ANNEXE II

### DIPLOME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

#### **Compétences (1)**

1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle (2) ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animales et les assistances technologiques.
5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

**Annexe G : Critères et indicateurs de validation des hypothèses**

<b>H1 - Par l'utilisation de modèles conceptuels ergothérapeutiques (notamment le MOH) et compétences, les ergothérapeutes jouent un rôle complémentaire aux autres professionnels dans la reprise d'activité sportive significative en apportant leur vision holistique et via l'adaptation de l'environnement comme le matériel sportif.</b>	
<b>Critères</b>	<b>Indicateurs</b>
Champs d'intervention de l'ergothérapeute autour de l'activité sportive significative	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les ergothérapeutes disent aborder l'activité sportive et la prendre en compte quand elle est significative pour le patient.</li> <li>2. La « vision globale » ou « vision holistique » est énoncé par tous les participants.</li> <li>3. L'adaptation du matériel sportif est énoncée dans leurs missions / rôles investis.</li> </ol>
Identification de modèles conceptuels et compétences propres à l'ergothérapeute	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. De modèles généraux en ergothérapie sont cités.</li> <li>5. Le MOH est utilisé : du vocabulaire relatif aux dimensions de ce modèle (être, agir, devenir, environnement) sont cités de manière implicite ou explicite.</li> <li>6. Les ergothérapeutes se servent du MOH pour comprendre les freins et leviers à l'engagement / participation dans l'activité sportive pour leurs interventions.</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Les rôles identifiés / investis par les ergothérapeutes correspondent aux compétences relatives à leur exercice. Et en particulier les compétences : 1, 2, 3, 4, 5, 9.</li> </ol>
<b>H2 - L'activité sport n'apparaît pas dans la priorité d'intervention des ergothérapeutes pour les personnes lésées médullaires car d'autres professionnels s'en préoccupent et qu'ils ne se sentent pas assez formés.</b>	
Place de l'activité sportive dans le suivi ergothérapeutique	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Les ergothérapeutes évoquent d'autres priorités d'intervention avant de s'intéresser à l'activité sportive.</li> </ol>
Champs de compétences de l'ergothérapeute	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Les ergothérapeutes laissent les autres professionnels s'en occuper.</li> <li>10. Le manque de formation pour agir dans l'activité sportive en ergothérapie est énoncé au cours des entretiens.</li> </ol>

**Annexe H : Légende des codes couleurs utilisés dans la recherche**

	Couleurs	Codes
Thèmes de la recherche		Informations générales sur la personne interrogée
		L'accompagnement ergothérapeutique après une lésion médullaire
		Les activités signifiantes en ergothérapie après une lésion médullaire
		L'activité sportive pour les personnes lésées médullaires
		La pratique de l'ergothérapeute dans la reprise d'activité sportive signifiante
Nouveaux éléments induits des entretiens		○ Adaptation du matériel sportif
		○ Installation et positionnement
		○ Cahier des charges des aides techniques
		○ Mises en situation
		○ Contacts, informations
		○ Pair émulation
		○ Activité sportive comme but et moyen rééducatif
	Éléments déterminant de l'accompagnement de l'ergothérapeute dans la reprise d'activité sportive	

**Annexe I** : Guide d'entretien semi-directif à destination des ergothérapeutes

**CONSIGNE INAUGURALE** : Tout d'abord, je vous remercie d'avoir acceptée de me consacrer du temps pour cet entretien. Je m'appelle Maurine VINCENT, je suis étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à l'IFE de Grenoble.

**Contexte** : Dans le cadre de cette formation, je suis amenée à réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. Mon sujet porte sur la thématique de l'ergothérapie et l'activité sportive après une lésion médullaire. Pour cela, réalise mon enquête sous forme d'entretien individuel.

**Déroulé de l'entretien** : Cet entretien va durer environ 30 minutes. Il a pour but de recueillir votre avis et vos expériences donc il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Je vais vous poser plusieurs questions mais vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes. Ce qui est important, c'est de recueillir ce que vous vivez : essayez de répondre le plus spontanément possible ou prenez le temps de réfléchir si vous en avez besoin.

**Aspects éthiques** : Vous pouvez m'interrompre ou me poser des questions à tout moment si vous le souhaitez. Les informations recueillies pendant cet entretien seront anonymisées et utilisées uniquement pour ce travail de fin d'étude. Autorisez-vous que j'enregistre cet entretien afin de pouvoir le retranscrire et exploiter les données ? (*L'enregistrement sera détruit après*). Si vous êtes d'accord, n'hésitez pas à tout moment de me dire d'arrêter l'enregistrement si vous le désirez. Avez-vous compris ? Avez-vous des questions avant de commencer ?

Questions	Modalités de réponses	Sous-questions / Questions de relances
<b>Thème : informations générales de la personne interrogée</b>		
<b>Q1.</b> Pouvez-vous vous présenter brièvement ?	Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> <li>« En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? »</li> <li>« D'où êtes-vous diplômé(e) ? »</li> <li>« Racontez-moi de manière générale, vos expériences antérieures »</li> <li>« Depuis combien de temps exercez-vous ? »</li> <li>« Depuis combien de temps exercez-vous avec des lésées médullaires ? »</li> </ul>
But : connaître l'ergothérapeute interrogé(e), si il a été diplômé(e) après 2010.		
<b>Thème : L'accompagnement ergothérapeutique après une lésion médullaire</b>		
<b>Q2.</b> Selon-vous, qu'est-ce qui est important de mettre en place en ergothérapie après une lésion médullaire ?	Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> <li>En phase de rééducation ?</li> <li>Et en phase de réadaptation ?</li> </ul>
But : amorcer le sujet et identifier si l'ergothérapeute évoque les activités significatives spontanément.		
<b>Thème : Les activités significatives en ergothérapie après une lésion médullaire</b>		
<b>Q3.</b> Comment s'organise votre intervention ergothérapeutique	Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment déterminez-vous ces activités ? quel(s) outil(s) utilisez-vous ?</li> <li>Quel modèle utilisez-vous dans votre pratique pour aborder les activités significatives ?</li> </ul>

pour ramener la personne LM dans les activités qui a du sens pour elle ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment accompagnez-vous une personne lésée médullaires dans la reprise de ses activités antérieures ? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plus spécifiquement dans ses activités de loisirs ?</li> </ul> </li> <li>• Que mettez-vous en place ?</li> </ul> <p><b>Définition :</b> Morel-Bracq (2006) « une activité est signifiante lorsqu'elle a un sens pour la personne [...] (Leontiev, cité par Rochex, 1995) »</p>
But : comprendre la pratique de l'ergothérapeute interrogé, identifier sur quels modèle conceptuel / outil il se base pour aborder les activités signifiantes.		
<b>Thème : L'activité sportive pour les personnes lésées médullaires</b>		
<b>Q4.</b> Les personnes lésées médullaires accueillies dans votre service font-elles de l'activité sportive ?	Ouvverte	Si oui : <ul style="list-style-type: none"> <li>• A quel moment du processus de prise en charge ?</li> <li>• Cette activité est-elle proposée systématiquement ou pas ?</li> <li>• Dans quels buts ?</li> <li>• Si non : Pourquoi ? Quelles sont les raisons ?</li> </ul>
<b>Q5.</b> Quels sont les professionnels mobilisés pour les accompagner dans cette activité après une LM ?	Ouvverte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et vous, comment vous sentirez-vous d'intervenir vis-à-vis de cette activité ? (<b>hypothèse 3</b>)</li> </ul>
But : comprendre l'organisation de la structure vis-à-vis de cette activité (présence d'EAPA ou non...) et si l'ergothérapeute se sent compétent ou non dans l'activité sportive (hypothèse 3).		
<b>Thème : La pratique de l'ergothérapeute dans l'activité sportive signifiante</b>		
<b>Q6.</b> En quoi l'apparition d'une lésion médullaire à des répercussions sur la participation aux activités de signifiantes de loisirs ?	Ouvverte	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lesquelles ?</li> </ul> <p><b>Définition activités de loisirs :</b> activités dans lesquelles la personne choisit de s'engager pour prendre du plaisir (Mignet et al., cité par Morel-Bracq, 2017, p.74).</p>
<b>Q7.</b> Lorsque vous recevez une personne lésée médullaire en ergothérapie, abordez-vous la dimension sportive dans votre suivis ergothérapique ?	Ouvverte	Si oui : <ul style="list-style-type: none"> <li>• De quelle manière ?</li> <li>• A quel moment ? est-elle abordée lors de l'anamnèse ?</li> <li>• Dans quel(s) but(s) ? que faites-vous de cette information par la suite ?</li> </ul> Si non : pourquoi ?
<b>Q8.</b>  Avez-vous déjà accompagné une personne lésée médullaire à reprendre le sport ?	Fermée	Si oui : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a combien de temps ?</li> <li>• Comment l'avez-vous accompagné en phase de rééducation ? et en phase de réadaptation ? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seul ou avec d'autres professionnels ?</li> </ul> </li> </ul>

Lorsqu'une personne LM veut reprendre l'activité sportive, comment agissez-vous ?	Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quels étaient vos objectifs en ergothérapie ?</li> <li>○ Comment l'avez-vous accompagné à la sortie du centre ? <b>(hypothèse 1 ?)</b></li> <li>○ Quelles compétences propres à l'ergothérapeute avez-vous mis en place ? (pour coopérer avec les autres professionnels intervenant autour de l'activité sportive) ?</li> <li>○ Quels bénéfices avez-vous observés en intégrant l'activité sportive dans votre prise en charge quand elle est signifiante ?</li> </ul> <p>Si non :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui peut expliquer que vous n'en avez jamais accompagné ? Quelles sont les raisons ? <b>(hypothèse 3 ?)</b></li> <li>• Dans quelles mesures pensez-vous pouvoir intervenir dans ce processus de reprise sportive ?</li> </ul>
<b>Q9.</b> Que pensez-vous de l'intégration de l'activité sportive dans la prise en charge ergothérapique pour une personne lésée médullaire sportive avant sa lésion et pour qui l'activité sportive est signifiante ?	Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérez-vous que cela est important ? Pourquoi ? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si oui : pour quel(s) bénéfice(s) ?</li> <li>○ Si non : pourquoi ? (freins)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Q10.</b> Pensez-vous que l'ergothérapeute est légitime d'investir ce champ ?  Pourquoi ?	Fermée  Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel rôle peut-il jouer dans le processus de reprise sportive ?</li> <li>• Qu'est-ce qu'il peut apporter en plus des autres professionnels dans cette reprise ?</li> <li>• Quelles compétences qui lui sont propres peut justifier cela selon vous ?</li> <li>• Si non : Pourquoi ?</li> </ul>
But : identifier comment l'ergothérapeute favorise le réinvestissement des activités signifiantes de la place qu'il accorde à l'activité sportive dans son intervention ; quels moyens ils utilisent pour intégrer cette activité ; les freins restreignant la pratique dans ce domaine.		
<b>Question libre - Q11.</b> Voulez-vous rajouter autre chose ?		
But : laisser la personne interrogée amener des apports complémentaires, émerger des idées/thèmes non abordés pendant l'entretien.		

**Remerciements** : Je vous remercie de m'avoir accordé du temps et de m'avoir fournie des informations essentielles pour avancer sur mon travail de recherche. Si cela vous intéresse, je pourrais vous envoyer mon mémoire en fin d'année.

## Annexe J : Retranscription intégrale E1

[Début de l'enregistrement]

- 1 **M : Bonjour !**  
2 E1 : Bonjour.  
3 **M : Vous m'entendez bien ?**  
4 E1 : Oui oui.  
5 **M : Parfait, alors déjà je vous remercie d'avoir accepté de me consacrer de votre temps. Je vais**  
6 **commencer par me présenter, je suis Maurine Vincent étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à l'IFE**  
7 **de Grenoble et c'est dans ce cadre que je dois réaliser un mémoire de fin d'études. Le mien porte sur**  
8 **l'ergothérapie et l'activité sportive après une lésion médullaire. Pour répondre à ma question de**  
9 **recherche, je réalise des entretiens individuels et c'est dans ce cadre qu'on se rencontre voilà euh il**  
10 **va durer à peu près une trentaine de minutes et il vraiment pour but de recueillir votre avis et votre**  
11 **expérience, donc j'attends pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Euh, je vais vous poser plusieurs**  
12 **questions mais vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes et vous pouvez vous aussi m'en poser à**  
13 **tout moment si vous le souhaitez. Bien évidemment, les informations que vous allez me transmettre**  
14 **seront anonymisées et utilisées que pour ce travail de fin d'études. Et si vous autorisez, cet entretien**  
15 **sera enregistré en format audio pour pouvoir le retranscrire et analyser les données par la suite ?**  
16 E1 : Oui oui, pas de soucis.  
17 **M : Super merci, il sera détruit par la suite. N'hésitez pas à me dire d'arrêter l'enregistrement à tout**  
18 **moment, si vous le voulez. Voilà, est-ce que vous avez des questions, vous avez compris ?**  
19 E1 : Oui, pas de questions.  
20 **M : Parfait, alors pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter brièvement ?**  
21 E1 : Oui alors du coup je suis X (nom et prénom), je travaille dans un **centre de rééducation avec un**  
22 **service qui est spécialisé avec les blessés médullaires**, j'y travaille à mi-temps et je suis aussi à mi-temps  
23 dans la même structure mais dans un X (nom de l'établissement) euh et ça fait maintenant quasiment  
24 **8/9 ans que je travaille avec des personnes lésées médullaires à temps plein ou partiel.**  
25 **M : Et du coup en quelle année vous avez été diplômé et de quelle école ?**  
26 E1 : [Rires], **l'école de X [France]** euh et c'est une bonne question, 2013 je crois 2013 ou 2014 [silence]  
27 2014 je dirais. Non pardon **2013.**  
28 **M : Donc vous travaillez avec des blessés médullaires et selon vous qu'est-ce qui est important de**  
29 **mettre en place avec cette population en ergothérapie en phase de réadaptation ?**  
30 E1 : Alors c'est une question qui est très vague parce qu'elle est très large. Parce que effectivement il y  
31 a beaucoup de choses en place du coup ta question elle porte sur quel aspect, sur euh ?  
32 **M : En général, pour vous, qu'est ce qui est le plus important dans une prise en charge fin vous ce que**  
33 **vous trouvez le plus important en phase de rééducation et réadaptation ?**  
34 E1 : **En rééducation**, euh ben alors moi dans ma pratique on commence toujours par travailler fin **avec**  
35 **l'accord de la personne** mais c'est souvent les choses qui sont les plus dures à vivre pour les personnes  
36 qu'on accueille c'est d'être dépendant notamment pour, alors **l'habillement aussi mais du coup pour la**  
37 **toilette et notamment les soins intimes** donc c'est généralement ça fait partie des premières choses  
38 qu'on va travailler donc en fonction des difficultés de la personne **soit ça sera l'objectif en premier soit**  
39 **ça sera un objectif à atteindre avec des sous-objectifs** qui permettrons de du coup travailler fin je pense  
40 notamment par exemple à l'équilibre ou à ce genre de choses qui faut que la personne [discussion avec  
41 ses collègues]. Donc on travaille et je pensais notamment par exemple **à tout ce qui est équilibre donc du**

42 coup l'équilibre sera un premier objectif à atteindre avant de par exemple travailler sur un fauteuil de  
43 douche etcetera euh donc en termes de, en termes de domaines je pense sur lesquelles on va travailler  
44 la rééducation c'est souvent celui-là sur lequel on travaille. Très rapidement et des fois en parallèle,  
45 vient notamment pour les personnes tétra tout ce qui sera autour de euh l'autonomie dans les repas.  
46 Et après ça c'est les choses qui sont assez classiques et puis bon après c'est tout l'autonomie dans les  
47 transferts. Euh souvent la réadaptation et la rééducation vont souvent de pair au début, pas forcément  
48 la réadaptation qui sera celle à termes mais en tout cas la réadaptation qui permet de mettre en place  
49 le fauteuil etcetera et moi ce que je mets aussi dans la rééducation c'est justement comment euh voilà  
50 contrôler le fauteuil roulant euh notamment pour les personnes tétras où ça va faire partie aussi de la  
51 rééducation euh motrice notamment pour pouvoir apprendre à contrôler leur fauteuil que ce soit à la  
52 main ou que ce soit au menton. Euh voilà et après pour le reste euh pour le reste euh ça va beaucoup  
53 dépendre fin du coup ce qui va aussi dans les déplacements ça sera surtout le travail des transferts et  
54 après sur les autres points ce qu'on fait souvent ça va être en se basant sur ce que la personne va nous  
55 remonter soit en objectif clair au cours d'un entretien fin voilà type fin on l'applique pas forcément à la  
56 lettre la MCRO mais en tout cas un entretien type MCRO qui permet de voir un peu quels sont les  
57 objectifs de la personne, soit ça va être au cours des séances de rééducation ou bah voilà quand la  
58 personne laisse échapper alors je sais pas genre « j'en ai marre j'arrive pas à me sonder tout seul du  
59 coup je suis obligé d'attendre que les filles arrivent pour être sondé » ok et ben enfaite est-ce que ça  
60 vous vas, est-ce que ça te vas de travailler les prises etcetera pour pouvoir réussir à attraper la sonde  
61 etcetera etcetera. Donc voilà du coup il y a les objectifs euh voilà qui sont assez communs aux personnes  
62 et après y'a tous les objectifs qu'on travaillera par la suite de rééducation de réadaptation et qui seront  
63 en fonction de la personne.

64 **M : D'accord, et du coup en phase de réadaptation est-ce que vous pouvez développer ce qui est**  
65 **important selon vous ?**

66 E1 : Euh alors ce qui est important en phase de réadaptation je pense que le mot d'ordre c'est  
67 compromis euh fin compromis dans le sens que l'on est amené à faire des compromis nous et souvent  
68 le patient euh et moi mon mot d'ordre c'est un peu de dire euh c'est pas grave si le fauteuil ou l'aide  
69 technique qu'on a prévue et pas celle qu'on avait en tête. Enfaite il faut que la personne l'utilise quoi  
70 donc vaut mieux qu'elle utilise une aide technique pas bien adaptée plutôt qu'elle utilise pas l'aide  
71 technique bien adaptée. Ça veut dire que certaine fin voilà. Après par rapport à la réadaptation c'est un  
72 travail de collaboration avec la personne et là encore c'est très différent d'une personne à l'autre en  
73 fonction de ce qu'elle voudrait refaire. Je pense que chez les blessés médullaires c'est encore plus le cas  
74 où l'accompagnement en réadaptation ça va de, euh c'est un mot qui va globalement de tout faire parce  
75 que la personne est pas forcément en capacités cognitives ou motivationnelles ou fin voilà en tout cas  
76 de pouvoir gérer les choses et les mêmes et donc ça veut dire que c'est nous qui prenons contact avec  
77 les revendeurs, le revendeur aura des contacts quasiment que avec l'ergo euh sauf bien évidemment au  
78 moment des rendez-vous mais en tout cas entre les rendez-vous. A l'opposé extrême où enfaite c'est le  
79 patient qui va faire la plupart de ses démarches seul auprès du revendeur et nous on est en copie des  
80 mails et du coup c'est le patient qui est vraiment acteur de sa rééducation avec l'ergo qui est là pour  
81 conseiller et du coup pour orienter pour avoir quelque chose qui est le plus adapté possible.

82 **M : Parfait, oui c'est très patient dépendant et comment s'organise vos interventions pour ramener**  
83 **la personne dans les activités qui a du sens pour elle ? vous avez évoqué la MCRO est ce que vous**  
84 **l'utiliser pour déterminez ces activités ?**

85 E1 : bah alors on les détermine ensemble avec la personne même si généralement c'est déjà au premier  
86 entretien où on a on peut dire une petite grille d'évaluation maison qui permet d'axer les différents axes



87 de la vie quotidienne de la personne. C'est généralement à ce moment-là que la personne commence à  
88 nous dire les activités en tout cas qu'elle pratiquait avant et qu'elle appréciait et après c'est par la suite  
89 tout au long de la rééducation et de la réadaptation où voilà la personne au fur et à mesure que le lien  
90 de confiance se crée, c'est au fur à mesure que la personne va pouvoir un peu plus s'ouvrir et penser à  
91 un peu plus de choses qui euh voilà qui l'intéresse. Après nous la politique aussi dans le centre de  
92 rééducation où je suis on essaie assez rapidement que les personnes dans la mesure du possible  
93 puissent partir en week-end thérapeutique et ce qui est hyper intéressant car voilà euh souvent les  
94 patient quand ils rentrent de week-end ba c'est à ce moment-là où quand on fait les points ils nous  
95 disent « ba voilà moi ça m'agaçait parce que euh j'en sais rien, les copains sont partis pêcher et j'aurai  
96 bien aimé aller avec eux sauf que j'y arrive pas » bon ben du coup c'est des choses qu'on peut travailler.  
97 Donc les choses viennent au fur et à mesure, c'est vrai que je parlais un peu de la MCRO toute à l'heure,  
98 nous on le fait pas passer encore une fois type MCRO mais en tout cas voilà on l'adapte un peu à notre  
99 sauce mais en tout cas voilà d'avoir un temps aussi avec la personne pour se dire « bon ben voilà, ok on  
100 s'est calé ces objectifs principaux, maintenant toi qu'est-ce que tu as envie de travailler dans ton  
101 quotidien aussi, qu'est-ce qui t'embête quand t'es au centre de pas pouvoir faire et de devoir demander  
102 de l'aide à quelqu'un d'autre et euh ben chez toi les week-end qu'est-ce qui t'embête de pas pouvoir  
103 faire, est-ce que tu aimerais euh voilà, pouvoir refaire.

104 **M : Du coup, plus spécifiquement au niveau de l'activité sportive, comment ça se passe dans votre**  
105 **service pour ces personnes-là ?**

106 E1 : Alors pour ces personnes-là ils ont, mais comme dans je pense la plupart des centres de  
107 rééducation, on a du coup des professeurs d'activités physiques adaptées. Donc après c'est le médecin  
108 du coup qui décide ça, généralement c'est le kiné qui cale un peu des objectifs avec l'APA donc soit c'est  
109 des séances de musculation générales soit les professeurs d'APA organisent aussi des groupes dans la  
110 semaine qui sont dédiés à certaines activités et puis voilà. Et après on a la chance d'avoir aussi euh des  
111 équipes, bon avec le covid ça été un peu chamboulé mais en tout cas on à l'équipe de basket de X (nom  
112 de la ville), qui vient tous les lundis donc du coup tous les lundis permettent aux patients qui le désirent  
113 de pouvoir s'initier au basket fauteuil et après on a aussi, alors là c'est plus compliqué pour que les gens  
114 puissent tester mais en tout cas puissent voir euh il y a aussi des associations, je crois qu'il y a le foot  
115 fauteuil qui vient aussi voilà ça permet d'avoir un aperçue voilà de ce qui existe.

116 **M : Et vous savez à quel moment à peu près de cette activité elle est proposée, à quel moment du**  
117 **processus de prise en charge ?**

118 E1 : Non parce que du coup c'est très variable d'une personne à l'autre et en fonction de sa motivation  
119 parce que bah voilà encore une fois c'est très personne dépendante parce que il y a des gens qui auront  
120 une blessure médullaire incomplète donc du coup qui ont des possibilités de remarcher aussi donc  
121 enfaite c'est des gens pour qui pout tout ce qui est musculation ils adhèrent complètement mais pour  
122 tout ce qui est jeu collectif, tennis de table ou tout ça enfaite ca sera plus accessoire dans leur motivation  
123 de rééducation, donc ils préférerons avoir toute leur énergie pour les séances d'ergo de kiné et de  
124 musculation euh plus que pour d'autres sports. Euh après il y a des gens pour qui ça leur va bien d'avoir  
125 ça en complément. J'ai pas dit aussi mais du coup on a une balnéo euh par contre la balnéo vient pour  
126 le coup assez rapidement dans la rééducation où dès que y'a pas de soucis cutanés ou de fuites urinaires  
127 ou en tout cas de fuites urinaires ou de selles d'ailleurs, fin en tout cas qui a une solution en tout cas  
128 pour ça pour une personne c'est assez rapidement programmé. Alors encore une fois ça dépend des  
129 personnes donc c'est difficile de donner une date précise et en tout cas voilà pour certaines personnes  
130 dès le mois d'après qui sont arrivés c'est possible d'avoir des séances de balnéo.

131 **M : Vous proposez ces activités sportives systématiquement ?**

132 Quelles activités sportives du coup ?

133 **M : Les activités purement sportives de loisirs comme le basket fauteuil ?**

134 E1 : Alors ça c'est plutôt les professeurs d'APA du coup qui y font mais effectivement parfois les kinés  
135 ceci dit qui en parle mais euh c'est effectivement fait, à ma connaissance en tout cas c'est fait à tous les  
136 patients. Je sais aussi tu vois, c'est en en parlant comme ça je sais aussi qu'il y a un atelier sarbacane  
137 alors eux je pense qu'ils viennent pas toutes les semaines mais en tout cas ils viennent régulièrement  
138 et quand c'est des clubs qui viennent comme ça ponctuellement pour montrer ce qui font, à oui y'a eu  
139 du tir à l'arc aussi. Bon en tout cas y'a des clubs qui viennent la pour le coup plus ponctuellement que  
140 ceux que j'ai cité avant et ça c'est plutôt je pense avec les animatrices. Du coup c'est les animatrices du  
141 centre qui préviennent les patients et qui font de la publicité pour les clubs qui passent à ce moment-  
142 là.

143 **M : D'accord et est-ce que vous savez dans quels objectifs ces activités sont proposées, pour les patients ?**

144 E1 : ça dépend de quelles activités sportives tu parles.

145 **M : Toujours les activités sportives comme le basket fauteuil, le tir à l'arc, la sarbacane comme vous avez énoncé avant et qui sont significatives pour le patient.**

146 E1 : Parce que tu vois en fait la balnéo ou la musculation ça va être des activités sportives qui vont être  
147 proposées à tous dans un but purement rééducatif euh même si la personne à envie de continuer après  
148 fin voilà mais en tout cas l'objectif premier de ces séances là c'est plutôt rééducatif. Après toutes les  
149 séances qui sont proposées après de basket fauteuil de tennis de table, de voilà, là pour le coup c'est  
150 plus d'ouvrir sur autre chose même si y'a un but rééducatif qui est présent mais en tout cas c'est de  
151 pouvoir ouvrir à autre chose et de pouvoir avoir un but loisir aussi à l'activité sportive. [Silence]. Après  
152 même si alors du moins je parle de ce que je connais au moins pour le basket fauteuil pour y être allé  
153 régulièrement il y avait aussi dans l'idée de recrutement aussi fin du coup ceux qui se déplaçaient de  
154 l'équipe de basket fauteuil de X (nom de la ville) du coup ça leur permettait aussi de trouver des  
155 personnes motivées euh pour venir. Après la difficulté c'est comme on est un centre avec une spécialité  
156 de blessés médullaires, avoir un service spécialisé pour les personnes blessées médullaires on a  
157 beaucoup de gens qui viennent pas forcément de X (nom de la ville) et qui viennent voilà de plus loin  
158 donc pour qui voilà c'est des activités qui pourront faire là où ils vont mais voilà par rapport aux  
159 associations qui passent en tout cas n'iront pas forcément avec ces associations là parce que n'iront pas  
160 à X (nom de la ville).

161 **M : Au niveau des professionnels impliqués pour accompagner la personne dans cette activité c'est fin vous avez énoncé l'APA et le kiné, c'est les seuls professionnels qui interviennent ?**

162 E1 : C'est effectivement principalement fin... [Réfléchie]. C'est même principalement les APA qui font.  
163 Après nous fin les ergo sont sollicités pour tout ce qui est adaptation et matériel donc ça veut dire que  
164 quand les APA vont tester bah par exemple le dernier que j'avais eu c'est pour le tennis de table, où du  
165 coup c'était un tétra bas qui avait des difficultés pour bien maintenir la raquette dans sa main euh du  
166 coup ça été d'adapter la raquette pour que, pour qu'il puisse faire l'activité.

167 **M : Donc vous avez déjà vous accompagné des personnes lésées médullaires à reprendre une activité sportive significative ?**

168 E1 : Alors ça dépend ce qu'on entend par reprendre le sport, du coup je les accompagne effectivement  
169 pour qu'il puisse faire du sport ici et qui sachent en faire après. Après une fois qui sont sortis du centre  
170 effectivement on les accompagne plus du coup. Mais euh. [Silence]. Du coup je les accompagne pour  
171 qu'ils aient les moyens de pouvoir reprendre le sport mais après c'est eux qui font les démarches de  
172 reprendre le sport là où ils sont.

177 **M : Donc à la sortie du centre, pour préparer la sortie est-ce que vous êtes intervenue pour favoriser**  
178 **la continuité de la pratique ?**

179 E1 : C'est des choses qu'on discute après ça m'est arrivé qu'une seule fois parce que fin voilà la situation  
180 faisait que où voilà on a cherché avec la personne, fin j'avais accompagné la personne pour qu'on puisse  
181 regarder les activités qu'il y avait à côté de chez lui, comment est-ce qui pouvait faire pour y aller, les  
182 contacter etcetera mais ça c'est vraiment un accompagnement que j'ai fait qu'une fois parce qu'il y avait  
183 plusieurs troubles associés. Euh en règle générale les gens qui ont vraiment envie de continuer le sport  
184 le font tout seul. C'est des choses qu'on peut discuter avec eux en disant fin sur la fin de  
185 l'accompagnement et que la date de sortie est fixée fin voilà de ce dire « qu'est-ce que t'a prévu par la  
186 suite » mais c'est pas forcément quelque chose où l'on va entre guillemet leur prendre la main voilà  
187 vraiment pour être sur quand ils sortent d'ici ils sont bien inscrits dans telle salle ou dans tel club.  
188 [Silence]. Ca, c'est les gens qui font, aussi parce que je pense que c'est difficile quand on sort d'un centre  
189 de rééducation surtout que les gens restent généralement souvent plusieurs mois ouais plusieurs moi  
190 chez nous voire des fois plusieurs années euh c'est difficile de se projeter sur ce qu'on veut faire après  
191 aussi quoi dans le sens où y sont un peu dans un cocon ici, ils ont un rythme ici qui est spécifique au  
192 centre de rééducation et euh mais je pense que la question est un peu la même pour la reprise du travail  
193 c'est qu'après ils ont besoin aussi de retrouver un rythme de vie fin de vie quotidienne chez eux qui soit  
194 stabilisé pour pouvoir après voilà s'engager dans des activités sportives. Euh voilà quand c'est des gens  
195 qui ont souvent une famille, des amis, des enfants etcetera c'est important aussi qui puissent d'abord  
196 ritualiser et retrouver un rythme familial, voilà. [Silence]. Je me permet, j'ai des choses qui me  
197 reviennent. Ce qui peut par contre arriver c'est que aussi on a la possibilité dans le centre où je travaille  
198 euh fin donc les personnes qu'on accompagnent sont revenues trois mois après qu'elles soient sorties,  
199 ensuite six mois ensuite un an fin et quand la demande survient, je pense par exemple à quelqu'un qui  
200 a très envie de faire du basket fauteuil mais chez qui on a pas acheté le fauteuil adéquat parce que  
201 quand ils sont en centre de rééducation en première intention on par plutôt sur ce qui est fin sur le  
202 matériel qui est indispensable fin en tout cas sur le gros matériel qui est indispensable euh ca arrive que  
203 les médecins ici nous fassent une orientation que ergo fin nous ce qu'on appelle « les demandes uniques  
204 ergo » où les patients viennent avec la prescription du médecin qui reviennent pour trois séances par  
205 exemple reviennent pour que de l'ergo ou pour cinq séances pour tel objectif précis. Et effectivement  
206 dans ce cas-là ça peut arriver que ça soit fin le patient à dit au médecin « bah voilà enfaite voilà du coup  
207 j'ai bien vu ou je suis allé voir l'équipe de basket fauteuil ça me plaît vraiment mais bon dans mon  
208 fauteuil c'est pas très pratique ». Ok ben du coup je vous oriente vers l'ergo et vous allez pouvoir choisir  
209 le matériel spécifique euh vous allez pouvoir l'acquérir. Donc ça peut se faire à postériori mais euh mais  
210 voilà.

211 **M : D'accord donc il y a la possibilité que ça soit mis en place plus tard, quand ils reviennent ?**

212 E1 : C'est ça, fin on a cette chance-là.

213 **M : D'accord, c'est super. Cette dimension sportive va apparaître surtout dans l'entretien d'entrée**  
214 **c'est ça, à l'anamnèse ?**

215 E1 : Si les gens l'étaient avant, oui ça va être au cours de l'entretien d'entrée sinon pas forcément donc  
216 on fait un type MCRO par exemple. Mais oui oui effectivement si c'est des gens qui sont très sportifs ça  
217 fait partie des choses qui vont nous dire oui.

218 **M : Je suis désolé, je me permet juste de regarder ma feuille pour voir si je n'ai rien oublié. Et vous,**  
219 **que pensez-vous de l'intégration de l'activité sportive dans une prise en charge ergothérapeutique pour**  
220 **une personne blessée médullaire qui était sportive avant sa blessure et pour qui l'activité sportive est**  
221 **signifiante ?**

222 E1 : Euh alors je pense à un patient en particulier qui était à fond dans le triathlon hum pour lui enfaite  
223 je pense que actuellement fin le fonctionnement je pense que c'est le cas dans beaucoup de centre mais  
224 on essaie de faire en sorte que les gens restent pas trop longtemps dans les centres de rééducation et  
225 qui puissent rentrer le plus rapidement possible chez eux. Donc ça veut dire qu'on a tendance quand  
226 même à prioriser notamment et au niveau de la rééducation et au niveau de la réadaptation sur encore  
227 une fois l'indispensable à la personne donc ça veut dire que cette notion de sport même si elle est sous-  
228 jacente et même si on l'a en tête parce que ça peut avoir des incidences fin la je pense par exemple fin  
229 le patient auquel je pense euh par exemple lui c'était aussi dans ses projets à la sortie de pouvoir  
230 continuer à aller, pas forcément faire du vélo dans un premier temps mais en tout cas pouvoir  
231 accompagner les personnes qui faisaient du vélo donc bien évidemment quand on a pensé à l'achat de  
232 son fauteuil perso y'avait cette idée d'avoir une troisième roue aussi pour justement avoir la capacité  
233 dans un premier temps euh voilà de faire ça. Après, je sais que par la suite quand il est revenu il a pu  
234 faire l'acquisition d'un handbike etcetera au vélo d'une certaine manière. Mais c'est pas quelque chose,  
235 en tout cas moi en hospitalisation complète, c'est pas quelque chose sur lesquelles on agit beaucoup  
236 dans un premier temps parce que, parce que l'urgence et on sait que les patients vont sortir très vite et  
237 souvent quand tout est pas encore prêt [Rires]. Donc du coup c'est vrai qu'on parle du plus urgent.

238 **M : C'est sûr. Du coup le patient que vous évoqué il était sportif avant son accident c'est ça ?**

239 E1 : Oui.

240 **M : Et pour vous, quels seraient les rôles de l'ergothérapeute dans ce processus de reprise**  
241 **sportive signifiante ? Vous avez un peu évoqué l'adaptation du matériel est-ce que vous en voyez**  
242 **d'autres ?**

243 E1 : Ben je pense que ça dépend surtout de l'endroit où on travaille. Nous ici y'a des professeurs d'APA  
244 qui font ça du coup très bien euh et donc pour moi c'est pas forcément purement ergo de travailler  
245 cette reprise du sport, je parle en termes de rééducation hein on est d'accord. Y'aurai un centre  
246 effectivement avec que des kinés et que des ergos dans ce cas-là pourquoi pas mettre du coup en outil  
247 de rééducation d'avoir le sport, en outil de rééducation en ergo. Là pour moi comme on a déjà cette  
248 compétence là des collègues, en rééducation moi ça me vas bien aussi que eux puissent s'occuper de  
249 cette partie-là pour pouvoir moi du coup me focaliser sur les autres aspects de la vie de la personne.  
250 Après, bien évidemment que c'est dans un coin de la tête de l'ergo parce que ben fin voilà notamment  
251 pour la réadaptation, c'est indispensable d'avoir ça en tête quand on va choisir le matériel, même le  
252 matériel indispensable pour la personne il faut qu'il puisse être compatible avec une reprise de sport  
253 plus tard.

254 **M : Carrément. Et est-ce que vous pensez que l'ergothérapeute peut apporter un plus par rapport aux**  
255 **autres professionnels du sport, fin en coopération et grâce à quelles compétences ?**

256 E1 : Ben je pense que le fait qu'on ait une vision assez globale de la personne sur les différents aspects  
257 de sa vie de par la rééducation et la réadaptation fin de par la connaissance que l'on a de la personne  
258 mais aussi de par la rééducation aussi. Je pense qu'on a de la chance dans notre profession de pouvoir  
259 voir la personne fin de travailler sur différents aspects de la vie de la personne en termes de rééducation  
260 et c'est ça qui permet d'avoir une vision assez voilà encore une fois assez large de la personne et de ses  
261 capacités. Donc ça je pense que ça peut être un plus de l'ergo par rapport aux autres professionnels qui,  
262 fin notamment aux professeurs d'APA qui sont vraiment focalisés plus sur le sport donc je pense que ça  
263 s'est intéressant notamment je pense bah voilà comment la personne puisse faire son transfert seule  
264 dans le fauteuil. Donc tout ça c'est des choses qui peuvent être travailler bien évidemment en  
265 ergothérapie ouais.

266 **M : Du coup est-ce que vous pensez que l'ergothérapeute est légitime d'intervenir dans ce champ et**  
267 **pourquoi ?**

268 E1 : En termes de rééducation ou de réadaptation ?

269 **M : Les deux [Silence]. vous pouvez séparer si vous voulez.**

270 E1 : Je vais parler du coup de mon expérience dans le centre dans lequel je suis, je pense que moi je ne  
271 travaillerais pas le sport toute seule avec un patient parce que effectivement c'est plus du domaine du,  
272 fin à mon sens quand on a ces collègues-là, c'est plus du domaine du professeur d'APA en rééducation.  
273 Euh après si effectivement le patient me fait la demande à moi ben bien évidemment qu'on va travailler  
274 ça avec lui et qu'on va en discuter avec le professeur d'APA mais je pense qu'en première intention, en  
275 termes de rééducation encore une fois euh c'est pas forcément quelque chose sur lesquelles je  
276 travaillerais en premier en tout cas. Et encore une fois de par le fait que du coup on a pleins d'autres  
277 choses à travailler avant pour la personne.

278 **M : Et dans le côté réadaptation ?**

279 E1 : Et le côté réadapt, ça par contre pour moi c'est indispensable effectivement que l'ergothérapeute  
280 soit présent dans cette partie-là parce que, alors l'idéal ça serait d'être en lien soit avec les APA si la  
281 personne est encore dans le centre ou si elle est en hôpital de jour soit avec l'entraîneur sportif où en  
282 tout cas la personne voilà qui connaît comment la personne voilà fait ses séances de sport, peu importe  
283 lesquelles. Euh mais en tout cas oui le rôle de l'ergothérapeute pour moi est indispensable et légitime  
284 dans la partie de réadaptation de la personne parce que le matériel qui sera choisi va dépendre euh, fin  
285 est inclus dans la globalité de la personne aussi et encore une fois on a cette vision globale de l'ergo qui  
286 nous ait je pense assez spécifique est qui est importante qui englobe la réadaptation du matériel sportif,  
287 qu'aura un peu moins un autre professionnel qui aura peut-être pas forcément, alors je dis les premières  
288 choses qui me viennent en tête mais euh ok, on va partir sur tel type de fauteuil bah peut être que l'ergo  
289 sachant comment la personne vit, sachant que ba il y a peut-être un chat à la maison donc on prendra  
290 pas tel type de coussin par exemple ou ben il faut penser aussi à comment on va transporter le fauteuil.  
291 Du coup je pense qu'il y a vraiment une vision plus globale par rapport à l'achat du matériel de la  
292 personne aussi.

293 **M : [Hoche la tête]. Je suis désolé je reviens juste sur un truc, quand vous me parlez que vous avez**  
294 **déjà accompagné une personne lésée médullaire à reprendre le sport, pour vous quelles compétences**  
295 **propres à l'ergothérapeute vous avez-mis en place ?**

296 E1 : Oui alors pour cette personne bien évidemment le lien avait été fait et avec les kinés et avec les  
297 professeurs d'APA pour savoir ce qu'il faisait réellement en séances. Après c'était une personne qui  
298 avait globalement bien récupéré et qui avait pas forcément besoin d'avoir beaucoup de matériel fin la  
299 partie de réadaptation en elle-même a été assez tenue [Rires]. Et la du coup c'était plus sur un autre  
300 versant que mon accompagnement s'est fait, aussi parce que connaissant la personne et connaissant la  
301 pathologie associée c'était aussi de se dire voilà, la reprise du sport ça permettait d'avoir une régularité  
302 dans la vie de la personne, que ça allait lui permettre aussi d'avoir un objectif et en tout cas quelque  
303 chose sur lequel se projeter et que c'était important qu'on puisse tout faire pour que la personne puisse  
304 ancrer ça dans ses habitudes de vie. Donc là c'est pas forcément spécifique aux blessés médullaires que  
305 j'avais fait car il y avait aussi tout un travail que j'avais fait de planification de la semaine pour savoir  
306 quand est-ce que c'était le plus propice de pouvoir mettre les séances de musculation et de décider de  
307 quelles étaient les étapes à faire pour pouvoir aller s'inscrire et quel été le moyen de transport qui allait  
308 être utilisé pour y aller etcetera. Donc du coup c'était vraiment tout une idée de planification et là les  
309 compétences d'ergo qui étaient mobilisées je pense que c'était toutes les compétences de planification  
310 et de, mine de rien de connaissances de la personne sur euh je vois bien qu'en discutant ba avec les

311 aides-soignantes qu'enfaite il est beaucoup plus fatigable par exemple en début d'après-midi donc c'est  
312 peut-être pas un temps qu'on va mettre et d'un autre côté quand on discute avec le patient ba lui il dit  
313 « c'est vrai que le matin j'ai tendance à me lever tard », ok ben peut être qu'on va prioriser du coup le  
314 fait qu'on soit sur qu'il se lave bien par exemple et qui prennent vraiment le temps de bien manger  
315 avant d'y aller etcetera. Du coup c'est la connaissance de la personne aussi, euh le sens pratique de  
316 l'ergo parce que je pense que c'est beaucoup ça qu'on nous apprend à l'école et aussi dans notre métier  
317 c'est d'avoir un peu ce, voilà ce sens pratique de quand est-ce que ça semble le plus opportun pour la  
318 personne.

319 **M : D'accord super, vous-êtes souvent amené à intervenir dans la reprise sportive ?**

320 E1 : Comme j'ai pu le dire, en hospitalisation complète pas beaucoup. Ouais, parce que voilà encore une  
321 fois y'a d'autres priorité. Et après en hôpital de jour je pense que les collègues ont quand même la  
322 demande ponctuellement et voilà. Mais en hospitalisation complète ça arrive mais c'est quand même  
323 plus rare.

324 **M : Selon vous comment la lésion médullaire impacte la participation sur les activités de loisirs ?**

325 E1 : Euh c'est une bonne question qui encore une fois c'est très personne dépendante parce que je  
326 pense, je pense qu'il y'a l'image de soi, je pense que ça c'est de manière assez générale chez toutes les  
327 personnes lésées médullaires même celles qui ont pu récupérer la station debout de la marche, je pense  
328 qu'il y a quand même une idée de comparaison et de regard des autres qui est en tout cas un travail à  
329 faire sur soi avant de pouvoir retourner par exemple dans une salle de sport, en tout cas quand c'est un  
330 sport avec des valides. Et après fin c'est les difficultés que conservent la personne à la fin de la période  
331 de rééducation, qu'est-ce qu'elle conserve comme difficultés et du coup ça va orienter aussi vers un  
332 choix de sport. Même si voilà, y'a toujours des adaptations qui sont possibles mais en termes de fatigue,  
333 en termes de tout ça ben c'est sûr que quelqu'un qui à pas d'équilibre par exemple au fauteuil ben  
334 même si on va installer le matériel etcetera pour que ça soit possible ba forcément c'est quelqu'un pour  
335 qui ca va demander beaucoup plus d'énergie que voilà un autre type de sport puis après ça va dépendre  
336 de ça. Et puis après je pense que y'a beaucoup de gens aussi dont l'envie change aussi de, ouais c'est ça  
337 l'envie change et quelqu'un qui adorait le basket par exemple ba c'est peut être pas forcément vers le  
338 basket fauteuil qui l'aura envie de se retourner quoi.

339 **M : Oui. Pour moi c'est bon, avant de terminer l'entretien est-ce que vous voulez rajouter autre chose,  
340 est-ce que vous avez des remarques ?**

341 E1 : Euh non, je pense que globalement je pense avoir fait à peu près le tour. Euh, ouais.

342 **M : Super, alors je vous remercie fin vous re-remercie [Rires] d'avoir pris du temps pour répondre à  
343 mes questionnements et de m'avoir partagé votre expérience. Après, si vous voulez et si ça vous  
344 intéresse je pourrais vous envoyer mon mémoire.**

345 E1 : Ok, ben oui je veux bien.

346 **M : C'est noté. Bon-weekend.**

347 E1 : Bon week-end et courage pour la suite.

## Annexe K : Retranscription intégrale E2

[Début de l'enregistrement]

1 **M : Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter brièvement ?**

2 E2 : Oui alors moi du coup je suis X (*nom et prénom*), je suis diplômée de 2011 de l'IFE de [France], je  
3 sais pas si ça t'apportes quelque chose. Euh, et du coup j'ai toujours travaillé à X (*nom de l'établissement*  
4 – *service MPR*) du coup de 2011 à fin 2022 euh du coup auprès des patients blessés médullaires donc  
5 que ce soit en hospitalisation phase aigüe donc initialement post-accident ou post traumatisme ou  
6 autres circonstances euh en hôpital de jour ou à distance parce qu'on a la particularité vu qu'on est dans  
7 un hôpital au service MPR et on est pas que un centre de rééducation du coup de suivre les patients,  
8 qu'ils le souhaitent parce que c'est pas le cas de tous les patients, au long court donc avec aussi des  
9 patients blessés médullaires, à distance donc à cinq, dix, quinze, vingt ans, trente ans de la lésion initiale.  
10 Euh voilà que ce soit donc dans un suivi médical ou aussi dans le cadre d'escarres parce que du coup on  
11 a une consultation dédiée à l'escarre et la création d'urgence neurologique. Euh, avec des patients on  
12 s'est rendu compte, notamment avec des patients blessés médullaires quand ils allaient aux urgences  
13 enfaite les urgences classiques ne connaissaient pas assez les lésions de la moelle épinière et du coup  
14 on a créé il y a cinq ans un service d'urgence hospitalier spécifique. Euh voilà et du coup pendant huit  
15 ans aussi, parce que du coup ça va être un gros gros biais dans mes réponses, j'étais bénévole au sein  
16 d'une association sportive où tous les week-end et des séjours à la semaine j'accompagnais des  
17 personnes en situation de handicap dans la reprise de sport et de loisirs ouverts à la culture mais à la  
18 base c'était très tourné sur l'activité sportive et effectivement dans les bénéficiaires, on va dire ba plus  
19 de la moitié était des patients blessés médullaires. Euh voilà.. et du coup depuis janvier 2023, je partage  
20 mon temps enfaite je fais des vacances à X, X ça s'appelle X (*nom de l'établissement*), a ouvert une salle  
21 d'activité physique adaptée à la base orientée pour les patients blessés médullaires, après ça été ouvert  
22 à d'autres pathologies neurologiques comme la sclérose en plaques notamment et le but c'est de leur  
23 permettre d'avoir accès à de la rééducation d'entretien pour maintenir leurs capacités. Parce que toutes  
24 les études montrent c'est potentiellement des patients qui se dégradent un petit peu. Et puis il y a aussi  
25 un gros versant recherche pour faire de la recherche, ouais de la recherche. Euh donc ça, après je fais  
26 des expertises en dommage corporel où du coup j'accompagne exclusivement des personnes victimes  
27 blessées médullaires et euh et du coup euh depuis aussi janvier euh je fais partie aussi d'un service qui  
28 s'appelle X (*nom du service*) et pareil qui se sont aperçus que les patients blessés médullaires après la  
29 phase aigüe ils étaient chez eux, que y'a pas beaucoup de centres de rééducation qui font du suivis au  
30 long court et que c'est des patientèles qui a des besoins qui évolues toute au long de leur vie, avec une  
31 espérance de vie qui augmente et on sait très bien qu'un vieillissement qui n'est pas identique à la  
32 population sans handicap euh et du coup ils ont créé il y a un an et demi un service dédié, encore une  
33 fois pour les patients qui souhaitent, blessés médullaires uniquement, sur toute la France du coup pour  
34 un accompagnement au long court avec différents partenaires et du coup moi je suis l'ergothérapeute  
35 du service. Voilà, désolé ça été un peu long.

36 **M : Non, non c'est super intéressant ! et du coup vous travaillez encore dans un centre de rééducation  
37 avec des lésées médullaires ou pas ?**

38 E2 : Non, non j'ai quitté X (*nom de la structure*) depuis décembre.

39  
40 **M : Pour vous, qu'est-ce qui est important de mettre en place en ergothérapie après une lésion  
41 médullaire en phase de rééducation ?**

42 E2 : Que ce soit pour niveau para ou tétra, pas de différences ?

43 **M : Oui c'est ça.**

44 E2 : Euh alors du coup, moi du coup j'aurai le gros biais de dire quand même parce que moi je n'ai connu  
45 que X (nom de l'établissement) donc je vais dire ce qu'on faisait à X (nom de l'établissement). Euh, les  
46 patients paraplégiques ont les voyais pas tout de suite, généralement ils étaient vus en kinésithérapie  
47 d'abord pour tout ce qui est mobilisation, renforcement musculaire et apprentissage de l'équilibre, des  
48 transferts et après une fois qui avaient ces prérequis là on les voyais en ergo pour tout ce qui est travail  
49 de l'indépendance, de l'autonomie avec les prérequis qui sont un peu imposés médicalement et dans la  
50 rééducation avec toilette, habillage. Euh, les sondages qui généralement chez les hommes  
51 paraplégiques posent pas de difficultés mais par contre chez la femme paraplégique du fait de  
52 l'anatomie de la femme fait que c'est quelque chose difficile d'accéder à son méat urinaire donc ça, on  
53 voyais beaucoup les femmes pour le positionnement notamment au fauteuil pour l'auto-sondage.  
54 Hum... les soins de selles pour la réflexion est-ce que c'est un fauteuil douche, est-ce que c'est aux  
55 toilettes. Donc l'habillage, après pour les patients paraplégiques c'était très rapidement aussi tourné  
56 sur le retour à domicile avec du coup une visite à domicile, que nous on faisait toujours avec une  
57 assistante sociale. Euh, que ce soit voilà pour une permission, généralement le samedi et le dimanche  
58 puis après pour envisager un retour définitif soit dans ce logement ou dans un autre logement, avec  
59 voilà potentiellement des adaptations transitoires parce que malheureusement y'avais beaucoup de  
60 patient à X (nom de la ville) qui était en étages sans ascenseur et malheureusement on pouvait pas se  
61 permettre d'attendre que tous les patients trouvent un logement accessible. Donc y'a quand même un  
62 certain nombre de patient qui devait rentrer transitoirement dans des logements qui étaient pas  
63 complètement accessibles. Euh [réfléchie], après y'avais toute la sphère conduite automobile où du coup  
64 nous on avait un partenariat avec une auto-école adaptée et où le service X pouvait se charger de ça  
65 aussi pour les ergothérapeutes qui se sentaient pas les compétences de faire la conduite automobile.  
66 Pour tout ce qui est reprise professionnelle bah du coup ils allaient forcément tous à X parce que très  
67 souvent et quasiment tout le temps c'est pas un objectif euh en tout cas prioritaire, déjà voilà le  
68 chamboulement face au handicap, réapprendre leur corps, le retour à domicile. Et du coup l'avantage  
69 du service X c'est qui peuvent les suivre même une fois sortie de phase aigüe pendant deux ans pour  
70 revoir l'aspect professionnel donc ça on s'en occupait pas en rééducation sauf si pour certains patients  
71 on pouvait anticiper euh... [Réfléchie]. Voilà par exemple ça m'est arrivé, j'avais un patient paraplégique  
72 qui était dentiste, on a commencé en rééducation à stimuler certaines situations pour pouvoir un petit  
73 peu permettre à X d'anticiper certaines choses. Euh, après c'était d'autant plus vrai pour les patients  
74 tétraplégiques où du coup-là on était souvent quand même sur des adaptations de postes informatiques  
75 et que on faisait beaucoup de mises en situation pour trouver justement les aides techniques, les  
76 moyens de compensations qui étaient le plus performant. Parce que autant utiliser l'ordinateur quand  
77 c'est à visé de loisirs y'a aucune demande de performance mais quand c'est pour le travail bah  
78 malheureusement y'a un employeur quand même qui demande qu'un employé soit assez performant.  
79 Donc ça on faisait beaucoup de mises en situation en amont pour permettre d'anticiper le retour au  
80 travail ou une réorientation professionnelle. Et après, bah forcément y'a tout le choix des aides  
81 techniques, où c'est vrai que le choix du fauteuil roulant chez le patient blessé médullaire est quand  
82 même assez central, parce que y'a quand même dans la proportion peu de patients marchants  
83 malheureusement, et encore les patients marchants ont aussi parfois un fauteuil roulant pour les  
84 grandes distances. Voilà nous on avait de la chance d'avoir le CEFREP, donc le centre d'expertise du  
85 fauteuil roulant où on avait la chance d'avoir plus d'une centaine de fauteuil à disposition ou d'aides  
86 techniques à la mobilité comme des motorisations de fauteuil, qui est quand même aussi central chez



87 le blessé médullaire et notamment chez le paraplégique, avec la grandes aussi problématique de  
88 préservation de leurs épaules et donc voilà de réfléchir aussi pour ceux qui conduisent aussi, le transfert,  
89 le chargement du fauteuil. Trouver un compromis entre euh bah un fauteuil qui réponde aux critères  
90 morphologiques, aux critères de conduite auto, est-ce qui vont le charger, il va être trop lourd. Est-ce  
91 tout ça aussi permet, dans leur moyen financier de pouvoir acquérir tout ce matériel. Après y'a toute  
92 l'aspect sexualité, on avait la chance d'avoir des sexologues que ce soit pour la sexualité où les projets  
93 de grossesse ; Moi ça m'est arrivé d'accompagner une personne qui avait déjà un projet de grossesse  
94 avant l'accident, de pouvoir faire des mises en situations, pour surtout les rassurer sur leurs capacités.  
95 Donc ça et après donc pour les patients tétraplégiques en effet y'a toutes les autres occupations de la  
96 vie quotidienne du fait de l'atteinte des membres supérieurs, qui du coup est plus complexe avec les  
97 repas, les soins d'apparence et la question est-ce qu'ils ont besoin d'aide humaine ou pas. Avec une  
98 grande collaboration du coup avec l'assistante sociale. Euh, je réfléchis, voilà ça m'est arrivé aussi de  
99 conseiller notamment chez les tétraplégiques, l'aide animalière. Euh et puis ben bien sur ce qui nous  
100 amène aujourd'hui, l'accompagnement pour la pratique sportive, euh voilà du coup de fait de mon  
101 expérience en plus de bénévolat euh voilà moi ça été un gros biais. Si le patient m'en parlait pas, en tout  
102 cas initialement lors du bilan d'entrée au moment de recenser ses habitudes de vie, est-ce que déjà il  
103 faisait du sport et voilà est ce que c'est quelque chose qui voudrais reprendre. Par exemple si il faisait  
104 du basket, reprendre le basket ou s'il a envie de tester autre chose euh et on avait la chance aussi d'avoir  
105 des APA avec nous, donc voilà je travaille beaucoup en collaboration avec les kiné et les APA pour aussi  
106 permettre la réflexion sur la reprise d'activité sportive. Euh et aussi le partenariat avec des associations,  
107 parce que malheureusement quand on travaille en rééducation à l'hôpital on peut sortir une fois, deux  
108 fois pour des visites à domicile mais on peut pas être toujours sortie parce que sinon on voit pas  
109 beaucoup de patient et donc du coup c'est pas rentable pour l'établissement. Donc voilà, donc je suis  
110 aussi aller trouver des ressources extérieures et des relais extérieurs pour les, euh pour les patients.  
111 Voilà, après ça dépendait vraiment des occupations que le patient avait envie de réaliser enfaite, fin  
112 dans tous ses loisirs que ce soit sportif ou autres. Après voilà c'est vraiment très personnalisé, après  
113 voilà forcément y'a les objectifs de base qui permettent un retour à domicile en sécurité avec les besoins  
114 physiologiques puis après toutes les occupations qui font sens pour le patient au quotidien, que ce soit  
115 le sport ou autres.

116 **M : Et comment vous organisiez votre intervention ergo pour ramener la personne blessée médullaire**  
117 **dans ses activités antérieures qui font sens ? Est-ce que vous utilisiez des modèles ou outils**  
118 **particuliers ?**

119 E2 : J'avoue je me base, fin on va dire jusqu'à présent plutôt MCREO et puis y'a un an et demi du coup  
120 je me suis formée au MOH et certains outils du MOH. En tout cas je trouvais qu'il manquait quelque  
121 chose dans le MCREO et du coup voilà je trouvais que le MOH ça m'ouvrait une autre dynamique, avec  
122 vraiment cette notion d'identité et je trouve ça vraiment intéressant avec des patients, bah qui avait  
123 une identité avec l'accident et qui ne se reconnaissent plus dans cette nouvelle identité euh et du coup  
124 c'est comment concilier le fait que ben leur organisation de vie puisse correspondre à la personne qui  
125 souhaitait et qui veulent être. Alors après moi j'ai des patients avec leur traumatisme, on va pas dire qui  
126 changent d'identité, en tout cas ça leur fait changer parfois la vision de la vie euh et du coup bah quelque  
127 part ils changent un peu d'identité. Voilà qui aspire à d'autre chose. Moi j'ai pleins de patients par  
128 exemple, qui me disait qu'avant certes ils faisaient un peu de sport mais voilà y'avais beaucoup le travail  
129 par exemple dans leur vie puis l'accident ils se sont rendus compte que voilà enfaite bah maintenant ils  
130 voulaient faire des choses qui leurs plaisaient et qui potentiellement faisaient plus de sport après. Voilà,  
131 du moins qui avait des objectifs et priorité de vie tout à fait différentes après l'accident. Donc voilà ça

132 c'est pour les modèles. Et puis voilà, généralement au bilan d'entrée leur demander leurs habitudes de  
133 vie antérieure et puis c'est vrai qu'après pour les outils, personnellement et mes collègues aussi passait  
134 la MCRO par exemple en phase initiale après la phase de réanimation c'était quasiment impossible parce  
135 qu'enfaite les patient avaient pas de problématiques occupationnelles, enfaite ils voulaient tous  
136 remarquer mais du coup voilà selon les patient et selon où ils en étaient dans leurs étapes de deuil et  
137 de résilience surtout bah y'a des patients pour que je pouvais faire passer la MCRO au milieu de la prise  
138 en charge et d'autres plutôt vers la sortie et du coup ce qui pouvais guider mes collègues en HDJ après  
139 potentiellement pour les orienter justement sur des occupations qui font sens pour eux. Mais c'est vrai  
140 qu'on a toujours le dilemme aussi des occupations qui sont obligatoires et demandés par le médecin,  
141 souvent pour tout ce qui est la sphère urinaire et anorectal bah psychologiquement c'était très difficile  
142 pour les patients et du coup c'est vrai que souvent, pour certains c'était un peu difficile de projeter en  
143 même temps les occupations sportives de loisirs alors que déjà juste uriner et aller aux toilettes, euh  
144 enfaite c'est surtout uriner qui doivent faire plusieurs fois par jour. Euh voilà c'était tellement un frein  
145 psychologique que bah c'est vrai que pour certains patients la question du loisir et du sport arrivait  
146 plutôt en fin de prise en charge. Mais parfois sur des patients, fin par exemple j'ai eu un patient  
147 paraplégique qui était jockey professionnel, alors lui je pense que aussi dans sa mentalité de sportif de  
148 haut niveau, très rapidement il a su s'habiller, faire sa toilette, faire ses sondages et très rapidement il  
149 a été sur voilà, « aujourd'hui jockey ça sera pas possible mais je veux retrouver une activité sportive qui  
150 me redonne de l'adrénaline, où je veux être bon », parce que du coup il avait quand même l'habitude  
151 du haut niveau. Et du coup très rapidement avec l'APA on a cherché avec lui des activités sportives qui  
152 pouvaient correspondre à ses valeurs de vie donc avec quelque chose où il se sente performant,  
153 satisfaisant etcetera. Mais du coup ça dépend vraiment des patients, y'a des patients des fois  
154 malheureusement dix ans après ils ont toujours pas fait leur deuil, ils sont dans une démarche de  
155 résilience qui est compliqué et qui n'acceptes pas et qui reste enfermé chez eux potentiellement, alors  
156 que voilà ils savent que c'est possible de faire du sport, que en plus y'a des recommandations de l'HAS  
157 et de l'OMS qui sont très claires sur l'activité sportive avec une lésion de la moelle épinière mais voilà,  
158 ils sont pas prêt à accepter ce nouveau corps, ils sont pas prêt à accepter cette nouvelle vie. Donc voilà,  
159 y'a vraiment tous les profils de patient et du coup pas les mêmes temporalités pour tout le monde.

160 **M : Oui c'est sûr. Vous en avez déjà un peu parlé mais j'aimerais revenir un peu dessus : comment ça**  
161 **se passait dans votre service au niveau de l'activité sportive pour ces patients ?**

162 E2 : Bah du coup généralement les APA donc très rapidement euh donc ils ont divers machines de, on  
163 va dire, de musculations où du coup les patients, alors les patients tétraplégiques c'est sûr que c'était  
164 plus compliqué de trouver un outil qui était accessible aux capacités motrices du membre supérieur et  
165 les paraplégiques ils faisaient voilà, du SkiErg, euh.. ping-pong, boxe pour certains, euh...bon les  
166 différents motomed avec résistances aux membres inférieurs pour renforcer les membres supérieurs,  
167 en parallèle de tous les exercices qui étaient déjà fait en kiné pour leur permettre de potentialiser leurs  
168 performances dans la vie quotidienne. Euh après y'a toutes les machines press, surtout pour les patients  
169 blessés médullaires incomplets qui avaient de la motricité aux membres inférieurs bien sûr. Et puis euh  
170 après en fonction des patients et puis encore une fois des occupations qui font sens pour eux, bah ça  
171 pouvait être du handbike parce que du coup ils avaient des handbikes sur place, du basket fauteuil parce  
172 qu'ils ont des fauteuils de sport un peu multisport. Euh [Réfléchi] et puis après ben sinon c'était faire  
173 des relais, donc voilà. On a fait une fois une sortie avec mon collègue APA sur une initiation au skatepark  
174 en fauteuil roulant avec l'association X et après voilà s'est arrivé quelque fois qu'ils fassent des  
175 initiations, des sensibilisations au tennis, à l'aviron, alors c'est vrai que là pour le coup ils le faisaient  
176 souvent tout seul. Alors ça c'est pas de notre volonté hein, c'est juste la cadre enfaite qu'il ne voulait

177 pas qu'il y es plusieurs professionnels qui aillent en même temps car quand y'avais un kiné et un APA  
178 ou un APA et un ergo ça faisait plus de monde dehors et moins de patients qui été vus en rééducation.  
179 Alors c'est vrai que ça moi malheureusement, toutes les sorties extérieures à part le skatepark parce  
180 que c'est moi qui l'avais organisée mais sinon c'est vrai que tous les autres ateliers c'était que l'APA tout  
181 seul qui y allait. Mais ça c'était parce que voilà, c'était une contrainte de cadre et d'organisation du  
182 service qui était imposé comme ça. Euh, et sinon on leur donnait des relais dans des association, moi du  
183 coup c'est vrai qu'avec mon expérience en bénévolat j'ai pas mal de contacts dans différents sports où  
184 je pouvais donner aux patients et c'est vrai que depuis 2 ans, on a la chance d'avoir l'unité X (nom de  
185 l'unité) à X (nom de l'établissement) qui a ouvert et qui du coup est un vrai relais. Parce que moi je me  
186 suis aperçue qui y'a pleins de patients on a beau leur donner toute les coordonnées bah enfaite ils font  
187 jamais le pas d'appeler parce que voilà ça leur semble une montagne d'appeler, alors que déjà juste  
188 s'organiser au quotidien toilette/habillage au début pour certain c'est une montagne et que après y'a  
189 la problématique de se déplacer, les patients sont pas véhiculés et voilà des patients des fois qui  
190 malheureusement si on les prend pas par la main et qu'on les emmène pas, ils ont beau avoir tous les  
191 contacts bah ils font pas le pas car c'est pas le moment, c'est pas la temporalité et puis aussi des fois on  
192 leur donne tellement d'informations en même temps en rééducation que bah voilà je pense que c'est  
193 pour ça aussi que chaque chose en son temps et que la consultation X ça a le mérite au moins que le  
194 patient prenne le rendez-vous de lui-même quand il est prêt et que, et que je pense que c'est beaucoup  
195 plus efficace que malheureusement parce que pour l'avoir testé en onze ans, euh voilà quand ils sortent  
196 je leur donnais pleins de, de fiche un peu tutos sur les vacances et le sport et puis je m'apercevais quand  
197 je revoyais les patients que ils avaient pas mis en place et que j'avais beau leur dire « mais pourtant je  
198 t'avais donné la fiche », euh « oui mais elle a dû passer quelque part, s'est perdue » « j'ai pas l'énergie »,  
199 « j'ai pas la motivation », « je me sens pas prêt ». Voilà toutes euh tous ces conflits un peu internes qui  
200 fait que voilà. La temporalité elle est pour moi un élément central.

201 **M : D'accord, comme vous l'avez-dit ça dépend de la temporalité mais à peu près cette activité était**  
202 **proposée à quel étape du processus ? Et elle était proposée systématiquement à tous les patients ou**  
203 **pas ?**

204 E2 : Alors l'activité APA à titre de renforcement musculaire, oui, à tous les patients alors selon le niveau  
205 de tétraplégie bien sur les patients tétraplégiques C4, alors si ils allait faire de la sarbacane et puis là ils  
206 ont investi dans de la Boccia récemment. Euh mais après on dire le patient paraplégique très rapidement  
207 sauf contre-indication majeure d'arthrodèse ou d'escarres euh voilà très rapidement, peut-être pas le  
208 premier mois, généralement ils commençaient par de la kiné, après ils faisaient APA puis kiné, APA,  
209 ergo. Mais sinon oui très rapidement ça lui été proposé, tout comme la balnéothérapie. J'ai oublié de  
210 dire, on avait de la chance aussi d'avoir une balnéothérapie dans le service et puis voilà donc enfaite au  
211 fur à mesure c'était du renforcement musculaire et on glissait vers de l'activité sportive et pas que de  
212 la musculation, en fonction des aspirations du patient donc ben sur place là encore une fois y'avais pas  
213 beaucoup de sport hein bah c'était ce que les APA avaient, donc y'avais : tennis de table, badminton,  
214 basket, boxe, escalade pour les patients incomplets, piscine du coup, euh ils ont essayé aussi d'adapter  
215 un kayak du coup bon c'est du kayak sur place comme forcément la balnéo était pas assez grande pour  
216 faire du kayak [rires]. En tout cas bah voilà c'était hyper intéressant car nous aussi en tant qu'ergo bah  
217 euh moi pour un patient je m'étais penché sur comment il allait faire son transfert dans le kayak, les  
218 supports à prévention d'escarres pour le kayak par exemple et ça a permis quand même de pouvoir  
219 anticiper certaines choses sur place comparé à si y'avais pas eu de kayak et que le patient aurait dû tout  
220 faire avec un club à l'extérieur et malheureusement on aurai pas pu l'accompagner avec l'APA et l'ergo  
221 et c'est pour ça que je suis convaincue [hausse la voix], comme je disais je suis la pro pour anticiper

222 certaines questions, où voilà chez le blessé médullaire je sais que y'a très peu de service X c'est plutôt  
223 dédié aux patients cérébrolésés euh et que je pense qui y'aurais milles choses à faire pour accompagner  
224 le patient blessé médullaire une fois sorti de la phase aigüe parce que encore une fois, on ne peut pas  
225 tout faire quand on est à l'hôpital, on a des contraintes et on peut pas être tout le temps dehors et  
226 malheureusement encore une fois, le patient est pas toujours prêt en fait à ça et quand il est prêt il est  
227 souvent tout seul chez lui. Et donc X c'est bien ça existe mais aux dernières nouvelles y'a qu'une  
228 structure X qui existe en France et y'a toujours la problématique de se déplacer et que même à X on  
229 peut pas être toujours à l'extérieur donc l'avantage d'un X et qu'on est au plus proche du patient à  
230 domicile et je pense qu'il faudrait développer ça pour le patient blessé médullaire.

231 **M : Et pour vous, pour quels avantages l'activité sportive est proposée comme ça dans votre service ?**

232 E2 : Bah comme je disais au début, c'est souvent voilà le renforcement musculaire des membres  
233 supérieurs, des membres inférieurs pour les incomplets parce que même si c'est minoritaire c'est  
234 important aussi. Et que bah des fois si un patient peut pas marcher, juste faire un transfert debout déjà  
235 ça change la vie. Euh bah tout ce qui est aussi forcément cardio-respiratoire c'est pour ça que les  
236 patients blessés médullaires sont sujets à des troubles de ce titre-là euh puis après voilà moi je l'ai très  
237 bien vue de par l'expérience pendant onze ans et ma pratique bénévole que le sport est un vrai facteur  
238 d'estime de soi, de valorisation de soi, de sociabilité aussi parce que certes on pourrait très bien faire  
239 du sport chez soi et puis avec le développement du sport aussi par les jeux vidéo on peut aussi bah  
240 forcément ne pas sortir de chez soi mais en tout cas voilà y'a un certain nombre de pratiques sportives  
241 où il faut sortir de chez soi dans le but quand même de se socialiser notamment par exemple pour  
242 des patients qui auraient plus d'activité professionnelle parce que ça été compliqué voire impossible de  
243 trouver une adaptation de poste ou une orientation de poste ou pour des patients des fois qui ont une  
244 rente d'accidents du travail par exemple ou une indemnisation qui leur permet déjà de pas avoir besoin  
245 de travailler bah au moins l'activité sportive ça leur permet au moins d'avoir un lien social. Voilà bah  
246 c'est aussi limiter la prise de poids car on sait aussi que les patients blessés médullaires sont plus sujets  
247 à la prise de poids et que bah dans ces pathologies il y a aussi un grand lien avec les escarres. Euh donc  
248 voilà quoi, y'a pleins de bénéfices à l'activité sportive hein, bon je pense que tu as trouvé car c'est écrit,  
249 écrit et re-écrit surtout ces dernières années hein euh voilà les recommandations de l'OMS et l'HAS,  
250 alors euh j'ai pas les dates en tête mais c'est quand même assez récent comparé à d'autres  
251 recommandations sur d'autres types comparés à l'activité sportive. Donc c'est essentiel, bon après y'a  
252 des patients qui fin pour qui ça ne fait pas partis de leurs occupations significatives mais voilà ça peut être  
253 aussi activité physique et pas que activité sportive.

254 **M : Si on revient d'une manière générale sur les activités significatives de loisirs, comment la lésion  
255 médullaire les impactent selon-vous ?**

256 E2 : Bah après ça dépend encore une fois du niveau lésionnel, c'est sûr que quand on a une tétraplégie  
257 potentiellement ça limite un peu plus l'accès, fin je parle niveau complet hein mais ça peut quand même  
258 limiter l'accès aux loisirs que ça soit en termes de capacités motrices pour par exemple chez les patients  
259 tétraplégiques, tenir une raquette de ping-pong euh et puis y'a aussi bah quand on pense activité  
260 sportive, on pense pas à comment se rendre à l'activité sportive et surtout ici où malheureusement les  
261 transports en communs ne sont pas très accessibles comparé à d'autres villes. Bah pour le patient  
262 tétraplégique, donc pour certains n'ont pas les capacités de conduire ou n'ont pas les moyens financiers  
263 parce que l'adaptation d'un véhicule quand on a une tétraplégie coûte dix fois plus cher que pour les  
264 patients paraplégiques. Que les transports alternatifs, bon ça existe mais souvent les patients en sont  
265 pas très contents. Et souvent on a quand même des patients aussi hein, ils nous disent que les freins  
266 premiers c'est déjà se rendre sur l'activité sportive, après y'a l'accessibilité des locaux qui souvent est

267 un frein, l'accessibilité des vestiaires et des douches notamment qui est aussi un frein euh puis après  
268 bah voilà c'est l'accès à l'activité en fonction des séquelles motrices. Mais oui, ouais ce sera en fonction  
269 des transports, du type d'activité, des séquelles, de l'aspect financier. Euh [réfléchie] et puis voilà de  
270 l'accès aux structures. Par exemple le ski, parce que du coup moi j'ai mon diplôme pour piloter les  
271 fauteuils de ski euh bah voilà ça existe mais y'a pas toutes les stations qui sont équipés donc après bah  
272 malgré qu'on ait les moyens de se déplacer, les sous bah des fois c'est juste que les structures ne sont  
273 pas équipées et que du coup bah le patient ne peut pas reprendre l'activité qui fait sens pour lui ou alors  
274 il est obligé d'aller à des kilomètres et des kilomètres. Et pour certains patients, encore un fois bah le  
275 loisir je pense que ça fait partie de l'équilibre occupationnel aussi, tout comme le travail et les activités  
276 on va dire d'hygiène et que bah si un patient ne peut pas récupérer ses loisirs, il peut être en total  
277 déséquilibre de vie, déséquilibre occupationnel et qui impacte forcément sa qualité de vie. Euh voilà.

278 **M : Super, et du coup vous de quelles manières vous abordiez l'activité sportive dans votre suivi ergo**  
279 **lorsque vous receviez une personne lésée médullaire ?**

280 E2 : Je l'aborde ben dans le bilan d'entrée comme j'ai dit avec les habitudes de vie antérieures puis après  
281 au cours de la prise en charge en fonction encore une fois de la dimension psychologique, donc pour  
282 moi aussi l'accompagnement de la psychologue était essentiel même si en onze ans bah je me suis  
283 aperçue y'a pleins de patients qui voulaient pas aller voire la psychologue avec souvent un petit peu les  
284 idées faites « non mais c'est bon moi j'ai pas besoin, c'est un peu la honte », alors que pour pleins de  
285 patients elle a été d'une aide extrême. Euh et voilà donc en fonction d'où ils en sont dans leur processus  
286 de deuil, de résilience et puis voilà, si vraiment c'est la temporalité, voilà, fin en tout cas pour moi la  
287 temporalité chez les blessés médullaires c'est clefs dans l'accompagnement. Et puis voilà, pour des  
288 patients ça été très rapide donc après ça été de leur demander donc soit avec la MCRO, soit au cours  
289 d'entretiens on va dire informels, de savoir quelle activité sportive ils voulaient re-tester et donc dans  
290 ce cas soit on lançait les activités qu'on avaient sur place et dans ce cas-là on collaborait avec l'APA ou  
291 soit c'est une activité qu'on avait pas sur place et du coup je lui donnais euh les réseaux que j'avais pour  
292 pouvoir tester parce que du coup c'est vrai que je peux pas trop parler de la collaboration avec X parce  
293 que du coup c'est assez nouveau euh, mais du coup ça sera un réel atout. Et puis après pour certains  
294 patients encore une fois bah si ils sont on va dire dans leur démarche d'acceptation de leur nouvelle vie  
295 fin en tout cas de cheminer là-dedans, c'est des patients qui pouvaient par exemple lors de permissions  
296 le week-end pour pouvoir tester des choses, me faire un retour et qu'on puisse bah avancer et réfléchir,  
297 mais j'ai envie de dire ça c'est une minorité des patients et la plupart des patients bah enfaite encore  
298 une fois bah quand ils étaient prêts à réfléchir à ça bah enfaite c'était la fin de la rééducation. Euh, l'HDJ  
299 bah nous c'est une session de six semaines puis c'est pas tous les jours. Puis encore une fois c'était  
300 difficile de pouvoir les accompagner et je sentais vraiment que enfaite y'avais tout un pan qu'on pouvait  
301 pas faire parce que c'était pas la temporalité et que bah quand ils avaient besoin de nous bah enfaite  
302 on était plus là. Donc voilà, y'a quelques patients qu'on a pu accompagner le temps où ils étaient  
303 hospitalisés et puis d'autre voilà malheureusement qui fait que la temporalité c'était pas possible. Donc  
304 voilà, c'est pour ça que le réseau et les partenaires sont essentiels mais qu'enfaite encore une fois bah voilà en  
305 onze ans j'ai bien vu que même en leur donnant l'adresse, le numéro de téléphone, tout bah enfaite ils  
306 faisaient pas le pas parce que voilà ils avaient pas confiance en eux, ils se sentaient pas valorisés, que  
307 c'était compliqué et qu'il aurait fallu quelqu'un à ce moment-là qui puisse les accompagner jusqu'au  
308 bout et donc dans l'équipe, leur équipe « aller vers » du coup elle est là pour ça et je pense que c'était  
309 une vraie force qu'ils aient créer ça parce que je pense que sans ça, ils se seraient aussi confrontés comme  
310 nous à des patients je pense qui malheureusement ne seraient pas aller au bout de la démarcher parce  
311 qui leur faut quelqu'un qui les prennent par la main jusqu'au bout du bout de leur réflexion. Euh et voilà

312 notamment dans tous les relais, je pense que tu connais l'association « X » du coup était pour moi, ils  
313 sont sur un concept de pair émulation qui est pour moi, est avec la temporalité je pense le deuxième  
314 maître mot clés de la lésion de la moëlle épinière, parce que moi c'est un outil que j'utilise tout le temps  
315 notamment dans la pratique sportive où bah des patients enfaite que moi j'ai beau leur dire avec ma  
316 blouse blanche « ne t'inquiète pas, tu vas pouvoir faire du ski, ne t'inquiète pas moi j'ai tous mes  
317 patients une fois qu'ils ont choppés le truc enfaite me disent même si demain je remarque, je  
318 continuerais à skier assis parce qu'enfaite j'ai plus de sensations assis à ski » et enfaite je pense que  
319 pour un patient, moi avec ma blouse blanche ça rentre, ça sort et ils me le disent pas mais je vois qu'ils  
320 ont très clairement envie de me dire « mais qu'est-ce que t'en sais, t'es sur tes deux jambes ». Alors  
321 que la même chose, dit par un patient qui est passé par les mêmes étapes que lui, les mêmes étapes de  
322 deuil, de résilience et qu'il lui dit « mais t'inquiète pas, maintenant je fais du ski, j'ai une femme, j'ai des  
323 enfants, je pars en vacances, je travaille », ça a pas du tout le même impact et moi j'ai vue des patients  
324 qui se sont métamorphosés juste avec un entretien d'une heure de pair émulation et du coup voilà  
325 quand je sentais que j'avais un patient qui bloquait, qui avait certains freins à vouloir reprendre ses  
326 occupations, du coup je ciblais avec lui les occupations qui étaient prioritaires pour lui mais pour lesquels  
327 il se sentait pas capable et après bah en onze ans j'ai eu la chance d'avoir un carnet d'adresse on va dire  
328 assez énorme de patients blessés médullaires et du coup j'ai des patients qui étaient tout à fait ravis que  
329 je puisse les appeler et du coup je m'étais en lien avec des profils similaires donc euh quand chez des  
330 patients c'était pour la pratique sportive qui avait un sport orienté et j'avais la chance d'avoir un patient  
331 qui pratiquait le même sport, du coup il venait gentiment ici. Ils me l'ont tous dit hein, la pair émulation  
332 c'est quand même assez nouveau comme concept je pense, quand je dis nouveau c'est dix ans hein c'est  
333 pas de un an ou deux, que bah y'a dix ans ça se faisait moins et qu'ils auraient adorés eux aussi avoir  
334 des patients qui seraient venus pour eux témoigner. Alors l'avantage ici c'est que c'est un service  
335 spécialisé donc les patients nouvellement traumatisés son au même étage que les patients en bilan du  
336 coup bah forcément le soir y se croisaient et faisaient de la pair émulation sans qu'il y est besoin de  
337 quelqu'un. Mais bon des fois bah euh c'est pas les bons profils qui se rencontrent. Et du coup moi j'ai  
338 vue des patients qui bah voilà moi je les aient juste présenté 5/10 minutes et après voilà je les laissais  
339 et du coup y'a des patients ça a totalement changé l'accompagnement euh ils étaient de nouveau  
340 motivés, investis et de se dire « ok enfaite ma vie elle est peut-être pas gâchée et ptetre que je peux  
341 encore kiffer ma vie enfaite ». Voilà, fallait que je le place quelque part la pair émulation, je savais pas  
342 où donc au moins c'est fait [rigole]. Donc voilà c'est un des moyens pour pleins d'autres thématiques  
343 mais je crois que pour le sport c'est, c'est la thématique fin l'occupation où j'ai le plus utilisée la pair  
344 émulation voilà et parce que je suis persuadée que c'est le moyen qui leur permet le plus d'être résilient  
345 et de passer ses étapes de deuil, en tout cas chez le blessé médullaire. Et notamment chez le jeune parce  
346 que maintenant on a de plus en plus de patients âgés tétraplégiques, ils ont de l'arthrose cervicale et  
347 chutent de leur auteur et voilà. Là je pense que c'est tout un autre challenge quand on associe une  
348 lésion haute et un âge aussi très avancé. Mais en tout cas chez le patient blessé médullaire jeune c'est  
349 la clé de la réussite la pair émulation. J'ai toujours dit qu'une heure de pair émulation ça a beaucoup  
350 plus servis à mes patients que neufs mois avec moi.

351 **M : Donc si j'ai bien compris, vous avez déjà accompagné des personnes lésées médullaires à**  
352 **reprendre le sport, est-ce que vous pouvez développer ?**

353 E2 : Bah soit c'était dans le conseil aux aides techniques, par exemple notamment chez le patient  
354 tétraplégique donc voilà tout ce qui est besoin de préhension de raquette par exemple. Euh.. voilà  
355 notamment parce qu'on avait ping-pong ici donc réfléchir à l'adaptation pour ça. Après sur tous les  
356 supports à prévention d'escarres donc ça c'était aussi notamment dans les fauteuils de rugby ou de

357 tennis ou de basket. Du coup bah déjà choisir le fauteuil adéquat et puis ben bien souvent c'était aussi  
358 un coussin pour prévention d'escarres spécifique parce que le coussin de tous les jours était trop épais,  
359 que du coup il était pas assez rigide euh mais que à l'inverse, le coussin de sport souvent ça va pas être  
360 leur coussin de tous les jours parce que souvent il est trop rigide et pour le coup ils ont pas d'escarres  
361 quand ils restent deux heures dans un fauteuil de sport avec ce coussin mais le même coussin pendant  
362 huit heures ils auraient des escarres dessus. Euh et ça j'ai eu en consultation escarres notamment,  
363 beaucoup de patients blessés médullaires jeunes qui sont qui ont finis leur rééducation initiale qui  
364 n'avaient pas d'escarres et qui ont des escarres à cause du sport avec voilà des fauteuils on le sait hein  
365 les fauteuils de sport sont souvent très ajustés avec euh bah les sangles qui passent pile poil. Et là j'ai  
366 en tête un exemple qui est très frappant d'un jeune paraplégique qui a fait ça rééducation pas ici, autre  
367 part et qui a développé, parce qu'il avait aussi un fauteuil de ville complètement inadapté et avec une  
368 pratique de ski et basket assez intensive et avec du coup des escarres aux deux trochanters ce qui est  
369 quand même très compliqué après pour adapter quelque chose et puis des ischions qui étaient quand  
370 même très rouges euh et du coup on a réléchis son fauteuil de ville parce que voilà y'avais aussi une  
371 problématique voilà pour qu'il soit performant en sport y faut aussi qui soit bah performant dans la vie  
372 quotidienne et essayer de limiter des fois aussi les efforts des fois dans la vie quotidienne pour qui puisse  
373 aussi être le plus performant possible dans l'activité sportive et du coup c'est un patient où on a réléchis  
374 au fauteuil de basket, on a refait les réglages euh alors comme on pouvait parce que y'a beaucoup de  
375 tout soudé. Et puis ben il faut respecter des règles en plus c'est ça le problème au sport c'est que y'a  
376 des hauteurs à respecter pour la fédération et ça c'est une vraie contrainte qu'on a pas dans le fauteuil  
377 de tous les jours. Et puis du coup on utilisait les nappes de pression, pour le coup j'les utilisent pas  
378 beaucoup dans la vie quotidienne parce que je pense que le meilleur outil c'est la main pour palper mais  
379 que pour le coup pour un fauteuil de sport dynamique on avait vraiment besoin de savoir quand y  
380 s'penchait pour ramasser la balle, quand y shooter, enfaite de voir tous les déports de poids et du coup  
381 bah voilà on a réussi à lui trouver le coussin dédié au basket, le coussin qui coup de bol correspondait  
382 aussi pour le ski et du coup on a revus totalement son fauteuil de sport et il est resté neuf mois  
383 quasiment alité, il a été opéré, ça été long et maintenant voilà il fait du ski et du basket plus qu'avant,  
384 sans aucun soucis de peau et pour le coup voilà il a bien vu c'était un an et demi d'enfer, il était déprimé  
385 au possible et qu'aujourd'hui il dit « bah vous m'avez quelque part un peu sauvé la vie parce que sans  
386 vous j'aurai peut-être pas pu reprendre le sport » et le sport pour lui très clairement c'est la base de sa  
387 qualité de vie et que sans ça il était au fond du trou. Donc voilà donc ça peut aller de l'aide matérielle,  
388 de la prévention escarre qui est quand même assez importante et puis après c'est des fois aussi juste  
389 discuter, les revaloriser, les rassurer avec notamment la pairémulation et puis voilà, donner des contacts  
390 de relais et idéalement ce qui me frustrait c'est de ne pas pouvoir les accompagner jusqu'au bout mais  
391 bon c'était pas possible. [Silence]. Et puis après aussi tout l'aspect financier avec la rédaction  
392 d'argumentaires même si euh malheureusement aujourd'hui les MDPH sont pas très ouvertes à la  
393 pratique des loisirs et pour elle s'est pas une priorité malheureusement [rigole].

394 **M : Et pour vous, quelles compétences vous avez mises en place dans ses situations pour la reprise  
395 d'activité sportive pour collaborer avec les autres professionnels du sport ?**

396 E2 : Bah je pense qu'on était tous complémentaires les uns des autres. Mes collègues kinés sur tout  
397 l'aspect effectivement prévention d'épaule voilà ils sont quand même bien plus calés que nous fin en  
398 tout cas moi j'estime qu'ils sont beaucoup plus calés que nous et que c'est leur spécialité, c'est pas la  
399 mienne notamment pour tout ce qui est décentrage humérale qui sont quand même fréquent chez le  
400 patient blessé médullaire euh et puis le prof APA pour tout ce qui est du coup réentraînement cardio-  
401 respiratoires euh voilà pour tout ce qui est réadaptation à l'effort qui est quand même essentielle pour

402 la pratique sportive aussi et puis bah nous en ergo peut être plus l'aspect aide technique euh  
403 aménagement de l'environnement. L'assistante sociale qui est, en tout cas nous le binôme ergo /  
404 assistante sociale était très fort pour tout ce qui était dossier de financement pour la pratique sportive  
405 notamment. Et puis voilà je pense que nous on a aussi la version un peu plus large de savoir que bah  
406 voilà pour une activité sportive bah en fait faut prendre en compte toute l'activité sportive, donc  
407 effectivement comment se rendre sur place, comment faire l'activité, comment uriner sur place,  
408 comment prendre sa douche et que voilà on est peut-être le professionnel qui a la vision la plus large  
409 de l'activité et pas seulement centré, comme par exemple le kiné il sera je pense beaucoup plus  
410 spécialisé sur l'instant T où il joue au basket mais pas tout le reste de l'activité.

411 **M : Vous avez un peu répondu à cette question mais globalement vous qu'est-ce que vous pensez de**  
412 **l'intégration de l'activité sportive dans une prise en charge ergothérapie pour une personne lésée**  
413 **médullaire qui était sportive avant sa blessure et l'activité sportive est significative ?**

414 E2 : Ah bah moi je pense que c'est essentiel fin sous réserve que le patient adhère parce que je pense  
415 que voilà c'est pas que l'ergothérapeute, en tout cas moi j'ai toujours essayé de mettre le patient au  
416 centre de la prise en charge donc du coup ça serait plus adéquat d'utiliser le mot client mais j'ai jamais  
417 réussi à utiliser ce mot. Euh [réfléchi]. Et que oui en tout cas c'est un moyen qui est pour moi est à  
418 développer, qu'il l'est pas encore assez qui malheureusement aussi parfois demande un peu de place  
419 en termes d'espace hein je parle et moi à X (nom de l'établissement) malheureusement on était un peu  
420 les uns sur les autres. Euh qui demande aussi un peu de matériel donc forcément qui coûte cher et du  
421 coup pour l'hôpital je pense ça peut être un réel frein. Euh [réfléchi]. Et voilà et puis du coup si ça fait  
422 sens pour le patient, en tout cas qui est comme n'importe quelle autre activité hein qu'elle soit sportive  
423 ou autre euh vecteur de revalorisation, d'estime de soi, de confiance en soi qui pour moi sont essentiels  
424 pour qu'il se projette dans cette future vie on va dire. Et qui souvent bah ça a quand même plus sens  
425 parce que manger, s'habiller, faire sa toilette euh bon j'ai jamais trouvé quelqu'un pour qui c'est une  
426 activité qui faisait du sens pour eux, c'est juste on va dire une obligation sociale mais voilà.

427 **M : Et plus spécifiquement, quels sont les rôles de l'ergothérapeutes dans ce processus de reprise**  
428 **sportive selon-vous ?**

429 E2 : Euh bah moi je pense qu'on peut être vraiment parce que euh le mot de résilience encore un fois  
430 aussi parce qu'on parlait beaucoup de deuil aussi et que c'est un mot comme la pair émulation qui est  
431 assez nouveau euh et je pense qu'on peut être vraiment un tuteur de résilience en tant  
432 qu'ergothérapeutes justement car on a une vision assez globale, holistique du patient et de son  
433 environnement et de ses occupations, peut être comparé à d'autres corps professionnels et je me suis  
434 souvent aperçue que hormis le médecin mais que du coup voilà on est peut-être le professionnel qui a  
435 la plus grande fenêtre et qu'après on permet aussi de pouvoir adapter la prise en charge des autres  
436 professionnels euh sur voilà par exemple telle ou telle occupation. Et du coup de pouvoir collaborer  
437 avec d'autres professionnels euh et du coup attend ta question c'était quoi ? je suis désolé [rigole]

438 **M : Non, non pas de soucis c'est quelles sont les rôles que peut jouer l'ergothérapeute dans le**  
439 **processus de reprise sportive selon vous ?**

440 E2 : Euh oui bah c'est ça fin je pense c'est de, de pouvoir cibler l'activité sportive qui fait sens pour le  
441 patient, pouvoir du coup le mettre en situation alors écologiques ou pas. Alors ça c'est pareil je sais que  
442 chacun à sa définition d'écologique mais euh et du coup qui puissent faire en sécurité hein, notamment  
443 en sécurité cutanée euh et puis que voilà ils prennent du plaisir, de la satisfaction, qui se sentent  
444 performant pour faire cette activité, euh... [Réfléchi] et voilà [rigole]

445 **M : Du coup qu'elles sont les compétences qui pourraient justifier ce que vous avez énoncés avant ?**  
446 **Les compétences de l'ergothérapeute.**



447 E2 : Euh bah du coup d'adaptation de l'environnement, euh fin les systèmes de compensation on va dire  
448 les aides techniques euh globales euh que ça soit du conseil ou de la fabrication sur mesure, parce que  
449 quand même souvent pour l'activité sportive on est un peu sur de la fabrication sur mesure notamment  
450 pour le patient qui aurait un haut niveau. Alors c'est pas un patient que j'ai accompagné mais du coup  
451 y'avais une de mes collègues qui avait eu une patiente qui était dans l'équipe de France de ping-pong  
452 et du coup qui était tétraplégique et pour le coup-là elle ça pouvait être que du sur-mesure pour  
453 l'adaptation de sa raquette car y'a quand même aussi un enjeu, un enjeu autre qu'une pratique juste  
454 loisir euh et que ça aussi j'pense que ça se développe de plus en plus hum voilà le sport loisir mais que  
455 maintenant j'pense qu'on parle et qu'on met en avant plus de visibilité du parasport alors notamment  
456 avec les jeux de Paris 2024 on va pas se mentir mais bon déjà avant, moi j'ai sentie en onze ans qui  
457 y'avais déjà un peu plus de mouvance. Notamment le stage « La relève » où j'ai plusieurs patients que  
458 j'ai orienté vers ce stage là pour qu'ils puissent avoir une pratique sportive à haut niveau avec des gens  
459 qui avaient vraiment aussi l'envie euh au-delà de la pratique loisir, de performer dans une pratique de  
460 haut niveau et du coup j'ai aussi orienté quelques patients vers ce stage-là. Euh où voilà des patients  
461 qui me disaient limitent, bon je grossi hein mais ils étaient contents de par exemple être paraplégique  
462 parce que ben enfaite dans le handisport si tu choisis le bon sport où finalement y'a pas beaucoup de  
463 personnes en situation de handicap, ben j'ai des patients qui se sont retrouvés au bout d'un an et demi  
464 champions de France alors que quand ils étaient « valides », alors j'aime pas ce mot-là mais euh du coup  
465 ils auraient jamais atteints ce niveau-là parce que y'a trop de personne. Donc moi y'a des patients qui  
466 me disent « bah enfaite voilà c'est mon petit plus de la lésion médullaire c'est que j'accède à un titre  
467 que j'aurai jamais eu si j'étais pas en situation de handicap ». Donc euh y'a aussi ce versant-là à un peu  
468 développer pour pouvoir leur permettre d'accéder à un sport de haut niveau. Euh... [Réfléchie]. Voilà et  
469 après je pense qu'on est aussi, mais ça je pense pas pour le coup que c'est une spécificité, pouvoir les  
470 orienter vers des structures relais et des partenaires et ça je pense que nos collègues APA et kinés sont  
471 tout aussi performants pour le faire mais euh voilà pour tout aspect aménagement de l'environnement,  
472 conseils en aides techniques euh voilà on est peut-être plus positionnés là-dessus. Et puis l'aspect  
473 psychologique où je pense pareil, que c'est un peu transversal euh mais voilà je pense que  
474 l'accompagnement psychologique dans cette pratique sportive avec l'estime de soi, la revalorisation  
475 c'est hyper important. Et que par le MOH, ben je pense aussi que peut-être euh vu qu'on a une vision  
476 un peu plus holistique de la personne et de toutes les composantes de la personne, peut-être qu'on est  
477 un peu plus à même de comprendre et de tirer les bonnes ficelles notamment sur tout ce qui est aspect  
478 psychologique, motivationnel euh voilà on a peut-être un peu plus d'outils, c'est un peut-être ça je sais  
479 pas.

480  
481 **M : Et dans la continuité de cette question, est-ce vous vous sentez légitime en en ergothérapeute**  
482 **d'investir ce champ et pourquoi ?**

483 E2 : Ah oui, oui oui tout à fait c'est encore à développer malheureusement euh c'est pas encore assez  
484 mais voilà je pense euh tu vois, on le voit bien que y'a de plus en plus de webinaires sur cette thématique  
485 euh alors déjà sur l'activité physique et pas que l'activité sportive euh mais que voilà le sport c'est un  
486 loisir comme un autre, c'est une occupation comme une autre. Je dis souvent la même chose pour la  
487 sexualité où c'est un champ qui est pas encore euh fin en tout cas l'ergo à pas une place aussi  
488 prépondérante que dans d'autres domaines, c'est pas aussi clair. Euh parce que voilà je pense que c'est  
489 un champs qui mêle kinés, APA, ergos et que par rapport à d'autres occupations ça fait moins  
490 problématique parce que dans le repas bon ben clairement dans le repas y'a pas de problèmes fin y'a  
491 pas de champs de compétences qui se rejoignent mais dans le sport bah c'est conjoint sur plusieurs

492 professionnels et c'est peut être ça qui fait que aujourd'hui on a peut-être pas une place prépondérante  
493 mais que voilà il faut la faire et faut montrer qu'on a des compétences spécifiques et qu'on a après des  
494 compétences transversales. Et après des fois c'est juste aussi les, comment dire, fin les aspirations de  
495 chacun : moi je sais que je suis très centrée là-dessus et que j'ai développé des réseaux de partenaires  
496 très ciblés là-dessus mais voilà j'ai d'autres collègues ergos qui étaient pas du tout fan de sport et du  
497 coup forcément avec moins de contacts et peut-être qui le questionnait moins. Donc je pense que c'est  
498 malheureusement, y'a peut-être un lien aussi avec l'identité de l'ergothérapeute euh et de ses propres  
499 occupations qui peuvent aussi interférer là-dedans. Et que malheureusement bah c'est pas ce qui va  
500 être demandé en priorité par le médecin euh donc voilà y'aura pas forcément quelqu'un qui va aussi  
501 demander à l'ergothérapeute de questionner ça si l'ergothérapeute l'oublie et que le patient n'ose pas  
502 en parler non plus. Euh. [Réfléchie]. Voilà.

503 **M : Super, je me permet juste de revenir sur un élément que j'avais oublié, quand on parlait des**  
504 **activités qui a du sens pour la personne comment vous faisiez etcetera, vous m'avez parlé de la MCRO**  
505 **et un peu du MOHO est-ce que vous utilisiez des outils de ces modèles toujours pour déterminer les**  
506 **activités qui font sens pour la personne ?**

507 E2 : Du coup la MCRO qui découle du MCREO et après dans la réflexion j'utilise de plus en plus le MOH  
508 mais bon ça je trouve que c'est un modèle qui est beaucoup plus complexe à intégrer et à comprendre.  
509 Et après dans les outils, euh j'ai été formé que à l'OCAIRS et à l'OPHI-II qui du coup voilà sont très  
510 complets mais très complexes à faire passer et qui peuvent mettre en lumière notamment l'aspect de  
511 l'activité sportive. Euh mais voilà, on va dire c'est pas ceux que j'utiliserais dans cette thématique-là  
512 mais oui la MCRO permet très clairement et rapidement de pouvoir identifier les problèmes  
513 occupationnels qui font sens pour la personne et du coup, de par l'entretien d'identifier un petit peu  
514 est-ce que pourquoi cette activité n'est pas réalisée.

515 **M : Super, merci. Moi j'ai fini pour mes questions, est-ce que vous voulez rajouter autres choses, des**  
516 **remarques ?**

517 E2 : Bah du coup je le dit à la fin parce que je sais jamais où le caler non plus euh, alors c'est peut-être  
518 spécifique pour le coup mais euh l'avantage c'est que aussi dans le cadre de ma pratique en dommage  
519 corporel bah dès que y'a un préjudice qui s'appelle un préjudice d'agrément qui est une indemnisation  
520 spécifique pour indemniser le fait que le patient puisse pas reprendre comme avant son activité  
521 sportive. Euh et ça je pense qu'à la différence des patients qui n'ont pas la chance d'avoir  
522 d'indemnisation, ça permet aussi de pouvoir le dire et du coup ben de l'objectiver et de dire que oui  
523 c'est réel. Parce que bon dans une prise en charge classique on va dire, euh voilà souvent encore une  
524 fois ce qu'on met en avant c'est toilette, habillage, travail, parentalité à la rigueur un petit peu mais on  
525 va pas creuser comme une expertise corporelle où vraiment là on est obligé de mettre en avant tous ce  
526 que la personne ne peut plus faire ou même si elle peut le faire, juste le fait que bah y'est besoin d'aides  
527 techniques ou qu'elle soit moins performante parce qu'elle est fatigable, parce qu'elle a des douleurs.  
528 Bah puis déjà c'est une reconnaissance aussi pour la, pour la victime de pouvoir dire que oui elle peut  
529 pas refaire tel ou tel sport ou plus de la même façon est que bah que en termes financiers ça nous  
530 permet aussi l'indemnisation de pouvoir s'indemniser beaucoup plus loin des aides techniques et  
531 sportives même si encore une fois on se retrouve quand même confrontés comme à la MDPH où si un  
532 patient faisait euh bah là j'ai eu le cas d'un patient en expertise y faisait du VTT, du basket et du ski euh  
533 bah entre le quadrix, le fauteuil de ski, le fauteuil de basket bah très clairement l'assurance c'est niet, le  
534 financement qu'il avait l'droit. Et faut un choix, malgré le fait qu'on est prouvé que la victime faisait ces  
535 trois sports auparavant. Mais voilà c'est quand même plus facile de faire indemniser des choses et que  
536 même si le processus de l'indemnisation est hyper lourd et que voilà potentiellement pendant des

537 années et voir des dizaines d'années la victime doit se battre à l'assureur pour faire voir qu'elle a plus  
538 la même vie qu'avant, au finale pour ceux qui ont eu l'indemnisation ça leur permet d'avoir une meilleur  
539 qualité de vie. Parce qu'on va pas se mentir, quand on est blessé médullaire avec de l'argent on vie  
540 mieux. Donc voilà, moi c'est aussi par ce biais là que j'vois aussi que y'a un réel changement, parce que  
541 par exemple pour les patients tétraplégiques aussi ça permet d'avoir accès à de l'aide humaine que la  
542 MDPH ne financera jamais pour un accès aux loisirs et qu'on peut en faire financer deux aides humaines  
543 si y'a besoin de deux aides humaines pour le transfert fin ça pose pas de difficultés si c'était bien  
544 argumenté et du coup ça permet à ces patients-là fin pour ces victimes du coup à pouvoir accéder plus  
545 facilement à la pratique sportive et du coup **je voyais bien qui y'avais une réelle différence sur leur**  
546 **qualité de vie après**. Mais bon c'est pas le cas de tout le monde d'avoir la chance d'avoir cette aide  
547 financière-là. Mais voilà c'est juste ce que j'voulais rajouter.

548 **M : Super, je vous remercie d'avoir pris du temps pour me fournir ces informations hyper importantes.**

549 E2 : Eh ben de rien, avec plaisir.

550 **M : Et puis si vous êtes intéressée je pourrais vous envoyer mon mémoire quand il sera fini.**

551 E2 : Oui avec plaisir !

552 **M : Je le note alors.**

553 E2 : Super, bon courage et bonne soirée.

554 **M : Bonne soirée aurevoir.**

## Annexe L : Retranscription intégrale E3

[Début de l'enregistrement]

1 **M : Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter brièvement ?**

2 E3 : Oui alors moi c'est X (nom et prénom) et euh depuis euh j'ai été diplômée en 2012 de l'institut de  
3 X [France]. Et je suis à X (nom de l'établissement – clinique SSR) avec des blessés médullaires depuis huit  
4 ans maintenant.

5 **M : En termes d'expériences antérieures, vous avez travaillé qu'ici ?**

6 E3 : Non non, j'ai fait d'autres centres avant où j'étais pas avec les blessés médullaires mais ça fait huit  
7 ans que je suis dans ce service, dans cette clinique. On fait fin on est très axé réadaptation.

8 **M : Et pour les personnes, qu'est-ce qui est important de mettre en place en ergothérapie ?**

9 E3 : Euh... [Réfléchie]. Qu'est-ce qui est important de mettre en place en ergo ?

10 **M : Oui.**

11 E3 : Bah nous on va faire tout ce qui est mise en place d'aides techniques au déplacement plus euh tous  
12 ce qui est euh domotique dans la chambre pour contrôler au maximum l'environnement. Donc ça c'est  
13 à court terme, quand y arrivent avec bah tout ce qui est premier lever, reprise de la station assise,  
14 fourniture du coussin à air, réglage du matériel. Et euh et après on va bilanter et travailler les  
15 préhensions, beaucoup, sur le côté rééducation. Et tout ça à visée fonctionnelle donc qui peuvent écrire,  
16 manger. Là je te parle plus du côté tétraplégique et après sur de la paraplégie c'est de suite euh très  
17 euh fonctionnel ouais, tout ce qui est autonomie dans la chambre.

18 **M : Ok et en réadaptation ?**

19 E3 : Du côté réadapt on va avoir tout c'qui est adaptation des aides techniques, donc aux déplacements  
20 euh aides techniques à la verticalisation. On a aussi un simulateur de conduite donc on les met en en  
21 situation avec des adaptations du poste, plus en contact avec des équipements dans le but de reprendre  
22 la conduite automobile. On est amené à faire des visites à domicile, comme ça on préconise des  
23 aménagements et on voit bah si le domicile peut être adapté, si il faut chercher un autre logement ou  
24 voilà. Euh. [Réfléchie]. Y'a l'association X qui fin la structure X qui est aussi en lien avec notre clinique  
25 et avec qui du coup on évoque la reprise professionnelle. Et après ben on met autant que possible en  
26 situation en fonction des habitudes de vie antérieures que ce soit sur des activités ben significatives ou  
27 signifiantes. Bah du coup les loisirs peuvent en faire partis ou des choses plus classiques du quotidien  
28 comme les courses quoi.

29 **M : D'accord, vous m'avez parlé d'activités signifiantes et significatives et d'activités antérieures,  
30 comment vous organisez votre intervention en ergo pour ramener la personne lésée médullaire dans  
31 les activités qui a du sens pour elle donc les activités signifiantes ? Comment vous les déterminez ?**

32 E3 : Comme bilans tu veux dire ? au travers de bilans ?

33 **M : Pas forcément mais ça peut, c'est comment vous vous les déterminez ?**

34 E3 : Bah enfaite c'est sur un entretien tfaçon qui vont nous dire qu'est c'qui aimaient faire avant, qu'est  
35 c'qui pratiquaient et qu'est c'qui est important aussi pour eux de reprendre, parce qui peuvent aussi ne  
36 pas pouvoir reprendre ou malheureusement ne pas pouvoir. Bah en tout cas on essaie d'adapter et de  
37 trouver ensemble un compromis pour être réalisable. J'ai par exemple en ce moment un patient  
38 tétraplégique qui faisait de l'accordéon, autant te dire que c'est compliqué. Donc on a mis en place, tu  
39 sais avec euh avec un trombone et euh et voilà on travaille sur adapter plutôt un trombone, qui va être  
40 un instrument où y pourras potentiellement être plus efficace.

41 **M : Sur quels modèles vous vous basez dans votre pratique pour aborder les activités signifiantes ?**

42 E3 : Alors, nous le modèle du bilan d'entrée quand quelqu'un arrive, c'est le PPH. Euh après, on utilise  
43 aussi, alors on est formés, on utilise aussi la MCRO mais j'tavoue que moi j'la trouve bien plus pertinente  
44 quand les gens sont rentrés chez eux, qui se sont un peu confrontés à leur quotidien qui ont fin voilà,  
45 qui ont vécu leur handicap et qui arrivent à dire avec un peu de recul c'qui est important pour eux de  
46 faire. Parce que sur un séjour, en première intention, ils ont envie de remarquer, ils vont avoir envie de  
47 récupérer et ça fait que les loisirs ça va souvent passer au second plan, en fin de prise en charge.

48 **M : Ok, et vous en général, comment vous accompagnez ces personnes dans la reprise de ces**  
49 **antérieures qui ont du sens ?**

50 E3 : Alors soit on fait des mises en situation à l'institution, y'a souvent le service sur tout ce qui est  
51 toilette, habillage tout ça hein, on peut le faire à l'intérieur de l'établissement et après sinon on est  
52 amené à faire des sorties. Le jeune tétra justement qui faisait de l'accordéon, on est sorti à X (nom du  
53 lieu) avec différents objectifs derrière ça, je sais pas si tu vois, c'est le truc à machines tu vois c'est le  
54 truc comme y'a à X et tout ça là bah on a ce genre de chose à X (nom de la ville), y'a une annexe et du  
55 coup bah il était intermittent du spectacle et c'est clairement son milieu et du coup on, on a fait une  
56 sortie là-bas, ben il a pu se confronter aux regards des autres, essayer un fauteuil roulant électrique ben  
57 voilà dans un environnement classique, aller au restaurant et voir comment il se débrouillait pour  
58 manger dans un milieu ordinaire etcetera etcetera. Donc soit on met en situation dans l'établissement  
59 soit on peut être amené à sortir.

60 **M : Super, et spécifiquement au niveau des loisirs, comment vous pensez que la lésion médullaire se**  
61 **répercute sur la participation dans les activités de loisirs ?**

62 E3 : Ben ça dépend vraiment de ce que pratiquait les gens mais euh donc comme je te disais c'est pas  
63 leur priorité au niveau du soins mais c'est souvent hyper important pour le moral dans les mois qui  
64 suivent euh quoi. Le fait de retrouver un rôle, de retrouver les occupations, ça leur permet quand même  
65 de se projeter malgré le handicap et de, y'en a beaucoup qui se, alors c'est moins dans les lésions  
66 médullaires, c'est plus les amputés mais y'en a beaucoup qu'on voit se mettre à fond dans le sport et  
67 essayer de performer dans le parasport du coup.

68 **M : Et si par exemple, la personne avait une activité sportive avant ou un autre loisir, comment vous,**  
69 **vous pensez que l'apparition d'une blessure médullaire peut impacter ce loisir-là ?**

70 E3 : Ben ça peut énormément l'impacter. Quelqu'un qui était très sportif et qui du jour au lendemain se  
71 retrouve un peu comme emprisonné dans son corps, c'est souvent très difficile parce que y'a pas ce  
72 côté exutoire ou ce côté où y se défoule et toutes les hormones qui le sport fait apparaître quoi.

73 **M : Et au niveau de l'activité sportive, comment ça se passe dans votre service ?**

74 E3 : Donc nous on a les APA ici qui ont un gymnase et qui peuvent proposer des activités sportives, où  
75 les gens peuvent aller. Alors c'est rarement possible au début parce que bien sur le corps faut qui se  
76 remette mais après c'est souvent apprécié. On a des journées en sport où des organismes aux alentours  
77 ou des clubs viennent présenter leurs sports, y peuvent essayer fin y'a plein de choses qui bougent de  
78 ce côté-là. Et vue qu'on communique de plus en plus dessus euh et les gens peuvent se projeter un peu  
79 plus.

80 **M : Cette activité est ce qu'elle est proposée systématiquement ou pas au sein de votre service ?**

81 E3 : Alors ben comme tout, comme tous les rééducateurs, ils agissent sur prescriptions médicales mais  
82 c'est souvent en lien avec euh, avec la prise en charge kiné parce qui ont toutes les machines de  
83 renforcement musculaire et du coup de là ils ont accès à du basket fauteuil, y'a plusieurs choses. On a  
84 eu une démonstration de volley assis y'a pas longtemps, y'a vraiment plusieurs disciplines qui sont  
85 réalisées.

86 **M : Pour vous, dans quels but cette activité est proposée pour ces personnes lésées médullaires ?**

87 E3 : Bah une projection sur ce que, fin sur le fait que des choses soient encore possibles, pour avoir un  
88 rôle social au sein d'un club ce genre de choses. Après vraiment ben se défouler, oublier un peu le  
89 handicap, se surpasser et aussi euh voilà avoir des défis et voilà, des choses à surmonter. Certains ça  
90 leur permet aussi de moins penser à leur douleurs fin y'a, ça peut avoir énormément d'avantages  
91 l'activité sportive du coup.

92 **M : D'accord, et vous avez parlé de l'APA, est-ce que y'a d'autres professionnels qui sont mobilisés  
93 pour accompagner dans cette activité, ces personnes ?**

94 E3 : Bah nous on peut être à même de le faire hein en ergo mais c'est vrai que quand ça touche ce  
95 domaine-là on essaie quand même de travailler en pluridisciplinarité avec les APA car ça reste quand  
96 même leur domaine de compétences privilégié à eux. Mais quand y faut ben aller dans un club, essayer  
97 de voir si il est accessible ou ce genre de chose on peut y'aller en binôme avec l'APA du coup.

98 **M : Vous pouvez développer cet aspect fin comment vous abordez l'activité sportive dans votre suivi  
99 ergo pour une personne lésée médullaire ?**

100 E3 : La manière dont je le propose ? Alors je la propose, après moi ça reste un moyen, un moyen comme  
101 un autre ça fait partis de la prise en charge globale et derrière j'ai des objectifs bien précis mais je peux,  
102 par exemple quelqu'un que je vois en difficulté sur du travail de deuil, lui proposer de faire une séance  
103 où il va boxer par exemple. Voilà, donc ça peut être ce genre de choses-là.

104 **M : Et pour une personne anciennement sportive, est-ce que vous abordez cette dimension sportive  
105 dans le suivi et si oui, à quel moment ?**

106 E3 : Ah ben si c'était quelqu'un fin si lors de l'entretien initial il nous dit dans ses loisirs qu'il avait une  
107 pratique sportive quotidienne ou très intense euh on va en parler très rapidement bien sûr. On a des  
108 blessés de rugby par exemple alors y'en a de moins en moins mais ça arrive. Et euh bah voilà clairement  
109 quand l'accident vient de quelque chose de sportif on est obligé d'en parler rapidement.

110 **M : Et vous faites quoi avec cette information par la suite vous en tant qu'ergothérapeute ?**

111 E3 : Sur le sport ?

112 **M : Oui, quand vous recevez la personne et que vous lui demandez au niveau sportif et qu'elle vous  
113 dit qu'elle était sportive admettons, après vous faites quoi de cette information ?**

114 E3 : Bah après soit ça peut être le kiné qui en fonction de la récupération et de c'qu'il observe au niveau  
115 respi et musculaire ben il va envoyer vers un APA, il va dire que c'est le bon moment et on va en parler  
116 lors de réunions tous ensemble où on va dire ben, le médecin va donner son accord et on va dire ben là  
117 il peut passer sur une activité sportive quotidienne hein en rééducation. Euh [réfléchie] donc ça peut  
118 être soit comme ça soit ça peut être au travers du patient qui a un projet indécis et qui nous fait  
119 remonter pour avoir notre avis sur les possibilités etcetera. Soit comme je te disais, quelqu'un qu'on  
120 sent pas bien et à qui on va dire « ben est-ce que ça, ça pourrait te faire du bien ? », lui proposer de  
121 s'évader un peu à travers du sport on va dire.

122 **M : D'accord, et est-ce que vous vous avez déjà été amenée une personne lésée médullaire à  
123 reprendre le sport ?**

124 E3 : Euh moi personnellement j'ai eu un patient et des joueurs de handi-basket par exemple. Handi-  
125 basket ou foot en fauteuil électrique tout ça. Mais comme je te disais, c'est rarement en première  
126 intention, c'est souvent sur des, fin le basket là c'est quelqu'un que j'ai eu qui est venu pour des  
127 complications secondaires liées à sa paraplégie donc des douleurs au niveau des épaules et lui par  
128 exemple voilà il faisait wakeboard et basket. Donc lui tu vois par exemple on a organisé avec lui, qui été  
129 un peu dans un club de wake et un peu à l'initiative du wake ici, ben avec lui on a organisé une session  
130 découverte de wake pour d'autres patients que j'avais dans mon groupe.

131 **M : Si j'ai bien compris, quand ce patient est venu dans le service, vous avez organisé avec lui une**  
132 **sortie wakeboard c'est ça ?**

133 E3 : Ouais c'est ça. Dans le but fin en gros si tu veux ça fait un peu pair émulation de groupe, c'est-à-dire  
134 que lui, au travers de lui y montrer sa discipline voilà et pour moi l'idée c'était de **montrer à d'autres qui**  
135 **venaient d'être accidentés bah que la vie continue et que d'autres choses sont possibles. De façon**  
136 **différente certes mais qu'encore on trouvait des sensations, on peut pratiquer l'activité,** voilà.

137 **M : Vous pouvez développer les objectifs en ergothérapie en faisant cette initiation ?**

138 E3 : Bah c'est ce que je te dit, c'est-à-dire leur montrer que des activités sont encore possible et que  
139 voilà il faut faire attention à certaines choses mais que bien sur la vie continue, on s'adapte **et que voilà**  
140 **oui faut faire attention à ses épaules oui mais est-c'qui faut mieux pas utiliser un fauteuil de douche**  
141 **pour des transferts en moins le matin pour les activités quotidienne mais garder une petite activité**  
142 **ludique dans laquelle on trouve du plaisir, mais oui qui va avoir une atteinte sur les épaules mais qui va**  
143 **faire du bien à tout le reste.** Donc voilà, tout ça ça fait partis du travail sur le retour à la vraie vie. Je sais  
144 pas si je suis claire.

145 **M : Oui oui, merci.**

146 E3 : En gros voilà c'est accompagner vers, c'est accompagner, préparer la sortie et que leur **montrer que**  
147 **oui ben ce qui leur arrive ben oui c'est grave et que leur vie ben forcément est différente mais que y**  
148 **peuvent retrouver, y peuvent rebondir et trouver d'autres choses aussi qui leur apportera satisfaction.**

149 **M : Et pour vous quelles compétences propres à l'ergothérapeute vous avez mis en place dans cette**  
150 **situation ?**

151 E3 : Les compétences [réfléchie] ben c'est s'adapter déjà au patient, on est toujours en train de  
152 s'adapter en fonction de chacun, de son dilemme, de leurs besoins, de leurs possibilités et euh et en  
153 gros comme j'te dit c'est **un moyen pour les faire se projeter dans un futur qui va être différent.**

154 **M : Que pensez-vous de l'intégration de l'activité sportive dans la prise en charge en ergothérapie**  
155 **pour une personne lésée médullaire qui était sportive avant sa lésion, pour qui l'activité sportive est**  
156 **signifiante ?**

157 E3 : C'est bien que tu le précises parce que du coup c'est vrai que à la suite du handicap on en voit  
158 beaucoup se remettre dans le sport mais faut aussi penser à ceux aussi qui le pratiquait pas avant et  
159 c'est un droit parce que c'est vrai qu'on dit « faut bouger, faut machin » mais y'en a qui aiment pas ça.  
160 Donc ça peut aussi être des loisirs culturels et c'est tout aussi important. Hum, quand c'est important  
161 pour la personne ben, **moi la première je suis sportive donc je sais que ça peut manquer si jamais on est**  
162 **blessé ou quoi** donc c'qui faut c'est essayer de leur montrer que c'est encore possible. Et qui peuvent  
163 participer à un collectif, que y'a, nous y'a pleins d'anciens patients qui sont dans des clubs, qui viennent  
164 les rencontrer si y'a besoin et nous on peut faire ce lien-là, c'est-à-dire mettre en relation, les amener  
165 voir un match fin y'a pleins de choses, fin **les faire tester quoi et adapter si y faut, si y faut adapter des**  
166 **gants de boxe pour arriver à les mettre tout seul, si y faut euh voilà, si y faut un fauteuil vertic pour être**  
167 **face à un sac, si voilà, c'est en gros leur donner les moyens de pratiquer une activité sportive si ils le**  
168 **souhaitent.** Et **tout ça, je tiens à dire en lien avec les APA parce que c'est quand même leur cœur de**  
169 **métier à eux quoi.** On a la chance d'en avoir ici donc c'est cool.

170 **M : Vous l'avez un peu abordé mais j'aimerais revenir dessus. Pour vous quels sont les rôles de**  
171 **l'ergothérapeute dans la reprise d'activité sportive pour ce public ?**

172 E3 : Le rôle, ben déjà **c'est informer,** parce qu'on se rend pas forcément compte que ben c'est possible.  
173 Euh **adapter pour rendre ça possible** euh et **accompagner fin leur permettre de tester, se mettre en**  
174 **situation.** Même si c'est mettre en échec, parfois c'est indispensable parce que tant qu'ils l'ont pas

175 expérimenté y vont pas se rendre compte et cheminer donc euh dans tous les cas faut faire les mises  
176 en situation, faut bien expliquer, informer voilà.

177 **M : Vous faites des mises en situations à l'extérieur du centre c'est ça ?**

178 E3 : On peut ouais, on a l'autorisation. C'est pas de partout possible mais du coup on a la chance de le  
179 faire. Alors, fin si je l'ai fait du coup une fois avec des personnes blessées médullaires mais je les aussi  
180 fait avec des personnes amputées où on est allé faire un squash, voilà. Si les objectifs sont énoncés, on  
181 peut demander l'autorisation de sortie qui nous accepte et finance ou pas l'activité.

182 **M : Vous avez fait quoi avec les personnes lésées médullaires comme mises en situation à l'extérieur ?**

183 E3 : Euh du wakeboard. Parce que du ski c'était avec des amputés et le squash aussi c'était avec des  
184 amputés. Donc lésés médullaires c'est wakeboard que j'ai eu l'occasion moi de faire. Après je sais que  
185 mes collègues ont fait de l'aviron et les APA y'a pas longtemps on fait une sortie voile.

186 **M : Et quand vous y allez-vous en tant qu'ergothérapeute y'a toujours des APA avec vous ?**

187 E3 : Euh ouais, oui on aime bien travailler ensemble dans ce domaine-là. Autant que possible après si  
188 c'est pas accepté qu'on soit deux intervenants et ben on s'adapte mais on aime bien chacun amener sa  
189 spécificité, ouais, son domaine de compétence.

190 **M : En parlant de compétences, vous m'avez parlé les rôles d'informations, d'adaptation et  
191 d'accompagner par des mises en situation, et quelles compétences propres à l'ergothérapeute peut  
192 justifier ces rôles ?**

193 E3 : [Réfléchie]. Un peut tout hein, c'est des compétences d'adaptation beaucoup et après j'trouve que  
194 le relationnel est super important pour euh fin comme on amène un moyen, la façon de l'aborder et le  
195 relationnel va faire que, que les gens adhèrent ou pas aussi.

196 **M : Selon-vous, qu'est-ce que l'ergothérapeute peut aborder en plus des autres professionnels dans  
197 une reprise sportive ?**

198 E3 : Bah j'dirai qu'on peut adapter les outils. Fin nous ici clairement c'est notre plus-value. C'est-à dire  
199 que souvent les APA nous disent « euh y tiens pas sa raquette, est-ce que tu penses que au vue des  
200 possibilités de l'épaule et du coude y'aurai moyen de faire un maintien de raquette » euh voilà. J'te  
201 parle de ping-pong mais ça peut être le vélo à bras, ça peut être pleins de choses. Donc nous c'est ce  
202 côté, ce côté créatif et débrouillard qui va faire que on va apporter la solution, faut être très créatif  
203 (rires). Mais c'est c'qui est cool parce que c'est jamais pareil du coup et on s'ennuie pas.

204 **M : C'est sûr. Est-ce que vous pensez que l'ergothérapeute est légitime d'intervenir dans ce champ et  
205 pourquoi ?**

206 E3 : Ben oui j'pense qu'on est vraiment au milieu de tous les champs. On est le professionnel le plus à  
207 même d'être au milieu. Après y faut savoir s'appuyer sur les autres aussi. Mais de par notre prise en  
208 charge globale et vraiment à l'écoute du projet du patient j'pense qu'on est bien au centre de tout le  
209 monde. Parce que en s'attachant aux habitudes de vie, à l'environnement, on est au milieu de tous les  
210 domaines que ce soit du perso, de l'environnement que du socio-professionnel, on touche à tous les  
211 domaines de vie donc ça en fait partie le sport. Si c'est une activité importante pour les patients bien  
212 sûr qui faut en tenir compte. Et toute façon je trouve qu'on a un rôle, même si c'est pas nous  
213 directement qui allons le gérer, y faut savoir vers qui orienter et dans tous les cas si ça vient à sortir dans  
214 un entretien y faut en faire quelque chose. Même si c'est pas nous directement, voilà faut savoir vers  
215 qui diriger.

216 **M : Super, ben merci pour toutes ces informations, moi j'avais finis pour mes questions mais est-ce  
217 que vous voulez rajouter autre chose ?**

218 E3 : Ben là comme ça. [Réfléchie]. Là comme ça je sais pas, non je crois pas. Ca me paraît pas mal, non ?  
219 Si jamais tu penses que j'ai oublié quelque chose, je sais pas ?



220 **M : Non moi je pense que c'est tout bon, je me permet juste de regarder ma grille pour voir si j'ai rien**  
221 **oublié. [Silence].Non, merci beaucoup. Si vous voulez fin si vous êtes intéressée je pourrais pour**  
222 **envoyer mon mémoire quand je l'aurai fini [rigole].**  
223 E3 : Avec grand plaisir [rigole].  
224 **M : Pas de soucis, je vous l'enverrais, je note.**  
225 E3 : Bon courage à toi.  
226 **M : Merci.**  
227 E3 : Aller à bientôt, aurevoir.  
228 **M : A bientôt, aurevoir.**

## Annexe M : Retranscription intégrale E4

[Début de l'enregistrement]

1 **M : [Rires]. Ok, du coup pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter, présenter un peu**  
2 **vos parcours professionnels brièvement ?**

3 E4 : euh moi je suis ergothérapeute depuis 2018, j'ai été diplômée en Belgique en 2018. Et j'ai travaillé  
4 dans différents endroits mais avec les blessés médullaires, je travaillais en Belgique dans un centre de  
5 rééducation spécialisée euh et maintenant plus tard, je suis à X (nom de l'établissement – hôpital service  
6 MPR) à X (nom de la ville), pareil dans un service spécialisé blessés médullaires. Globalement, et j'ai fait  
7 d'autres services aussi.

8 **M : donc depuis combien de temps vous exercez avec ce public ? Donc avant, en Belgique, vous avez**  
9 **fait combien de temps avec ce public ? Et maintenant à X (nom de la structure) ?**

10 E4 : Ben en Belgique j'ai fait 2 ans et à X (nom de la structure) ça fait un 1 an et demi, avec ce public.

11 **M : ok. Donc là vraiment tout au long de l'entretien, les questions que je vais vous poser, ça concerne**  
12 **uniquement la population des personnes blessés médullaires. Du coup pour vous, qu'est ce qui est**  
13 **important de mettre en place en ergothérapie, après une lésion médullaire en phase de rééducation ?**

14 E4 : qu'est-ce qui est important en général ou par rapport à l'activité sportive ?

15 **M : en ergothérapie, ce qui est important de mettre en place dans la prise en charge en ergothérapie.**

16 E4 : oula c'est vaste comme question. (Réfléchie). Faut mettre fin faut instaurer une relation de  
17 confiance déjà et puis après faut partir assez vite sur des objectifs qui sont très fonctionnels et euh et  
18 euh décider avec le patient. Souvent, ça commence par, souvent mais pas toujours par des activités euh  
19 un peu de la vie quotidienne comme manger ou se laver ou s'habiller. Après, ça dépend si on parle de  
20 tétra ou de para, parce que y'a une grosse différence sur les sur les débuts de prise en charge, fin alors  
21 même toute la prise en charge on va dire entre un tétra et un paraplégique.

22 **M : ouais est-ce que du coup vous pouvez développer un peu les deux, fin en général ?**

23 E4 : ben chez un paraplégique, on va beaucoup plus partir sur de l'autonomie, d'autonomiser un  
24 maximum les patients en chambre. Euh, pour être que ce soit bah les transferts qui sont pas tout de  
25 suite tout de suite parce qu'il faut d'abord, avoir fait du renforcement musculaire, mais l'habillage,  
26 déshabillage, se mobiliser dans le lit, pouvoir se laver une fois qu'on est déjà sur un fauteuil douche, ce  
27 genre de choses. Et sur les déplacements avec la manipulation du fauteuil et l'installation au fauteuil,  
28 enfin, le positionnement en fauteuil. Donc ouais, les premiers objectifs c'est souvent, ça. Et chez le  
29 tétraplégique, ça va beaucoup plus concerner le membre supérieur. Déjà il y a des questions de posture  
30 du membre supérieur pour être sûr qu'il y a pas de positions de visseuses qui s'installent. Et puis après  
31 euh, ça va être d'abord leur apprendre un peu à explorer l'espace devant eux, essayer qu'ils puissent  
32 aller atteindre les objets qui sont loin, plus ou moins loin et puis commencer tout de suite des des  
33 préhensions en bimanuelles pour qu'ils puissent attraper des objets, pouvoir utiliser un téléphone,  
34 pouvoir éventuellement manger si y peuvent manger, au niveau de la déglut, si c'est possible et puis si  
35 ça fait partie de objectifs prioritaires pour eux aussi. Des fois, c'est fumer leur objectif prioritaire ou ce  
36 genre de choses. Mais c'est difficile comme question, c'est très large quoi et en plus c'est très dépendant  
37 du patient en fonction de ce qu'il a envie.

38 **M : carrément et en phase de réadaptation ? Enfin, sur le côté plus réadaptation ?**

39 E4 : sur le côté plus réadapt ben pour les paraplégiques bah y a surtout l'utilisation du fauteuil roulant,  
40 l'apprentissage des transferts et ce genre de choses et puis euh pour les tétras bah y'a la mise en place  
41 de pas mal d'aides techniques, y'a le positionnement, le choix du fauteuil euh les techniques

42 compensatoires aussi. Ce genre de choses un petit peu, ben apprendre la prise ténodèse et tout ça.  
43 Mine de rien, voilà, c'est c'est pas de la rééduc parce qu'ils peuvent pas récupérer des nouveaux  
44 muscles, c'est de la réadaptation : y doit trouver des techniques de de compensation, euh au niveau de  
45 l'organisation gestuelle, aussi. Et puis aussi pour le tétraplégique euh pour le paraplégique aussi surtout  
46 le tétraplégique, y'a aussi l'aspect de apprendre à demander de l'aide, à organiser ses demandes, à  
47 expliquer à quelqu'un comment mettre une aide technique, à quel moment il faut le faire. Voilà ce genre  
48 de choses aussi.

49 **M : et comment vous, vous organisez votre intervention en ergo pour ramener ces personnes lésées**  
50 **médullaires dans les activités qui ont du sens pour elles, donc qui sont signifiantes ?**

51 E4 : bah déjà, on fixe les objectifs ensemble lors de l'entretien d'entrée. Alors on peut faire une MCRO  
52 mais c'est, des fois on fait, enfin, des fois je fais des MCRO complètes, enfin comme on apprend à l'école  
53 on va dire. Mais c'est parfois difficile. Ça c'est plutôt avec des anciens, des patients qui ont eu leur lésion  
54 y'a longtemps. Parce que tout de suite, c'est difficile d'aller leur demander qu'est-ce que vous avez  
55 l'habitude de faire, parce qu'en fait ils peuvent vraiment plus rien faire de ce qu'ils faisaient avant. Donc  
56 une MCRO à proprement parler est difficile à faire. Ou alors faut vraiment parler de maintenant, dans  
57 le quotidien à l'hôpital, par qu'est-ce que vous voudriez pouvoir faire ? Mais pour ça il faut déjà qu'il  
58 soit ici depuis un certain temps et qu'ils se rendent compte des possibilités, au tout début ils se rendent  
59 pas du tout compte qu'ils vont être capables de faire des choses sans récupérer des muscles. Leurs  
60 objectifs, ils vont toujours dire que ça va être de bouger. Au début ça va être ça du coup on va pas du  
61 tout être sur des objectifs euh d'ergothérapie, finalement. Au début on va être très sur des objectifs  
62 analytiques si on leur demande spontanément mais donc c'est quand même tourner les entretiens vers,  
63 vers des objectifs fonctionnels puis c'est essayer d'avoir beaucoup d'échanges informels avec eux pour  
64 pouvoir repérer des exemples d'activités qu'on va pouvoir leur donner, qu'ils soient euh déjà qui soit  
65 pas des exercices analytiques, parce que c'est difficile mine de rien. Même encore dans notre système  
66 de, encore ça va parce qu'on est relativement dans un centre spécialisé ou on tourne pas, pas avec un  
67 modèle très biomédical, mais des objectifs ont parfois tendance à tourner sur ce modèle-là. Et donc  
68 c'est leur donner des exemples. Et puis après, une fois qu'ils sont lancés, c'est vraiment dans les  
69 échanges informels qu'on peut repérer nous des objectifs ou des activités qui peuvent être signifiantes  
70 et significatives. Essayer de créer aussi des moments d'échange avec les autres patients plus anciens  
71 parce que du coup ça leur donne un peu la des idées de choses qui pourraient peut-être souvent faire,  
72 ou en tout cas ça leur fait, ça les éveille sur ce questions-là. Et voilà, et après on peut créer des  
73 opportunités d'activité aussi mais je pense que c'est par beaucoup dans l'échange informel finalement  
74 qu'on trouve des exemples et après les patients, les automatisent pour que ils puissent prendre  
75 l'habitude de faire ce point objectif, des points où on fixe des objectifs régulièrement pour les habituer  
76 à ce que eux, ils puissent réfléchir eux-mêmes à leurs objectifs, les fixer eux-mêmes.

77 **M : et comment vous ça se passe dans votre service au niveau de l'activité sportive pour ces**  
78 **personnes-là ?**

79 E4 : ici, on a des, on a un gymnase avec des enseignants en APA. Dans leur programme de rééduc, ils ont  
80 pas toujours systématiquement des séances d'APA prévues. Souvent, c'est proposé par les kinés ou par  
81 l'ergos. Lors des staffs un peu pluridisciplinaires on en parle, on dit est-ce qui serait pas temps qu'il  
82 commence l'APA et dans ce cas-là, alors le médecin fait une prescription qui est envoyé à l'APA et l'APA  
83 fixe un horaire et voilà. Mais l'enseignant APA est pas présent en staff pluridisciplinaire donc c'est un  
84 peu. Voilà, mais après ça dépend. Bah les patients avec des dépendances importantes souvent ils vont  
85 pas en APA ou alors ils y vont seulement faire du vélo à bras ou ce genre de chose. Pas pour faire des  
86 activités sportives, mais faire de l'activité physique, plutôt. Et puis après, on a mis en place aussi euh

87 des activités sportives communes ergo / APA sur l'activité Boccia et sarbacane pour parce que parce que  
88 ça peut permettre à des patients plus dépendants de pouvoir participer. Donc du coup y avoir vraiment  
89 des différences de de d'indépendance importante entre les patients sur une même activité.

90 **M : ok, et vous savez à peu près à quel moment du processus de prise en charge cette activité est**  
91 **proposée au sein du service ?**

92 E4 : laquelle l'APA normale ou les activités sportives ?

93 **M : les activités sportives.**

94 E4 : ben pour les pour les paras qui sont pris en charge en APA, les APA leur propose assez tôt, je pense,  
95 toujours en complément de l'activité physique, ils leur propose du renforcement musculaire, ce genre  
96 de choses. Pour les patients qui sont relativement indépendant, et notamment les paras ou les tétras  
97 bas, c'est très tôt fin dès qu'ils ont une prise en charge APA. Et après pour les tétras, ça dépend et pour  
98 les patients très dépendants ça dépend des patients, c'est aléatoire quoi. C'est un peu en fonction des  
99 idées, des thérapeutes aussi. Il y a pas mal d'échanges informels entre les entre les thérapeutes entre  
100 eux et puis avec les APA.

101 **M : dans quels buts cette activité sportive, en général, elle est proposée ?**

102 E4 : bon après les objectifs des APA, je sais pas exactement [rires]. Pas toujours, mais souvent on,  
103 souvent en premier lieu, c'est pour renforcement, renforcement musculaire des membres sup chez les  
104 paras pour, avant l'apprentissage de transferts et tout ça fin et qui vont avec un membre sup sur-  
105 sollicité. Souvent en premier, c'est ça et puis on essaie de faire changer. Enfin, j'ai j'essaie de faire  
106 changer un peu des choses pour que y ait pas que ces objectifs là, mais y'a aussi euh c'est, c'est pas  
107 forcément formulé mais y a aussi pas mal de pair émulation qui se fait puisque le gymnase il est commun  
108 puisque il y a à la fois des patients d'HDJ qui sont déjà sortis qui sont là et des patients d'hospit complète  
109 donc c'est ça. Mais souvent en premier lieu c'est renforcement musculaire, reconditionnement à l'effort  
110 et puis respi aussi un petit peu. Enfin, arriver au reconditionnement à l'effort mais musculaire et  
111 respiratoire et cardiovasculaire.

112 **M : ok. Et donc vous en avez un peu parlé, mais vous avez parlé du kiné de l'APA et un peu de l'ergo.**  
113 **Est-ce qu'il y a d'autres professionnels qui sont mobilisés pour accompagner la personne dans**  
114 **l'activité sportive après lésion médullaire, dans votre service ?**

115 E4 : et Ben moi je fais, parce qu'en fait l'activité, l'activité Boccia et sarbacane, c'est moi qui l'ai mis en  
116 place avec les APA. Donc en ergo il y a que moi, les autres ils sont pas spécialement impliqués là-dedans  
117 et on essaie de faire venir bah le kiné quand il peut sur l'activité et les orthophonistes. Ça, c'est le début  
118 ça se fait pas beaucoup. Les orthophonistes surtout sur l'activité sarbacane, pour les patients qui sont  
119 très dépendants et qui qui aussi, enfaite qui seraient ou qui seraient pas mais qui travaillent le souffle  
120 avec l'orthophoniste. Avec les mouvements de la bouche et puis aussi bah par exemple, y'a un patient  
121 qui arrive pas à bien serrer, serrer les lèvres. Voilà, bon, moi je suis pas orthophoniste mais voilà à faire  
122 la bouche comme ça, [imite, avance les lèvres en les resserrant] alors qu'il faut le faire pour la sarbacane  
123 et en même temps coordonner le mouvement de la langue pour vraiment faire. Donc en fait, y a  
124 l'orthophoniste du coup qui fait ses séances aussi en commun avec sur cette activité-là.

125 **M : c'est une bonne idée.**

126 E4 : donc l'orthophoniste, y'a des stagiaires, des APA, des kinés et puis quand les aides-soignants, quand  
127 y'a des stagiaires infirmiers et aides-soignants, souvent on essaie de les faire venir au moins une fois  
128 qu'ils puissent venir voir ce que c'est pour voir le patient sur une activité fonctionnelle et signifiante  
129 parce que souvent du coup c'est quand même, parce qu'enfaite c'est des activités qu'on a mis en place  
130 qui sont pas obligatoires. Donc le patient vient seulement si il a envie. Donc si y vient, souvent, c'est que  
131 c'est signifiant pour eux.

132 **M : quand est-ce que vous entendez par signifiant ?**

133 E4 : hum [rires] c'est fin c'est difficile moi j'ai pas les définitions exactes signifiants, significatifs. Euh mais  
134 c'est quelque chose qui fait sens pour eux. Soit ça fait sens pour eux parce que tout simplement il y a la  
135 notion de plaisir ou alors ou alors y'en a qui trouve que c'est complémentaire avec la rééducation. Ca a  
136 un sens pour eux, peu importe lequel mais qu'ils comprennent pourquoi ils viennent et qu'ils y trouvent  
137 qu'ils y trouvent du plaisir aussi. Après y'en a qui y prennent pas beaucoup de plaisir, mais qui savent  
138 que que voilà que ça, que c'est complémentaire ou que ils voient un intérêt.

139 **M : ok. Et plus globalement, selon vous, comment la lésion médullaire impacte sur la participation**  
140 **dans les activités de loisirs, de la personne ?**

141 E4 : de loisirs en général ? [réfléchie]. Après, c'est pas tant la lésion médullaire que le que  
142 l'hospitalisation mais souvent les patients, ils sont désinvestis, ils sont plus, ils sont ils sont démotivés à  
143 faire les activités. Ouais c'est un peu désinvesti, ils ont ils ont plus, ils sont plus en pleine possession  
144 d'eux-mêmes et de leurs envies et ils sont plus passifs. En fait, ils se laissent porter parce qu'en fait, au  
145 début de prise en charge souvent bah la réa où ils ont été ils étaient ils étaient impuissants enfin à  
146 pouvoir rien faire et du coup ce sont laissés porter et ils arrivent pas, souvent [réfléchie]. Donc en termes  
147 de motivation beaucoup pour l'implication des loisirs, c'est difficile, déjà de de les rendre, de les re-  
148 rendre acteurs de leur propre, de leur propres activités, projet de vie ou du coup projet de loisir. Donc  
149 pour moi c'est pas tant lésion médullaire que l'hospitalisation. Mais c'est un peu les conséquences de la  
150 lésion médullaire. Avec le fait aussi que la lésion médullaire ça entraîne pas mal de soins lourds, pas mal  
151 de dépendances, ce qui fait qu'il faut aller chercher plus plus loin et quand on a envie de faire des loisirs,  
152 ça, ça entraîne beaucoup plus d'anticipation d'organisation comme ils sont déjà facilement démotivés  
153 puisque ça fait longtemps qu'ils ont rien fait par eux-mêmes, ben ils se démotivent plus vite. Je sais pas  
154 si la question était tournée dans ce sens-là mais j'ai l'impression que c'est pas tant la lésion médullaire  
155 le problème que l'hospitalisation enfaite.

156 **M : si si merci. Plus particulièrement au niveau de la dimension, enfin de l'activité sportive, de quelle**  
157 **manière vous abordez cette dimension dans votre suivi en ergothérapie, quand vous recevez une**  
158 **personne lésée médullaire ?**

159 E4 : alors je l'évoque fin c'est dans dans les bilans intermédiaires souvent, enfin même dans les bilans  
160 quand on essaie de faire le bilan initial quand on le fait bien parce que des fois en termes  
161 psychologiques, c'est difficile de d'aborder tous les points sur un bilan initial, mais quand on peut-on  
162 parle des loisirs antérieurs, des activités sportives antérieures, quand on sent que c'est faisable. Et puis  
163 du coup, après, une fois qu'on en a parlé une fois, bah on peut revenir sur le sujet plus tard et puis après,  
164 souvent, c'est les échanges informels avec les autres patients parce qu'ils voient que les autres patients  
165 font. Et puis aussi dans les équipes, dans l'équipe d'ergos, alors plus trop maintenant, avant oui, mais  
166 on est, on est certaine en ergo en kiné tout ça, être impliqué dans le milieu sportif en dehors et en fait,  
167 on se, on se prive pas d'en parler entre nous devant les patients aussi, avec les patients. Y'a pas mal  
168 d'échanges informels dans les services comme ça où c'est des, c'est des longs, des longs séjours et donc  
169 du coup, par exemple, on parle de ce qu'on a fait le week-end, moi je suis beaucoup impliquée dans le  
170 para sport en dehors et donc, du coup j'en parle et du coup on met ça. Enfaite mine de rien, ça permet  
171 de de que ce ne soit pas un tabou et que tu peux les patients ils arrivent à poser la question. Et ça fait  
172 partie du enfin, on en a déjà parlé, entre guillemets d'une technique. Si on parle de ce qu'on fait à  
173 l'extérieur parce qu'en fait on voit des gens en situation de handicap qui sont très actifs. Même si ce  
174 sera potentiellement jamais accessible à nos patients qui sont là parce qu'ils sont plus dépendants, mais  
175 on en parle comme ça ça peut aussi donner des idées et on essaie d'entraîner une discussion informelle  
176 là-dessus et puis après, dans les bilans, même dans les bilans de sortie et tout ça, je, en fonction des

177 patients hein, mais c'est toujours par exemple, je pose la question, « est ce que c'est de se déplacer en  
178 fauteuil machin », après c'est y a marcher voilà je dis on peut pas marcher, pas tenir debout, nager,  
179 nager voilà, je pose la question, « est-ce que vous avez essayé de nager ? est-ce qu'on mettrais pas ça  
180 en place en allant en balnéo pour voir ce que vous êtes capable de vous déplacer dans l'eau », euh vélo,  
181 « est-ce que vous avez déjà essayé un handbike ? » Oui, non, « est-ce que ça pourrait être envisageable  
182 avec l'APA ? », ce genre de choses. Ça dépend pas mal de la sensibilité du thérapeute mine de rien,  
183 enfaite sur de l'activité et et de ce qu'on peut voir des autres patients. Parce que c'est vrai que c'est  
184 beaucoup plus difficile de parler à ce sujet quant au moment où on est enfin et certaines périodes où  
185 on a, on a des patients pas beaucoup de patients actifs, soit parce que les lésions sont très hautes et du  
186 coup avec des dépendances importantes soit parce que ben socialement c'est des gens qui aimaient pas  
187 le sport hein mine de rien ça existe ou que c'est une période, où on n'en fait pas beaucoup des fois c'est  
188 c'est systémique, c'est au niveau du service où finalement c'est que on sait pas pourquoi, mais cette  
189 période on fait pas beaucoup d'activités sportives en même on fait de l'activité physique, mais en fait  
190 pas vraiment. Voilà et du coup, ben quand on quand on, quand les patients n'en voient pas faire, ils ont  
191 pas l'idée d'en faire, ni les thérapeutes d'ailleurs. Donc, c'est un peu cercle vicieux ou cercle vertueux  
192 parce que quand on commence à en faire, eh ben forcément ça...

193 **M : et dans quels buts vous abordez l'activité sportive ? Que ce soit lors de vos bilans ou des échanges**  
194 **informels.**

195 E4 : bah le but, c'est de de, que le le plus important, c'est que le patient soit au courant de ce qui existe,  
196 que ça existe, que c'est possible et que c'est possible, quel que soit le niveau de lésion. Et ça, c'est  
197 vraiment hyper important et ça d'office, j'en parle à tous les tous les patients, même les patients très  
198 hauts parce que y'a des activités possibles. Et le but, c'est qu'ils sachent que ça existe parce que c'est  
199 vrai que, souvent, c'est trop tôt pour mettre en place si on veut mettre en place une activité qui soit  
200 pérenne, sur une hospitalisation initiale, ben c'est pas maintenu mais par contre une des une des  
201 barrières à la participation de l'activité sportive, des blessés médullaires, c'est qu'ils sont pas au courant  
202 que ça existe. [bug connexion]. Donc au moins, fin que certaines activités existent en général et ils savent  
203 en général, ils savent que ça existe le handisport mais ils savent pas vraiment en pratico-pratique qu'est-  
204 ce qui pourrait pratiquer, comment ça se fait, ou trouver les contacts et tout ça donc euh je sais plus  
205 qu'est-ce que c'était la question mais (rires).

206 **M : c'est ça, par contre je suis désolé mais est-ce que vous pouvez répéter, je suis désolé ça a coupé**  
207 **donc j'ai pas du tout entendu le début. Je crois que vous parliez si la personne voulait pérenniser**  
208 **l'activité sportive et après ça a coupé donc j'ai pas du tout entendu je suis désolé.**

209 E4 : euh, dans la littérature, on voit que c'est difficile de pérenniser une activité sportive chez la  
210 personne en situation de handicap globalement et puis et puis ça l'est d'autant plus juste à la sortie  
211 d'une hospit, fin à partir d'une hospit initiale, parce que souvent, c'est très tôt, parce que le  
212 remaniement identitaire il est pas encore fait, parce que ben après ils vont rentrer chez eux et y vont  
213 découvrir plein de choses nouvelles et l'activité sportive ça va pas être la priorité mais par contre on voit  
214 qu'une une barrière à la participation aux activités sportives des blessés médullaires c'est souvent qui  
215 sont pas au courant de ce qui existe vraiment, pratico-pratiques, accessible à eux ou ils où ils arrivent  
216 pas à se dire qu'ils pourraient être capables de le faire. Donc du coup, le le l'action la plus importante,  
217 c'est déjà d'en parler et qui sachent ce qui existe et qui sachent que c'est faisable. Et ça, c'est important.  
218 Et si on peut tester on test mais c'est pas forcément, je pense l'action la plus importante qu'on peut  
219 avoir en centre de réduc en initial. Ce serait bien mais c'est difficile de pratico-pratique à mettre en  
220 place. Et en fait, on se rend compte que en pratique, quand on est dans les centres, alors en théorie,  
221 moi je vais aussi fait mon mémoire sur l'activité sportive, donc je sais qu'en théorie il y a plein de trucs

222 à faire et en pratique y a toujours plein de barrières à l'ensemble d'hospitalisation, y'a le patient qui va  
223 pas bien, il y a l'organisation des services on court tout le temps, c'est difficile d'avoir le le matériel, c'est  
224 difficile de d'avoir le temps en fait de s'occuper d'une activité qui sort un peu des des sentiers battus  
225 mais donc en parler je pense que c'est une action hyper importante.

226 **M : et plus personnellement, est-ce que vous avez déjà accompagné une personne lésée médullaire à**  
227 **reprendre l'activité sportive qui était signifiante ?**

228 E4 : euh oui, oui, oui. **Plusieurs fois.** [Réfléchie]. J'essaie de pas me mélanger les pinceaux parce que,  
229 comme du coup je comme **je suis aussi dans le milieu sportif**, du coup j'en voit mais qui sont déjà anciens  
230 donc c'est. Oui oui, j'ai déjà accompagné alors un tétraplégique, un tétraplégique incomplet, du coup,  
231 qui a fini par remarcher mais avec des séquelles importantes qui faisait du CrossFit. Et donc on l'a  
232 accompagné dans la reprise du CrossFit et et une partie de mes séances d'ergo vers la fin de sa rééduc,  
233 c'était que lui devait organiser des séances de CrossFit pour pour nous [rires]. Par exemple, voilà, il nous  
234 montrait les exercices et ce genre. **Et puis on a travaillé et c'était pour le coup un objectif prioritaire**  
235 **pour lui de pouvoir reprendre le CrossFit et donc du coup, on a beaucoup travaillé avec cet objectif-là,**  
236 **euh même de pouvoir s'asseoir par terre pour pouvoir les faire les exercices de CrossFit par terre, une**  
237 **préhension pour pouvoir tenir les accessoires de CrossFit en adaptant le matériel si besoin.** Enfin, voilà,  
238 vraiment c'était, donc y'avais ça, après, c'est à ce moment-là l'activité sportive, je réfléchis. Et y'a des  
239 patients qui se sont mis au handbike mais du coup bon, c'est pas du handbike avant. Mais voilà du  
240 handbike, des paras et des tétras.

241 **M : comment vous les avez accompagnés du coup ces personnes-là ? Elles étaient sportives avant ou**  
242 **pas ?**

243 E4 : y'en avait qui étaient sportifs avant et d'autres non.

244 **M : ouais, et du coup, celle qui était sportives avant et qui ont repris. Comment vous les avez**  
245 **accompagnés ?**

246 E4 : **j'ai ai accompagné à la reprise sportive toujours en en en pluridisciplinaire parce que je trouve que**  
247 **c'est toujours important d'impliquer les autres professionnels** alors en Belgique il y avait un un coach  
248 sportif et puis et puis y avait le kiné aussi. Et donc c'est bah, c'est en fait, c'est se fixer, se fixer dans la  
249 dans notre prise en charge un objectif qui peut être la reprise ou l'essai de Handbike par exemple. Et  
250 dans ce cas-là et ben on prévoit des séances où on teste un Handbike, si on a un Handbike, on travaille  
251 des objectifs autour qui peuvent être les transferts à différentes hauteurs par exemple. Pour du coup,  
252 réfléchir à comment on va pouvoir se transférer en Handbike, parce que coup, on travaille autour de  
253 cette activité finale qui sera l'activité Handbike. Et puis après c'est pouvoir faire essayer et essayer de  
254 mettre en place, **essayer d'organiser des des essais en fait.** Mine de rien ça nous prend beaucoup de  
255 temps. C'est, c'est juste organiser, appeler le kiné, trouver un créneau, trouver le matériel, faire en sorte  
256 que ça se fasse, si c'est pas fait cette semaine ben on le fera la semaine prochaine, décaler les heures  
257 de soins du patient pour qu'il soit prêt plutôt, pour qu'il puisse, voilà. Et là y'a une patiente aussi, qui  
258 est arrivée ici il y a pas très longtemps une paraplégique avec un objectif prioritaire qui est de  
259 notamment pouvoir renager. Et du coup en fait, **elle est pas encore continente, elle arrive pas à gérer**  
260 **ses selles correctement et à gérer ses sondages correctement.** Du coup elle peut pas aller à la balnéo  
261 parce ben elle est pas encore continente et donc du coup, **les objectifs finalement, c'est sondages,**  
262 **gestion des selles, la douche du coup et tout ça, mais en fait le le s'est venu de pouvoir reprendre la**  
263 **natation.** En fait. Et donc on travaille autour de ça avec avec ça **comme objectif et si on peut l'utiliser**  
264 **comme moyen, on l'utilise comme moyen aussi de rééducation, l'activité sportive.**

265 **M : quand vous dites « moyen », vous pouvez développer ?**

266 E4 : bah là en ce moment par exemple, la Boccia c'est souvent, un nouvel objectif que les patients  
267 connaissent pas, hein, **la Boccia avant, mais on utilise énormément comme moyen de rééduc, parce que**  
268 **ça peut euh on peut travailler l'endurance, on peut travailler des préhensions qui sont quand même**  
269 **relativement analytiques** dans sens juste prendre une balle donc peut très bien travailler en séances. Et  
270 puis et puis du coup, **comme on travaille en boccia à prendre une balle, la poser dans une dans une**  
271 **gouttière et ce genre de choses et ben après on peut les transférer dans des apprentissages dans la vie**  
272 **quotidienne, prendre un verre ou prendre attraper un téléphone, un objet sur une table, ce genre de**  
273 **chose ou aller pousser quelque chose plus loin.** On s'en sert aussi voilà pour augmenter le périmètre de  
274 préhension, apprendre à faire à faire un relâchement volontaire des biceps, pouvoir avoir une extension  
275 des bras fin ce genre de choses.

276 **M : ok. Donc les personnes qui étaient sportives avant leur lésion et que vous avez du coup**  
277 **accompagné, comment vous les avez accompagnés à la sortie du centre pour favoriser du coup la**  
278 **continuité de cette activité sportive ?**

279 E4 : alors ça en soit ça dépend lesquels. On essaie de, alors ici, il y a les APA donc on essaie de voir avec  
280 les APA avant la sortie pour qu'ils aient des contacts qui soient pris avec éventuellement d'éventuels  
281 clubs, par exemple. Et puis en théorie, bah voilà, dans dans nous notre compte rendu de sortie et dans  
282 notre dans notre réflexion pour la sortie, il y avait par exemple la réflexion autour des déplacements,  
283 on réfléchit si c'est une activité qui va être reprise ben comment ils vont y aller, où sont les clubs par  
284 rapport au logement, à ce genre de choses. Euh est-ce qu'ils vont pouvoir pratiquer tout de suite, si ils  
285 peuvent pas pratiquer tout de suite, **c'est leur donner tous les contacts et bien rappeler et bien écrire**  
286 **que c'est un objectif une fois qu'il sera réinstallé à la maison, qu'il a repris des activités physiques, qui**  
287 **l'a réussi à reprendre un rythme de vie correct que ben y a le projet de reprise des activités sportives** et  
288 c'est bien le mentionner parce que quand même, souvent en pratique, la sortie on au beau l'a préparé  
289 à l'avance, elle se fait toujours dans la précipitation et **y'a toujours beaucoup de de choses, entre**  
290 **guillemets, plus vitales à s'occuper avant.** Mais l'important c'est que ce soit mentionné dans les rapports  
291 de sortie et ce genre de choses pour que quand il y a des parce que ces personnes sont toujours  
292 finalement revus à un moment à un autre pour que du coup, les futurs thérapeutes qui vont les revoir  
293 en HDJ ou j'en sais rien par un médecin ou plus tard sur une consult routinière, en lisant les comptes-  
294 rendus puissent aussi passer sur cette activité sportive. Et c'est quand un autre professionnel va  
295 repasser dessus que ça va remonter l'idée au patient fin lui remettre à jour en disant « ok, maintenant  
296 je pourrais peut-être m'y mettre, maintenant que je suis réinstallé dans ma vie ». Mais en vrai, en  
297 pratique c'est rare qu'on ait des patients qu'on puisse faire sortir et qu'ils puissent directement avoir  
298 une continuité sur l'activité sportive. Quoique maintenant ici aussi à l'hôpital, on a une association où  
299 ils peuvent continuer à venir au gymnase en étant en externe si ils habitent pas loin. Donc là ils ont une  
300 continuité, vraiment. Mais c'est les patients qui habitent pas loin et qui ont un moyen de venir ici. La  
301 problématique principale, souvent, c'est le moyen de déplacement. Quand ils sortent, ils ont pas mal,  
302 les paraplégiques qu'ils pourront reconduire tout seul quand ils sortent de l'hôpital, ils sont loin d'avoir  
303 une voiture et d'avoir repassé fin tout, de pouvoir être autonome sur les déplacements.

304 **M : d'accord, oui je vois.**

305 E4 : mais en pratique, moi j'aimerais bien réussir à permettre de pérenniser (rires) mais c'est très  
306 difficile. C'est très difficile.

307 **M : oui. Dans ces accompagnements à la reprise sportive, quelles compétences propres à**  
308 **l'ergothérapeute vous avez mis en place pour coopérer avec les autres professionnels ?**

309 E4 : euh compétences, c'est à dire ? euh qu'est-ce que ouais. Ben déjà il faut, il faut savoir ce qui existe  
310 un petit peu, je pense que c'est enfin que, en global, hein, savoir qui existe ou vers quelle personne se



311 tourner euh et puis voilà. Euh, c'est la fatigue de la fin de journée [rires]. Hum oui, c'est ça, savoir  
312 envoyer vers les bonnes personnes, il faut en en il faut en parler, systématiser le fait d'en parler. Et puis  
313 après les compétences propres, bah connaître les activités, euh connaître les bien faits, connaître les  
314 barrières. Les barrières et les facilitateurs. Bon après moi j'ai fait mon mémoire ergo sur les barrières  
315 et les facilitateurs à l'activité sportive mais en fait, je me rends compte que c'est vraiment et ça, ça  
316 pourrait être valable pour d'autres trucs, hein mais à partir du moment où on connaît les barrières et  
317 les facilitateurs, on a beaucoup plus les automatismes d'aller poser des questions, de voir s'il y a pas des  
318 barrières qui enfin, voilà, si on peut pas lever certaines barrières et d'appuyer sur des choses qui  
319 pourraient être des facilitateurs mine de rien. Je sais pas trop si ça répond à la question pour la question  
320 sur les compétences et après bon c'est propre à à chaque ergo en fonction fin des compétences dans  
321 chaque, enfin des des connaissances plus personnelles quoi et intérêts personnels en fonction euh voilà.

322 **M : qu'est-ce que vous pensez de l'intégration de l'activité sportive dans la prise en charge**  
323 **ergothérapique pour une personne lésée médullaire qui était sportive du coup avant sa blessure ?**

324 E4 : ah j'pense que ce ce c'est c'est super important déjà a prendre en compte d'office. C'est important  
325 à évoquer et que si on peut, c'est important de pouvoir l'utiliser comme but fin comme but de  
326 rééducation et comme moyen aussi surtout si cette activité à du sens pour le patient. À la fois comme  
327 moyen, comme but et puis je le vois aussi que ça peut être une très bonne manière de remettre le  
328 patient acteur de son de son programme de rééducation et de du coup de de son remaniement  
329 identitaire aussi, mine de rien, ce genre de choses. Même si c'est à prendre avec des pincettes, ceci  
330 intéressant. C'est vrai que ça, j'avais pas parlé avec les autres professionnels, c'est le psychologue.  
331 Souvent, on échange avec le psychologue autour de ça, autour de la reprise d'activité sportive en disant,  
332 parce que après, c'est très confrontant hein aussi. Donc voilà et je sais plus ce que je disais du coup  
333 (rires).

334 **M : que vous utilisiez l'activité sportive comme but et moyen.**

335 E4 : ah oui. Euh oui euh c'était quoi la question, je sais plus, désolé (rires).

336 **M : pas de souci, c'était qu'est-ce que vous pensez vous de l'intégration de l'activité sportive dans une**  
337 **prise en charge ergo, après une lésion médullaire pour une personne qui était sportive avant**  
338 **l'apparition de la lésion.**

339 E4 : ah bah oui. Après, je pense que c'est bah oui, c'est vraiment ça l'intérêt, c'est fin pour moi, pour  
340 moi, c'est vraiment un bon outil. Surtout, c'est un c'est un, c'est un outil en plus dans la rééduc qui  
341 travaille beaucoup de choses et qui est et qui est très, qui est très ergo dans le sens où c'est vraiment  
342 une occupation au sens ergothérapique hein. Et du coup et du coup, ça permet de de vraiment donner  
343 sens à à donner sens à ce qu'on fait à ce qu'on fait enfin avec les patients quoi. Je sais pas comment  
344 dire. Ça paraît tellement primordial, mais je sais pas comment l'exprimer (rires).

345 **M : [rires]. C'est très clair, merci. Dans ce sens, quels seraient les rôles de l'ergothérapeute dans ce**  
346 **processus de reprise sportive d'une personne lésée, médullaire, selon vous ?**

347 E4 : bah, rôle d'information euh et je pense que fin parce que ça l'APA là aussi, l'enseignant APA, mais  
348 le rôle un peu plus spécifique de l'ergo, c'est de penser tout autour de l'activité, c'est vraiment avoir une  
349 vision globale de l'activité et de pouvoir le prendre en compte par rapport à la gestion des soins de  
350 l'habillage des déplacements, de toutes les tâches qu'il va prendre en en main à la maison. C'est à dire  
351 qu'on va réfléchir à je sais pas moi le transfert voiture, on va réfléchir à comment charger le matériel de  
352 sport dans la voiture aussi, quand on va penser à l'habillage, qu'on va travailler l'habillage au lit ben plus  
353 tard, on se dira « ah oui, mais en fait, vous vouliez faire ? ». Ah oui j'ai accompagné un patient qui voulait  
354 faire du rugby aussi j'ai oublié ça, du rugby fauteuil. Et ben oui, mais en fait, dans le vestiaire, enfin,  
355 quand vous allez aller au sport alors que vous comme ça vous allez revenir de l'université, vous allez

356 aller au Rugby, vous allez vous changer où ? Comment ? Parce que vous allez pas aller en habit de rugby  
357 euh à l'université (rires) et vous changez. Enfin, voilà donc et ça ça, finalement, y'a que l'ergo qui à cette  
358 vision globale, parce que peut-être qu'il y a des certains kinés, certains vont y penser, mais pas pouvoir  
359 avoir cette vision vraiment globale dans toute la prise en charge en même temps, même dans le choix  
360 du matériel, ça peut être dans le choix du fauteuil. Il a fallu choisir un fauteuil avec je sais pas, des  
361 accoudoirs particuliers qui va lui permettre de pouvoir se changer correctement quand elle va dans le  
362 gymnase pour faire le rugby fauteuil, ce genre de choses. Ou un fauteuil qui a le Lift, parce que ben pour  
363 la Sarbacane ou pour la Boccia, c'est plus facile de euh d'aller mettre la balle, ce genre de choses alors  
364 que il sert pour rien d'autre que pour ça. Mais si c'est important pour le patient et si c'est pas questionné  
365 à un moment donné par l'ergo, ce sera questionné par personne, quoi. Je sais pas si c'est [rires].

366 **M : si si merci. Et donc là, dans les rôles que vous avez un peu énoncés pour vous, quelles compétences  
367 qui sont propres à ergothérapeutes peuvent justifier ces rôles-là ?**

368 E4 : euh dans la vision globale. Après oui, si c'est propre à l'ergo, après y'a des kinés qui ont la vision  
369 globale mais dans leur prise en charge ils ont pas une prise en charge où ils doivent, ouais c'est surtout  
370 ça, la la vision globale, la connaissance vraiment du quotidien du patient et de ses habitudes de vie,  
371 de son environnement physique et social. Et puis voilà vraiment la spécificité de l'ergothérapeute je  
372 pense que c'est ça, cette vision globale. Et puis après mais c'est plus individuel, les connaissances  
373 techniques de la pratique en particulier. Mine de rien, ça sert pas toujours, mais quand c'est un patient  
374 euh parce que ça arrive, ça m'est déjà arrivé aussi. Un patient que on sait qu'ils veut faire de la  
375 compétition, connaître ce que c'est le parasport en compétition, savoir ce que c'est des classifications  
376 comment, enfin, comment tout ça s'articule, comment savoir un peu comment fonctionne le parasport  
377 en France euh quelles fédérations communiquent plus avec quelles fédérations, dans quel type de club  
378 il sera mieux accueilli, ce genre de choses. Mais ça, c'est dépendant plutôt de la personne et pas et pas  
379 tant de du métier. Mais mine de rien, ça apporte beaucoup au patient en fait, voilà.

380 **M : vous avez un peu répondu mais est-ce que vous pensez que l'ergothérapeute est légitime  
381 d'investir ce champ et pourquoi ?**

382 E4 : [rires], oui je pense que l'ergothérapeute est très légitime. Parce que parce qu'en fait notre mission  
383 c'est de pouvoir rendre le patient autonome et indépendant pour toutes les activités qui doit faire ou  
384 qu'il a envie de faire et l'activité sportive en fait partie comme toutes les autres. Et et puis parce que  
385 c'est un excellent moyen et but de la rééducation aussi mine de rien. Voilà et que ça rentre tout à fait  
386 dans nos compétences parce que c'est une occupation comme une autre au final quoi. Voilà je sais pas  
387 quoi dire de plus.

388 **M : d'accord et je me permet de revenir sur quelque chose. Vous avez dit que vous avez aussi  
389 accompagné une personne à reprendre le rugby fauteuil, ce que vous pourriez développer ?**

390 E4 : alors je sais pas si c'est reprendre parce qu'elle en faisait pas avant elle avait fait des sports co mais  
391 pas du rugby fauteuil. Ben c'est une jeune étudiante qui a fait un accident de plongée, de plongée donc  
392 c'est à dire c'est pas se taper la tête, c'est pas traumatique, c'est accident de décompression en  
393 remontant donc elle est tétraplégique et qui dans ses projets veut reprendre une activité sportive parce  
394 qu'elle était sportive avant et à flasher sur le rugby fauteuil en discutant avec d'autres, en regardant  
395 youtube et puis en discutant avec d'autres patients. Et que j'ai accompagné pas longtemps ici parce que  
396 c'est une ancienne, entre guillemets, elle avait déjà été rééduquée ailleurs, elle a voulu faire un séjour  
397 juste pour compléter sa rééducation, sachant qu'elle était déjà rentrée chez elle et tout ça. Et donc et  
398 ben elle, on a beaucoup travaillé, notamment sur l'habillage, parce qu'elle savait s'habiller seulement  
399 au lit et donc on a beaucoup travaillé sur l'habillage, au fauteuil, habillage/déshabillages au fauteuil pour  
400 qu'elle puisse justement se changer sur dans un vestiaire et la mise en place d'une motorisation pour

401 son fauteuil pour qu'elle puisse garder de la force pour quand elle va aux entraînements et quand elle  
402 va sortir des entraînements et qu'elle sera fatiguée vue qu'elle est tétra, tétra incomplète mais tétra  
403 quand même. Euh bah du coup, pour qu'une fois qu'elle sorte de l'entraînement, qu'elle puisse vu  
404 qu'elle sera dans un campus en même temps, y'avais en parallèle un elle faisait des cours à distance  
405 avec le COVID, elle avait pas encore repris depuis sa lésion les cours sur le campus donc en parallèle,  
406 elle allait aussi reprendre les cours sur le campus. Donc il fallait qu'elle puisse se déplacer après jusqu'à  
407 son appartement après l'entraînement, sans être euh voilà donc il y avait cette prise en charge là. Et  
408 puis la prise de contact avec un club et puis et puis voilà. Et puis aller jusqu'à aller sur place parce que  
409 c'était loin. La prise des transports en commun aussi autour de cet objectif, ça on l'a fait. Bon dans les  
410 transports en commun à X (nom de la ville) du coup alors que ce sera à X (nom de ville) mais au moins  
411 pour tester parce qu'elle avait jamais pris. Voilà, donc ça, c'était un projet autour d'activités sportives,  
412 pareil.

413 **M : ok bah moi c'est tout bon, est-ce que vous voulez rajouter autre chose ? vous avez des remarques**  
414 **?**

415 E4 : alors non là comme ça sur la prise. Ah oui si en pratique, c'est difficile à mettre en place, vu la  
416 tension qu'on a en fait dans le monde hospitalier. Parce que ça en fait on s'en rend pas trop compte  
417 quand on y est pas mais en fait c'est difficile en en pratique, il y a trop de tension, on a pas le temps de  
418 justifier nos actions, on n'a pas le temps. Enfin, c'est tout le temps la course quoi. C'est tout le temps la  
419 course, ce qui est un peu difficile, donc il faut être très motivé pour vouloir mettre en place un peu des  
420 activités qui changent comme ça, de l'ordinaire et et il faut vraiment favoriser l'échange  
421 pluridisciplinaire parce qu'il y'a beaucoup fin autant on l'a vu, on a beaucoup à apporter, ça rentre tout  
422 à fait dans notre rôle, autant les autres professionnels aussi, donc c'est intéressant de pouvoir faire en  
423 faire une force. Voilà et j'ai rien d'autre à dire. Voilà bon ça rentre pas forcément dans votre sujet, mais  
424 une dernière chose, je trouve que c'est intéressant. Du coup moi je fais de la classification aussi, en  
425 parasport et je trouve que c'est aussi quelque chose qui est très ergo mine de rien. Alors alors en Europe,  
426 y a pas beaucoup d'ergothérapeutes qui le font, qui sont classificateurs mais quand on y réfléchi c'est  
427 c'est que la classification c'est l'évaluation c'est une évaluation qui est occupation centrée vraiment et  
428 en fait, je, j'ai fait une présentation, y a pas longtemps mes collègues, c'est, c'est même pas une  
429 évaluation patient centré, ça va encore plus loin parce que c'est vraiment pas pas centré sur le patient,  
430 c'est vraiment centré sur l'occupation. On peut pas [rires]. Donc je trouve que le rapprochement entre  
431 notre métier pour le coup et ce système de classification est très intéressant. Voilà bon ça va peut-être  
432 pas forcément vous apporter grand-chose, c'est ma petite réflexion de la semaine dernière. Et on a  
433 notre rôle là-dedans aussi.

434 **M : c'est sûr. Bah je vous remercie d'avoir accordé du temps pour mon entretien et m'avoir fourni**  
435 **toutes ces informations très intéressantes. Elles vont vraiment en fait moi c'est ces informations vont**  
436 **me permettre d'analyser concrètement en pratique l'utilisation de l'activité sportive par les**  
437 **ergothérapeutes pour les patients blessés médullaires. Si ça vous intéresse, je pourrais vous envoyer**  
438 **mon travail quand y sera finis.**

439 E4 : bah derien, je veux bien.

440 **M : bonne soirée, et encore merci.**

441 E4 : bonne soirée et courage pour la suite.

442 **M : merci, aurevoir.**

## Annexe N : Retranscription intégrale E5

[Début de l'enregistrement]

- 1 **M : Super. Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter brièvement ?**
- 2 E5 : Donc moi je m'appelle X donc je suis ergothérapeute à X (nom de l'établissement SSR), je travaille
- 3 en service adulte, ce qu'on appelle transmed donc c'est trauma avec une filière main, rhumato, amputé,
- 4 brûlé, rachis, cardio mais moi je fais pas de cardio et blessés médullaires. Voilà, euh ça fait 15 ans que
- 5 je travaille à X (nom de l'établissement SSR), je suis diplômée de l'Adère de 2006. Hum, je donne
- 6 d'ailleurs des cours blessés médullaires et amputés, moi-même à l'IFE Rennes. Euh je suis actuellement
- 7 en DU initiation à la recherche à Paris, euh je finis là la semaine prochaine, moi aussi je suis à la fin
- 8 (rires). Et puis autrement j'ai un DU ETP, je sais plus quelle année 2013, je crois que comme ça. Euh et
- 9 au sein de l'établissement du coup, je suis référente en contention physique, je suis référente en VIAS
- 10 vie intime, affective et sexuelle et en hippothérapie, voilà. On a deux heures d'ergo consacrées à
- 11 l'hippothérapie avec nos cinq chevaux au sein du centre. Voilà un peu ce que je peux dire brièvement.
- 12 **M : parfait, c'est super clair, merci. Donc là tout au long de ces entretiens ça sera vraiment basé sur la**
- 13 **population blessée médullaire, donc toutes les questions vont être orientées pour ce public. Pour**
- 14 **vous qu'est ce qui est important de mettre en place en ergothérapie, après une lésion médullaire, en**
- 15 **phase de rééducation ?**
- 16 E5 : Dans un ordre hiérarchisé du coup j'imagine, d'ordre de priorité ?
- 17 **M : Si possible.**
- 18 E5 : Ouais, ben ça reprend un peu mes mes cours, c'est à dire que moi je commence par ABC donc c'est
- 19 pouvoir agir, boire et contrôler son environnement. Donc c'est vrai que les gens arrivent, ils sont alités
- 20 donc ça va être de mettre en place à alerté en fait le a c'est aussi voilà c'est c'est ça en premier donc
- 21 c'est pour avoir une sonnette adaptée pour qu'il puisse sonner à toute heure et à tout moment, ça c'est
- 22 de la première préoccupation. La deuxième préoccupation qui va avec, c'est effectivement contrôler
- 23 l'environnement, on a des chambres domotisés, on a cette chance-là, donc ils peuvent agir sur sur leurs
- 24 volets, la lumière, la porte, la télé, voilà la baie vitrée, des choses comme ça. Euh et puis effectivement
- 25 c'est pouvoir boire, donc on leur met rapidement un flexible pour évidemment les les blessés
- 26 médullaires hauts, c'est pas le cas des des paraplégiques, mais voilà. Donc la priorité un c'est ça la
- 27 priorité deux ça va être de pouvoir rapidement donner un minimum d'autonomie en déplacement, donc
- 28 tout ce qui est fauteuil. Donc, en fonction de la lésion, hein fauteuil manuel, fauteuil électrique. En
- 29 sachant qu'on a plus tendance à nous à mettre en est très rapidement parce que le centre est très très
- 30 grand, donc voilà pour les épuiser au départ et les rendre autonomes justement pour aller au club quand
- 31 ils veulent etcetera on met facilement des électriques, euh voilà en deux euh et je pense qu'une fois
- 32 qu'on a fait ça, on se pose avec la personne parce que bon, même si tout ce temps-là nous permet de
- 33 de de finalement de discuter de façon informelle, de connaître, de se connaître mieux, d'informer sur
- 34 l'ergothérapie parce que c'est aussi une, une un, un bel objectif de départ. Mais c'est vrai que là, moi je
- 35 prends le temps de me poser et de dire « voilà, ok, là, vous en êtes là, qu'est-ce qui se passe maintenant,
- 36 aujourd'hui ? » en ayant reçu toutes les informations d'ordre d'environnement diagnostic ergo hein on
- 37 va dire. Et c'est là, c'est de poser les priorités avec le patient dire « bah voilà maintenant qu'est-ce qui
- 38 vous intéresse là maintenant ? ». On a une prise en charge un peu différente entre les tétraplégiques et
- 39 paraplégiques. Tout ce qui est paraplégique, c'est vrai que pour le coup, j'attends vraiment que ça
- 40 vienne à la demande, c'est-à-dire que ils sont pas systématiquement mis en ergothérapie. Je leur dis,
- 41 « voilà, moi je suis à disposition, mais donc mes heures de mes séances en fait, elles seront en fonction

42 de vos demandes ». Pour le coup y a des paras qui se débrouillent très bien tout seul, qui prennent le  
43 pli, enfin voilà et ça va être ponctuel et puis on a d'autres paras qui faut voir quatre ou 5cinq fois dans  
44 la semaine parce que parce que soit y'a des comorbidités, soit des des problématiques particulières,  
45 soit bah d'un besoin de réassurance enfin voilà un besoin d'écoute. Alors que c'est vrai que les blessés  
46 médullaires tétra sont quasi systématiquement en quatre voire cinq sur cinq semaines avec des fois des  
47 gros objectifs. Donc voilà euh pour ma part, dans ma façon de faire aujourd'hui euh avant, on avait une  
48 phase de rééducation pure donc de renforcement mais j'ai tendance de plus en plus à laisser un petit  
49 peu de côté cette phase, à part s'il y a une vraie demande ou si il y a une vraie lésion incomplète  
50 auxquelles voilà une phase de rééducation pure est nécessaire. Mais j'essaie d'axer de plus en plus  
51 vite, moi, sur la phase de réadaptation aujourd'hui.

52 **M : Et pour cette phase de réadaptation, est ce que vous pouvez développer, dire qu'est-ce qui est**  
53 **important pour vous de mettre en place ?**

54 E3 : C'est de vraiment répondre aux besoins et aux aux demandes des personnes avec un objectif alors  
55 c'est-à-dire que le l'objectif ultime de la réadaptation c'est c'est d'arriver à une qualité de vie  
56 satisfaisante, d'un blessé médullaire et ça, ça passe par une réadaptation précoce qui en fait dans toutes  
57 les recommandations des parcours des blessés médullaires où c'est vrai qu'on dit que plus la la  
58 réinsertion est précoce, plus vite la qualité de vie est meilleure et mieux elle sera aussi dans l'avenir.  
59 Euh, avec euh cette volonté que d'autogestion ou la personne, voilà doit s'autogérer rapidement. Donc  
60 c'est vrai que moi, je prône par exemple le séjour thérapeutique, ça permet de prendre en compte  
61 l'environnement matériel, l'environnement humain, les proches de la personne et de la repositionner  
62 au plus vite dans son rôle social avec une reprise du coup, ses habitudes de vie. Et et en fait de ces  
63 séjours normalement doivent en découler du coup des objectifs de réadapt, c'est-à-dire que c'est pas  
64 nous qui le décidons, c'est voilà, le le fait de retourner au sein de de son environnement qui permet à  
65 la personne de dire « bah là là, j'ai eu besoin de ça, j'ai eu besoin de ça là, j'ai voilà, j'arrive pas là voilà ».   
66 Voilà, et donc c'est de prendre les occupations dans leur globalité, donc les occupations dans la globalité,  
67 c'est c'est effectivement tout ce qui, tout ce qui tout ce qui est important pour la personne en termes  
68 de de de besoins primaires donc on parle des AVQ, activités de vie quotidienne mais mais sans oublier  
69 effectivement toutes les activités autres telles que les loisirs, son rôle social effectivement en tant que  
70 personne la justement la vie affective et sexuelle dont on parle pas assez. Mais bah ça fait partie, c'est  
71 un déterminant de la qualité de vie hein, la santé sexuelle. Donc voilà, c'est pouvoir aborder rapidement  
72 tous ces sujets là et en fait il y a pas de parcours type en fait, ça va dépendre de chacun. [Silence]. En  
73 sachant que c'est un peu différent aussi entre des personnes jeunes, on va dire les profils des jeunes et  
74 des profils, ce qu'on a beaucoup aujourd'hui dans l'éthologie, des personnes d'une cinquante /  
75 soixantaine d'années qui vivent seules fin cervicarhtosique et c'est pas tout à fait le même parcours,  
76 c'est un peu plus délicat.

77 **M : Et du coup, vous avez un peu évoqué la reprise des activités antérieures donc comment vous**  
78 **organisez votre intervention ergothérapique, comment vous déterminez ces activités ? Est-ce que**  
79 **vous utilisez un modèle ou pas ?**

80 E5 : Euh alors sur le blessé médullaire c'est pareil, moi je vais dissocier un peu tout ce qui est para, para  
81 bas et tétra euh où ben c'est vrai que pour le tétraplégique, que c'est peut-être un peu plus complexe  
82 en termes de reprise d'activités antérieures. Reprise d'activité signifiantes oui antérieures, pas  
83 forcément, en fait.

84 **M : je voulais dire, celles qui ont du sens pour elle, les activités signifiantes.**

85 E5 : Ouais voilà, mais du coup il faut retrouver du sens et ça, c'est une étape assez, c'est un prérequis  
86 en fait. Alors en termes de modèle, non, nous, on n'utilise pas de modèle après c'est vrai qu'on est formé

87 à la MOH. Blessé médullaire clairement, je n'utilise pas beaucoup ce modèle-là. La MCRO pourrait être  
88 un très bon outil. C'est à dire que je pense que les jeunes aujourd'hui le font euh après c'est pas parce  
89 que nous il nous convient pas, c'est juste qu'en fait la MCRO pour moi c'est enfin pour moi c'est ce que  
90 je fais mais de façon informelle en fait depuis mes études, avant que la MCRO arrive [rires]. Donc  
91 effectivement, c'est il y aura c'est déterminer des activités qu'on de l'importance, hiérarchiser, prioriser  
92 et puis après effectivement avec une notion de satisfaction ou pas. Voilà qui du coup, permet de  
93 hiérarchiser finalement les priorités de la personne. Donc la MCRO pourrait très bien répondre à ça,  
94 même si c'est pas, je le fais pas de tel quel. Mais en tout cas, c'est exactement le même principe, c'est  
95 à dire qu'effectivement c'est répertorié avec la personne ce qu'elle, ce qu'elle faisait, répertorier ce  
96 qu'elle voudrait faire. Et puis et puis voir ce qui est faisable ou pas. Donc effectivement, en partant de  
97 cette demande, là c'est c'est d'abord de se dire « ok, donc comment effectivement cette activité là tu la  
98 faisais avant, qu'est-ce que comment tu l'envisages maintenant ? Comment elle pourrait être adaptée  
99 aujourd'hui et puis après, c'est de voir ce que les satisfaites parce que des fois on peut la faire avec une  
100 adaptation, mais euh avec l'expérience, moi, je me rends compte que les personnes finalement sont  
101 souvent insatisfaites de refaire une activité antérieure parce qu'il y a souvent une frustration ou une  
102 déception liée à la pratique de cette activité comme avant puisque c'est rarement comme avant, à part  
103 si y'a une rééducation top hein, sa arrive aussi, hein, sur des tétraparésie, je pense au surf, chez des  
104 jeunes ou des choses comme ça mais mais voilà, sur une lésion complète, voilà souvent, c'est frustrant.  
105 J'ai un souvenir, une jeune femme qui était motrice de ski et qui en fait s'est pas du tout remis au ski ou  
106 en tout cas dans toutes ces premières années parce qu'en fait, c'était trop frustrant pour elle en fait.  
107 Donc souvent, c'est plutôt finalement retrouver des activités où ils prennent du plaisir parce qu'en fait  
108 c'est la notion de plaisir hein, qui est importante, accessible quand même avec des capacités qu'il faut  
109 des fois adapter. Je pense au tennis de table par exemple, qu'on adapte à facilement. Euh il y a des accès  
110 aujourd'hui maintenant aussi à tout ce qui est sport nautique. Et donc après, c'est vraiment de l'aide  
111 technique personnalisée hein finalement, nous utilise beaucoup l'impression 3D par exemple pour  
112 pouvoir bah accéder à à à ces nouveaux loisirs puisque du coup ça en devient des nouveaux loisirs avec  
113 un nouveau sens avec des nouveaux défis avec ces nouvelles capacités fonctionnelles. Bah finalement  
114 voilà, on se met au défis dans telle ou telle activité. Alors il y a des gens qui doivent se tester. Nous on a  
115 la chance d'avoir un service de de d'APA. Alors c'est vrai qu'au niveau sport ben finalement, nous l'ergo,  
116 on est, on a vite une une intervention ponctuelle. C'est eux qui font beaucoup, beaucoup, beaucoup  
117 d'essais. Ils font des sorties aussi parfois extérieures et puis bah du coup nous on intervient de façon  
118 ponctuelle, pour l'adaptation. Ouais c'est surtout ça.

119 **M : Donc vous avez parlé de moniteur APA dans votre dans votre service. Cette activité, elle est, enfin**  
120 **l'activité sportive, elle est proposée à quel moment à peu près du processus de prise en charge de la**  
121 **personne ?**

122 E5 : Il n'y a pas de vérité parce que c'est vraiment individualisé parce que, comme disait déjà, les profils  
123 patients sont très différents avec des étiologies, des bah des pronostics, des âges, euh des parcours de  
124 vie qui sont tellement diverses que que y a y a pas, y'a des comorbidités aussi des fois. Voilà, on arrive  
125 avec des des fois, des tétras enfin des des des personnes médullaires avec ben des, des fractures, des  
126 fractures de poignet avec, voilà quand c'est des AVP et des choses comme ça, donc il y a pas de  
127 possibilité de de prise en charge. Donc il faut un état de santé, je dirais un peu stable pour pouvoir  
128 commencer l'activité sportive. En prérequis, pas spécialement parce qu'en fait, on arrive facilement à  
129 adapter rapidement des activités. Donc ça peut être très rapide hein finalement, après l'entrée hein, 15  
130 jours 3 semaines, voilà, ça peut démarrer là et puis et puis ça va être évolutif pendant tout le parcours  
131 par contre donc en sachant que le parcours d'un blessé médullaire est entre entre 6 mois et 2 ans, on

132 va dire pour les tétras hauts. Euh donc ouais c'est très évolutif par contre dans ce temps-là. Mais euh  
133 pour moi, le le bon moment, il y en a pas spécialement, ça va être quand ils vont ressentir un besoin de  
134 la part de la personne. Pareil, quelqu'un qui qui était pas du tout sportive avant ou qui ne pratiquait  
135 aucune activité physique va pas avoir les mêmes besoins et demande que quelqu'un qui faisait que ça,  
136 quoi. Euh après, une qui faisait que ça pareil, attention parce que par contre ça peut moralement mettre  
137 une une euh être un gros frein euh de se confronter et d'être en échec, finalement, de cette première  
138 partie de parcours. Donc il faut aussi préparer la personne à ça « ok, on va te proposer de l'activité  
139 sportive, mais attention quoi, ça peut se passer comme ça, qu'est-ce qu'on peut proposer etcetera.  
140 Donc y a cet accompagnement là aussi. Alors c'est vrai qu'il y a moins de déception chez quelqu'un qui  
141 ne qui ne pratique pas avant.

142 **M : D'accord, donc si je comprends bien, cette activité, elle est pas proposée systématiquement ?**

143 **C'est vraiment au cas par cas, c'est ça ?**

144 E5 : Ouais alors clairement, elle l'est quasiment systématiquement, même si elle n'est pas proposée au  
145 même moment. Mais dans leur parcours, ils auront toujours un moment donné une proposition parce  
146 que si c'est pas dans un objectif de reprise des loisirs, que la personne n'aime pas forcément ça, ça fait  
147 aussi parcours du partie du parcours de réadapt, de réentraînement en fait, avec que ça soit de la manip  
148 de fauteuil puisque c'est eux qui font ça aussi, donc il y'a une partie autonomie j'ai envie de dire de base  
149 pour la vie quotidienne et puis et puis voilà, après ils comprennent bien que en termes d'objectifs, bah  
150 ouais, aller renforcer ce qui est présent ou et puis la partie occupationnelle, j'ai envie de dire aussi, c'est  
151 à dire que c'est des gens qui passent tout leur séjour vingt-quatre heure sur vingt-quatre chez nous, ils  
152 ont une heure d'ergo, une heure de kiné bah on va remplir le bien aussi avec voilà une heure de sport  
153 qui sera forcément bénéfique avec des rencontres parce que c'est ça aussi hein, c'est aussi rencontrer  
154 donc c'est aussi la partie sociale, c'est pouvoir tester les nouvelles activités aussi enfin voilà. Donc en  
155 fait je pense que clairement même le tétra hein, c'est-à-dire sarbacane hein donc en fait on a vraiment  
156 de quoi donc ouais je réfléchis, y a peut-être quelques-uns où y a vraiment pas parce que je sais pas moi  
157 trop de comorbidité ou bien même pas accessible ou ou vraiment pas intéressé c'est la personne refuse  
158 c'est bien évidemment qu'on va pas, on va pas la forcer et puis quand on parle d'APA je pense au  
159 gymnase mais je pense aussi à la piscine et c'est pareil dès qu'on peut les mettre en piscine c'est aussi  
160 une autre découverte de leur corps donc c'est un rapport à leur corps qui est autre. Donc, donc ça en  
161 fait partie.

162 **M : C'est sûr. Pour accompagner ces personnes dans l'activité sportive, vous avez parlé de l'APA, l'ergo  
163 ponctuellement, est-ce qu'il y a d'autres professionnels qui interviennent ?**

164 E5 : Euh, je réfléchis. Alors, l'ergo, c'est plus ou moins en lien avec les ingénieurs, hein parce que je disais  
165 que les aides techniques peuvent être des aides techniques personnalisées, on a l'impression 3D et du  
166 coup nous on a un service avec des ingénieurs qui nous aident donc potentiellement en termes de  
167 professionnels, ça peut être ça, comme les orthoprothésistes des fois sur certaines aides techniques  
168 très particulières que nous on dont on n'a pas les compétences techniques. Donc voilà, c'est très  
169 ponctuel mais ça peut. Après on a toute la partie aussi pairémulation, je pense à on a un, on a un gars  
170 qui fait des séances de tir, qui lui-même est en situation de handicap. Euh, aujourd'hui on en train de  
171 faire un partenariat enfin avec une assos qui est comme les autres. Ouais, vous connaissez ?

172 **M : Oui !**

173 E3 : Ouais, voilà donc ils sont en fait ils ils sont implantés sur X, ils viennent tout juste, on vient tout juste  
174 de rentrer la semaine dernière donc c'est vraiment très très récent mais j'ai trouvé ça fabuleux, comme  
175 enfin j'ai j'ai vraiment, j'ai j'ai trouvé ça extraordinaire. Et et et et je trouve très chouette leur leur leur  
176 idée de partenariat avec les centres, de, d'avoir un relais sur l'extérieur quand nous, on est plus présent

177 et que les personnes se retrouvent seules à la sortie, ce qui peut être dramatique et puis bah eux sont  
178 très axés du coup sport, hein, séjour, sport et ils font ça de façon intelligente c'est-à-dire ben voilà en  
179 partenariat toujours et avec des personnes référentes en elles-mêmes, en situation de handicap. Donc  
180 voilà, aujourd'hui je trouve que ça, ça peut être un très bel alors interlocuteur, en tout cas à ce sujet-là  
181 et pour pour la suite aussi. Donc il y a une notion de pairémulation aussi avec eux. Bah si après, c'est  
182 l'éducateur quand même, on a **notre éducateur qui participe aux sorties** qui voilà, je vois, là on va  
183 organiser une sortie Handiéqui. Justement, **en étant référente hippothérapie on propose du coup**  
184 **l'activité aussi hippothérapie** alors bien évidemment, je pense à à cette jeune femme qu'on a en ce  
185 moment à laquelle on va proposer des soins au cheval dans le cadre de l'ergo parce que parce que parce  
186 que en fait, c'est une passionnée de cheval alors après sa chute et son accident, c'est une chute de  
187 cheval mais mais c'est aussi du coup une reprise de l'activité hein quelque part, hein, prendre soin du  
188 cheval et du coup bah c'est aussi prendre soin d'elle. Donc moi cette activité là c'est vrai que je trouve  
189 ça super en fait, parce que c'est une activité qui est globale et au même titre qu'on fait de la cuisine,  
190 ben là on on fait du cheval. Alors voilà, les objectifs sont différents, ça peut être de la **reprise d'activité**  
191 **de loisirs** mais mais dans le même cadre collégial dont je parlais tout à l'heure bah c'est aussi **rapport à**  
192 **son corps, aux reprises de confiance, valorisation, renforcement global, travail de l'équilibre**. Et donc on  
193 a, on met de nombreux médullaires à cheval et c'est des supers moments parce que c'est aussi dû sortir  
194 hors les murs. Voilà, on est dehors dans un autre cadre, on et puis avec cette notion de médiation  
195 animale, voilà le cheval renvoie les choses et et c'est c'est, c'est super. Enfin, moi, je voilà, je prône cette  
196 idée-là alors je suis pas objective, mais c'est aussi une activité. Donc donc voilà et donc là on va organiser  
197 de sortie pour les patients, qu'ils aillent voir un petit peu ce qui se fait à monte en en monte en attelage  
198 et à pied dans de l'adaptation. Donc, c'est aussi la découverte qu'on doit dire pour certains.

199 **M : C'est super. En parlant de loisirs, comment, pour vous la lésion médullaire impacte ces activités-**  
200 **là, de loisirs ?**

201 E5 : [rires]. Comme tout l'impact de **la qualité de vie qui est largement détérioré au moment de la lésion**  
202 **médullaire, les loisirs en font partie**. Donc forcément ce que je disais, **il y a des y a des y a des grandes**  
203 **déceptions pour certains et des grandes frustrations**. Ouais c'est c'est c'est quel que soit le loisir en fait,  
204 hein qui soit sportif, soit créatif qui soit, bah **c'est une vraie remise en question de de son loisir et c'est**  
205 **un vrai réapprentissage et et une réappropriation à faire**. **Donc, donc c'est vrai que c'est, c'est, c'est**  
206 **important, de prendre en compte. C'est ce qui fait notre vie en fait, hein les loisirs c'est des occupations**  
207 **à part entière hein.**

208 **M : Quelles seraient les causes de la lésion médullaire qui impactent ces activités-là ?**

209 E5 : L'impact fonctionnel au niveau moteur final ?

210 **M : Par exemple, ouais par exemple.**

211 E5 : Ouais ok. Oui bah je crois que **le principal c'est l'impact, l'impact fonctionnel effectivement, avec**  
212 **une modification des des capacités motrices pures**. C'est pour ça que c'est d'autant plus compliqué pour  
213 un tétraplégique paraplégique parce que le paraplégique, à partir du moment où il peut se déplacer,  
214 aujourd'hui a quand même plein d'activités qui peuvent se pratiquer assise en fait. Donc voilà une sangle  
215 pour tenir et puis hop, c'est parti pour plein de choses en fait. Et puis bah après, c'est vrai que **la**  
216 **personne, elle en institution encore forcément coupée de son environnement social euh matériel euh**  
217 **humain pendant ces mois de ces jours en en hospitalisation forcément c'est un frein à la reprise de tout**  
218 **ça.**

219 **M : Ca marche, et ne plus au niveau de l'activité sportive, vous, comment vous abordez cette activité**  
220 **dans votre suivi, ergothérapie quand vous recevez une personne lésée médullaire ?**



221 E5 : Comment je l'aborde ? Bah c'est ce que je disais tout à l'heure je vais l'aborder par l'entretien en  
222 fait. C'est, voilà que « qu'est-ce qui qu'est-ce qui est important pour vous, qu'est-ce que vous faisiez  
223 avant, qu'est-ce que vous avez envie de faire maintenant ? ». Euh ouais, c'est de l'entretien  
224 ergothérapeutique et puis après la problématique, souvent je trouve moi, c'est que en fait, quand les gens  
225 ont des demandes, c'est pas un souci, c'est très facile parce qu'on par de ça. Même si des fois on se dit  
226 oula, alors ça, ça va être chaud maintenant, voilà, j'entend, je dis à la personne que j'ai entendue. Il y a  
227 des fois où je dis « bah là, tout de suite maintenant ça va être compliqué, mais j'y réfléchis », j'arrive  
228 enfin, je pense qu'il faut pas aussi oser, non enfin, il faut oser plutôt mettre aussi à distance des fois  
229 parce que ça peut être un peu la pression qu'on se met en tant que professionnel, c'est dire « oula oula  
230 mais j'ai jamais réussi à répondre à ça moi » donc en fait il y a deux solutions, il y a la personne qui se  
231 dit « oula j'ai pas entendue » comme ça hop, je m'en occupe pas et en fait on fait l'autruche, ce qui est  
232 pas à mon sens bon, mais qui peut être c'est un moyen de défense hein du thérapeute donc euh voilà,  
233 on se défend comme on peut aussi avec nos, nos nos, notre sensibilité aussi, j'envie de dire. Et puis  
234 l'autre derrière y aller tout de suite, à fond et en fait de de mettre tout le monde en échec, ce qui peut  
235 être aussi un peu, je pense, l'erreur plutôt que de dire « voilà là, j'ai entendue, je sais pas encore  
236 comment y répondre euh, on va réfléchir ensemble, je vais y réfléchir aussi de mon côté, je me  
237 renseigne » parce que y'a ça aussi, c'est l'ergo il a aussi cette cette possibilité de pouvoir faire appel à  
238 tout ce qui est assos tout ce qui est bah, partenaire extérieur en fait hein. Donc c'est de prendre le temps  
239 de cette recherche-là, voilà fouiller sur internet aujourd'hui y a plein de choses aussi, donc c'est c'est  
240 chercher ensemble finalement. Je trouve que moi la, la prise en charge du lésé médullaire, c'est un vrai  
241 travail ensemble en fait. Euh et en rendant le patient acteur qui est aussi une des préconisations, hein,  
242 de centrer sur lui et de le rendre acteur. Donc ça part de lui, j'entends alors on sait pertinemment  
243 aujourd'hui que des choses, ça va être ultra compliqué d'accès. Mais en fait, notre rôle, c'est du coup  
244 de pouvoir semer, semer des graines de, de, de proposer des choses, donc de façon informelle au cours  
245 de séances euh c'est de déposer des choses, faire des propositions au cours de de des échanges et des  
246 discussions qui vont permettre de faire cheminer en douceur, en fait la personne, voilà. Soit dans un  
247 deuil de l'activité alors deuil de l'activité telle quelle ou un deuil de l'activité comme pratiquée avant. Et  
248 puis y en a d'autres en ben ouais c'est faisable et puis bah là hop, on prend les contacts et on n'y vas  
249 mais quand ça faisable, c'est c'est pas problématique.

250 **M : vous avez évoqué quelques rôles, donc je me permets de revenir là-dessus. Quels sont pour vous**  
251 **les rôles que l'ergothérapeute peut avoir dans un processus de reprise sportive ? Donc ce que**  
252 **j'entends par processus de reprise sportive, c'est une personne qui était sportive avant sa lésion et**  
253 **qui veut reprendre l'activité sportive ?**

254 E5 : Un rôle d'écoute, rôle de réorientation ou d'orientation vers des professionnels ou des justement,  
255 des associations, etcetera euh un rôle d'adaptation avec les aides techniques, rôle de mise en situation  
256 parce que ça nous arrive aussi de faire avec eux justement pour tester. Donc en termes d'organisation,  
257 hein, je vois la kiné qui est allée là avec quelqu'un mais à la piscine à piscine municipale je crois pour  
258 voir comment c'était jouable, enfin voilà. Euh qu'est-ce que j'aurai oublié comme rôle ? Un rôle de  
259 réassurance hein, je pense que clairement y'a ça aussi. C'est aussi donner les possibilités, d'offrir des  
260 possibilités parce que des fois, on se rend pas compte que la personne ne se rend pas compte  
261 finalement, qui y'a des choses aussi qui sont possibles, donc elle se l'interdit. Et c'est aussi de de  
262 montrer le possible, voilà. Donc rôle d'information du coup j'ai envie de dire là. Moi, j'ai une petite vidéo,  
263 voilà qui a été fait par une patiente tétraplégique qui en fait s'est testée ben justement, cette maîtrise  
264 de ce qu'il a et en fait, qui a testé mais mille sports avant et on a fait une vidéo et du coup elle m'a donné  
265 l'autorisation et c'est quelque chose que je peux montrer aux patients. En disant « bah tu vois, elle est

266 tréta, voilà ce qu'elle a fait quoi ». Euh donc d'information, ouais ça c'est important aussi. Est-ce que j'ai  
267 oublié quelque chose [réfléchi]. Bah après il y a forcément ce rôle de rééducation pour les prérequis,  
268 c'est à dire que c'est « ok, là il va te falloir faire ça, ben là on va les renforcer ou on va aller chercher, il  
269 va falloir d'abord que t'arrives à te pencher à ton fauteuil, sur ton fauteuil et donc c'est travailler les  
270 prérequis aussi en termes de rééducation pure ». C'est de l'aide à la recherche parce que, parce que des  
271 fois, on n'a pas les, on n'a pas les informations et que du coup ça va être d'aider la personne dans dans  
272 ses recherches en elle-même, que ce soit en termes de matériel grand public, de recherche justement  
273 de ce qui pourrait être fait même si c'est pas nous qui faisons l'adaptation mais ce qui pourrait être fait  
274 ou de ce qui existe en commerce. Ouais donc cette cette veille-là, recherche personnalisée, je pense  
275 qu'elle est importante aussi.

276 **M : d'accord et selon vous, qu'est-ce que du coup, ce professionnel, enfin, l'ergothérapeute peut**  
277 **apporter, en plus des autres professionnels du sport ?**

278 E5 : Ben la partie d'adaptation, clairement je pense qu'elle est spécifique à l'ergothérapie. Nous, c'est  
279 pour ça qu'on intervient le plus parce que après si je reprends les rôles, information ça peut être fait par  
280 d'autres professionnels. Après, on a l'avantage d'avoir cette vision globale de connaissance de la  
281 personne, de ses capacités, de son mode de vie, enfin voilà, nos modèles, je dirais quels tels qu'ils soient,  
282 hein ergo nous permettent de prendre en compte tous les éléments qui vont pouvoir impacter la reprise  
283 ou la ou la ou l'activité qu'elle soit nouvelle ou pas. Voilà donc ça, ça, c'est la vraie spécificité de  
284 l'ergothérapeute.

285 **M : D'accord, vous avez dit la vision globale et un peu l'adaptation du matériel aussi, est-ce que vous**  
286 **voyez d'autres compétences propres de l'ergothérapeutes qui peuvent justifier les rôles que vous**  
287 **avez cités ?**

288 E5 : [Silence]. Bah dans la vision globale, c'est la prise en compte de l'environnement et de de et de  
289 l'entourage quand on va penser activité sportive. Enfin, je pense que ça qui est très spécifique au métier  
290 quand même. Ben toutes ces notions, ces concepts qu'on peut retrouver un peu dans l'ergothérapie,  
291 qui sont des sciences de l'occupation en fait, hein. L'occupation en fait hein l'occupation, c'est le propre  
292 de l'ego je veux dire, enfin. C'est c'est, c'est notre c'est notre spécificité, en fait, c'est la reprise des  
293 occupations donc telles quelle soient. Et ça, c'est très, très ergo.

294 **M : D'accord, et juste avant, vous avez évoqué des mises en situations aussi ? est-ce que vous pouvez**  
295 **développer s'il vous plaît ?**

296 E5 : Ouais, alors les mises en situation, ça peut être de différents ordres, ça peut être la mise en situation  
297 pour tester du matériel, tester une installation, tester une technique, tester, voilà. Ca peut être la mise  
298 en situation pour expérimenter quelque chose de nouveau dans des conditions favorables puisque du  
299 coup on est voilà l'expérimentation à l'aveugle parce que des fois, ça peut faire peur à la personne et là,  
300 en fait, c'est l'expérimentation accompagnée, on va dire donc dans un cadre confortable pour la  
301 personne sécuritaire comme je parlais du cheval tout à l'heure. En fait, on est là ou jamais ça me serait  
302 venu à l'idée en fait de monter à cheval. Donc c'est de ouais, c'est de mettre en condition favorable à  
303 personne pour qu'elle puisse essayer, réessayer, découvrir voilà, pratiquer s'entraîner avant de pouvoir  
304 laisser la main quoi.

305 **M : Je vois et est-ce que vous, personnellement, vous avez déjà accompagné une personne qui voulait**  
306 **reprendre, enfin qui était sportive avant sa lésion et qui voulait reprendre l'activité sportive ?**

307 E5 : Antérieur, la même que antérieure ou ?

308 **M : Euh, oui, antérieur et et après une autre ? Enfin une activité signifiante en fait enfin, qui était**  
309 **signifiante.**

310 E5 : Ah oui, d'accord. Parce que j'allais dire, je pense que activité antérieure je pense que j'en ai pas  
311 beaucoup eu parce que c'est ce que je disais, en fait, les gens se dirigent souvent vers d'autres activités  
312 finalement. Après oui, moi j'en ai déjà accompagné alors, qu'est-ce qui me vient en tête là, comme ça  
313 [réfléchie]. Kayak où là on a fait des mises en situation en piscine tout par les mises en situation donc.  
314 Donc voilà, on prend le matériel, on fait des adaptations et puis bah à un moment donné, faut aller  
315 tester, voir en vrai ce que ça fait, donc bah on se met en situation. Donc on a été avec la kiné en piscine,  
316 dans le kayak, enfin, la personne est dans le kayak et puis bon ben ça a permis de valider ou ou de  
317 justement de venir modifier, de continuer faire de rendre perfectible, en fait la l'adaptation donc ça on  
318 a dû faire deux/trois fois. Avec on, on a des sorties kayak aussi, donc c'est aussi quelque chose qu'on  
319 fait dans ce cadre-là, donc ça aussi je l'ai fait. Ben avec l'hippothérapie, bien sûr que oui je l'ai fait parce  
320 que du coup effectivement j'ai eu des reprises de d'activité du cheval aussi dans ce cadre-là. Euh qu'est-  
321 ce qui me vient à l'esprit comme ça en sport [réfléchie]. De nouvelles activités sportives, ça va être ben,  
322 tout ce qui est handbike, donc ça beaucoup en lien avec les APA pour le coup. Après ça dépend où on  
323 arrête l'activité sportive [rires]. C'est vrai qu'aujourd'hui, la limite entre l'activité sportive et la le loisir  
324 et en sachant que ce qu'on voit en comment, à la télé, en sport peut des fois faire sourire en fait. Donc,  
325 le tennis de table, bien évidemment, ça en a fait des adaptations très souvent. Euh, la sarbacane pour  
326 le coup qui reconnue activité sportive pour les grands tétras, on a fait des adaptations de de casques, le  
327 casque avec flexible avec les licornes enfaite pour pouvoir s'atténuer sur la tête et que ce soit plus précis.  
328 Qu'est-ce qui vient comme ça [réfléchie]. Non comme ça, d'emblée, je vois pas.

329 **M : Ouais et du coup les les exemples que vous avez évoqués pour uniquement ceux qui reprenaient**  
330 **en fait tous ceux qui reprenaient une activité donc qui était signifiante, qui avait du sens pour la**  
331 **personne, comment vous les avez accompagnés à la sortie du centre du coup ?**

332 E5 : Bon, c'était beaucoup après des orientations vers vers club, il y a des clubs du territoire en fait. Et  
333 puis après, il y a une partie qui finalement l'activité parce que à la sortie c'est pas simple quand même  
334 d'intégrer tout de suite ça qu'il faut aussi prendre un rythme de vie donc c'est pas forcément ce qui est  
335 fait en en premier.

336 **M : Ok. Du coup, toujours au niveau de l'activité sportive, qu'est-ce que vous pensez-vous de**  
337 **l'intégration de cette activité dans la prise en charge ergothérapique, pour une personne lésée**  
338 **médullaire, qui était sportive avant sa lésion ?**

339 E5 : Ben c'est évident qu'il faut le prendre en compte parce que c'était une habitude de vie de la  
340 personne avant, après après faut pas vouloir à tout prix le faire tout de suite en se disant « oh là, elle  
341 était sportive, faut vite qu'on le remettra l'activité ». Je pense que c'est une histoire de temporalité dans  
342 le séjour, dans le parcours de soin euh que ça doit de venir, c'est d'ouvrir les possibilités à la personne  
343 mais attendre que ses demandes viennent d'elle et lui faire découvrir d'autres choses. Donc c'est  
344 important de de toute manière, il faut l'intégrer c'est sûr comme tout d'occupation en fait, hein.

345 **M : d'accord.**

346 E5 : Et après, seul, ergo. Ben pour le coup c'est sport. Je trouve parce que parce que parce qu'en fait ça  
347 demande quand même au niveau matériel et et et dispositif et moyen pour pouvoir le le mettre en  
348 pratique et en place. Et donc je disais, nous, on a la chance d'avoir un gros service de sport avec un  
349 environnement aussi, puisqu'on a le parc, on a l'accès à la mer, aux activités nautiques. Voilà, on est, on  
350 est très ouvert là-dessus mais c'est vrai que l'ergo tout seul, je pense sans un environnement, des  
351 partenaires, etcetera c'est compliqué, on peut pas tout faire.

352 **M : Oui.**

353 E5 : puis ça demande une veille quand même par rapport au matériel, quand on voit aujourd'hui tout le  
354 matériel qui existe euh ça me fait penser à la pêche [rires], c'est pour ça, je disais le sport mais mais en

355 fait, la pêche peut être pratiquée comme un comme une pratique sportive et et j'ai un gars qui pratiquait  
356 la pêche et alors, qu'est-ce que j'en ai découvert de la pêche et par contre c'est ça je trouve que c'est  
357 super riche en fait pour le pour le pour nous, en tant que professionnels, c'est que bah moi là, je me suis  
358 lancée dans la pêche mais alors le week-end, je vivais pêche quoi [rires]. Je, je rencontrais, je me rappelle  
359 toujours avoir été chercher une pizza, une pizza, rien à voir et en fait, les gars, le conjoint de la de la  
360 Pizzaiolo revenaient de de de pêche, je dis « ouais, vous pêchez et comment vous pêchez ? ». Et en fait  
361 ben je viens de lui amener la situation en fait de mon gars à tétra qui voulait pêcher et qui me dit « ah  
362 mais il existe pas », « bon attendez je note » et en fait voilà de de fil en aiguille. Du coup lundi je reviens  
363 je lui dit « tu connais ça », il dit « non, je connais pas ». Il est allé voir sur internet, il s'est commandé des  
364 moulinets spéciaux, enfin et on a été pêché enfin et et et par contre, si ça c'est, c'est génial, la vie en  
365 fait tout simplement, c'est la vie [rires].

366 **M : c'est sûr. Et pour vous, quelles sont les plus-values que l'ergothérapeute intègre l'activité sportive**  
367 **signifiante dans ces prises en charge pour ces personnes-là ?**

368 E5 : alors, d'un point de vue rééducation pure, c'est euh renforcement. Alors travail de tout en fait de  
369 tous les axes, de la rééducation pure donc travailler l'équilibre donc c'est pour ça que même si la  
370 personne n'est pas sportive j'ai envie de dire, c'est pour ça qu'à un moment donné nous vient lui  
371 proposer alors après on adapte en fonction de ce qu'elle aime, mais mais mais en tout cas, il y'a un vrai  
372 bénéfice physique euh moteur global que ça soit de récupération, mais aussi de de réadaptation de son  
373 corps hein avec trouver des compensations, etcetera. Après, y a bien surtout le versant plaisir, le  
374 bénéfice, prendre du plaisir et puis ben on sait que ça, ça valorise, ça augmente l'estime de soi euh y'a  
375 aussi toute la notion de de d' empowerment, de de de sentiment d'auto efficacité ce qui ce qui  
376 augmente la motivation. Moi, que je traite dans mon voilà, c'est euh si on augmente notre sentiment  
377 d'efficacité bah pour la personne c'est du mieux agir. Donc y a toutes ces notions là en fait qu'on peut  
378 retrouver le la notion de dépassement de soi aussi donc tout, toute cette sphère, après la sphère  
379 physique, j'ai envie de dire, toute la sphère psychologique et puis après, il y a toute cette sphère sociale,  
380 sociale et aussi comment dire ouais, on va diviser tout ce qui est social donc c'est la mise en relation aux  
381 autres, tout simplement. Donc ça fait une partie d'une réintégration finalement, ça favorise ce processus  
382 de ce qu'on appelle de réadaptation et puis et puis après, il y a la toute la sphère, je sais pas comment  
383 l'appeler. Ouais, ça va être la sphère psychologique, tout ce qui est richesse personnelle,  
384 interpersonnelle, sociale et j'avais pensé à un autre truc ouais bah sphère occupationnelle tout  
385 simplement. Avoir des choses, une activité signifiante avoir quelque chose qui a du sens pour soi, donc  
386 c'est donc, c'est ce, se à se rendre utile parce qu'il y a pas d'obligation, mais d'efficacité en fait, de par  
387 la personne.

388 **M : Et vous pensez que l'ergothérapeute est légitime d'investir ce champ et pourquoi ?**

389 E3 : [rires]. Ben bien sûr que oui la, l'ergothérapeute est légitime, au même titre que toutes les  
390 occupations. En fait, c'est une occupation à part entière, donc à partir du moment où c'est l'occupation,  
391 l'ergothérapeute et légitime. Après le pourquoi, ben je pense que c'est tout ce que j'ai dit à la question  
392 d'avant, pour retrouver justement tous ces rôles, cette partie rééducation objective, rééducation et  
393 aussi tous ses rôles dans sa vie, voilà. Et puis que voilà, la personne trouve du sens, effectivement je  
394 pense que la notion de sens et de plaisir et elle est extrêmement importante car elle est plus investie.  
395 Voilà après, comme je disais, on n'est pas, on peut pas le faire seul.

396 **M : super merci, et ben du coup, moi c'est tout bon pour mes questions. Est-ce que vous voulez**  
397 **rajouter autre chose ou vous avez des remarques ?**

398 E5 : non, ça me paraît ouais, je pense qu'on a balayé pas mal.

399 **M : super, encore merci d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions, ça va m'apporter des**  
400 **informations très intéressantes à analyser. Si vous êtes intéressée, je peux vous envoyer mon**  
401 **mémoire à la fin de l'année, fin quand je l'aurai fini (rires).**

402 E5 : et ben derien et oui avec grand plaisir. Toute façon vous avez mon mail donc c'est bon.

403 **M : oui c'est tout bon. Bonne journée.**

404 E5 : bonne journée, aurevoir.

## Annexe O : Retranscription intégrale E6

[Début de l'enregistrement]

1 **M : parfait donc pour commencer est-ce que vous pouvez vous présenter un peu, brièvement,**  
2 **présenter votre parcours professionnel ?**

3 E6 : alors, moi je suis diplômée de 2019 donc c'est pas si vieux que ça finalement 4 ans. Depuis mon  
4 diplôme j'exerce dans un centre de rééducation et de réadaptation dans un secteur de neurologie en  
5 hospitalisation complète. Bah j'ai toujours fait de la neurologie, j'ai fait un tout petit peu de lésions de  
6 l'appareil locomoteur, mais c'est pas du tout la principale fin le le le, la grosse partie de ma mon activité,  
7 là c'est vraiment la neurologie centrale et périphérique. Voilà, et j'ai jamais changé de, jamais changé  
8 de de secteur on va dire.

9 **M : alors si j'ai bien compris ça fait depuis 2019 que vous êtes dans centre ?**

10 E6 : ouais, oui. Ça été inter-coupé par le COVID mais globalement oui, depuis 2019.

11 **M : et vous êtes diplômé d'où, de quelle école ?**

12 E6 : de l'ife de X [France], au niveau de la de l'antenne de Lille donc, le l'école de Lille en fait, mais ça fait  
13 partis de Berck.

14 **M : ok. Et est-ce que vous avez des formations complémentaires en plus de l'école d'ergothérapie ou**  
15 **pas ?**

16 E6 : alors j'ai mon diplôme d'éducatrice thérapeutique fin d'éducation thérapeutique et j'ai une licence  
17 sciences pour la santé que j'ai fait en même temps fin j'ai fait un double cursus euh pendant mes études.  
18 Enfin c'était la c'était le cursus quasi-normal de tous les ergos de X. Voilà donc j'ai ces 3 diplômes là et  
19 après des formations en interne sur tout ce qui était AVC et cetera, mais pas d'autres formations euh  
20 voilà, pas d'autre formation complémentaire. Je devais justement faire une formation blessé médullaire  
21 mais on a eu des petits soucis au niveau des formations donc elle se fait pas finalement cette année.

22 **M : Super donc là, toutes les questions que je vais vous poser, ça concerne vraiment euh enfin, c'est**  
23 **basé sur la population de blessés médullaires. Est-ce que vous pouvez me dire ce qui est important**  
24 **de mettre en place dans une prise en charge en ergo pour ces personnes-là en phase de rééducation ?**

25 E6 : alors [beug informatique]. Euh euh ça dépend vraiment du du type de lésion fin je sais pas de quelle  
26 lésion on parle si c'est une lésion haute, basse, cervicale, thoracique, lombaire ou si c'est en globalité.

27 **M : c'est en globalité, je ne fais pas de différence dans ma recherche, fin j'inclue toutes les personnes**  
28 **lésées médullaires, peu importe le niveau de lésion.**

29 E6 : d'accord, OK tous les tous les cas. Alors moi quand un patient arrive dans le service, ma priorité  
30 c'est l'indépendance et l'autonomie dans les activités de vie quotidienne, donc ça passe déjà par la  
31 fourniture d'un fauteuil roulant manuel ou électrique suivant le suivant le profil du patient. Ensuite, ça  
32 va être une indépendance toilette/habillage pour pouvoir cerner les besoins, les difficultés du patient  
33 vraiment dans ses activités de base de vie quotidienne. Euh et ensuite, suivant, encore une fois, suivant  
34 le le profil une fois qu'on a vu ça on peut faire passer ce qu'on appelle l' OT Hope. C'est un bilan  
35 occupationnel enfin un bilan des occupations qui permet de de cibler et de de laisser le patient  
36 autodéterminer ses objectifs. Euh et avec le bilan OT hope, on cible les attentes du patient donc ça peut  
37 aller du vraiment du de l'activité de basique de la vie quotidienne à l'activité de la plus développée donc  
38 par exemple du sport ça peut en faire partie et en fonction des objectifs qui va choisir on va travailler  
39 sur ces objectifs-là précisément mais globalement les patients ce qu'ils me disent toujours c'est  
40 retrouver mon autonomie même si on va dire que le mot autonomie est un peu mal utilisé (rires) par  
41 les patients et leur leur objectif c'est retrouver leur autonomie donc pour se déplacer, pour manger

42 seul, pouvoir se laver seul, retrouver leurs leurs loisirs. Enfin voilà, pouvoir reprendre leurs loisirs,  
43 pouvoir reprendre leur leur vie professionnelle. Voilà donc après on décline la prise en charge selon les  
44 besoins et le profil de chaque patient, il y a pas vraiment un profil type mais globalement après on fin  
45 quasiment tous les blessés médullaires vont bosser vont travailler sur l'équilibre pour le contrôle  
46 postural assis qui va permettre d'être vraiment beaucoup plus fin voilà qui va lui permettre de gagner  
47 en indépendance dans la vie de tous les jours quand même. Donc c'est un peu un gros, un gros pôle,  
48 l'équilibre aussi quand même chez le blessé médullaire.

49 **M : ok, merci. Vous en avez un peu parlé, mais du coup en phase de réadaptation qu'est-ce qui, selon  
50 vous, important vraiment à mettre en place ?**

51 E6 : en réadaptation, alors ça va être déjà on va faire la visite à domicile qui va permettre de cibler les  
52 besoins du patient chez lui, voir comment on peut adapter et aménager le logement pour que ça  
53 réponde à ses besoins euh et après de ça va en découler vraiment le choix de toutes les aides techniques  
54 qui vont être nécessaires au patient. Donc ça va passer par le fauteuil roulant, ça c'est un un gros pôle  
55 pour les blessés médullaires, un gros point euh que ce le manuel ou l'électrique, y a beaucoup d'essais  
56 qui vont être mis enfin, qui vont être réalisés donc euh c'est vraiment quelque chose qui fout prendre  
57 assez tôt dans la prise en charge mine de rien. Donc le choix du fauteuil roulant, le choix des aides  
58 techniques et ensuite ça va être l'évaluation à la conduite automobile, ça va être éventuellement  
59 accompagner le patient à l'extérieur le pour vérifier que son environnement vraiment extérieur pas le  
60 l'environnement intérieur mais l'environnement extérieur est adapté. Est-ce qu'il arrive à aller au  
61 cinéma, est-ce qu'il arrive à aller où il veut aller, ça peut être le sport, est-ce qu'il arrive à aller chez son  
62 médecin etcetera, voilà.

63 **M : d'accord, et comment vous vous y prenez dans votre intervention ergo pour ramener la personne  
64 dans les activités qui ont du sens pour elle, donc qui sont significantes ?**

65 E6 : euh ben c'est justement là l'utilité du bilan OT'hope, je sais pas si vous le connaissez, ce bilan-là il  
66 est vraiment top parce qu'il permet vraiment de balayer euh il me semble qu'il a trois cents ou quatre  
67 cents activités fin des centaines d'activités possibles et ça balaie vraiment tout type d'activités de la vie  
68 quotidienne et en fait le patient il va choisir les activités qui ont vraiment du sens pour lui euh et après  
69 de prioriser les activités euh il va choisir euh quelle activité il choisit de mettre dans la colonne oui, parce  
70 que y'a plusieurs colonnes, quelle activité il choisit de mettre dans la colonne oui et donc quelle activité  
71 il choisit de travailler en ergo ça c'est vraiment le le meilleur, un des meilleurs moyens pour investir le  
72 patient dans sa prise en charge. Et après on peut coupler ça à la prise en charge enfin à la à l'utilisation  
73 du du MCREO donc le modèle qui qui qui voilà qui qui couple vraiment avec l'OT hope. Donc, voilà, ça  
74 c'est vraiment la le la chose fin le bilan qu'on peut utiliser qui va vraiment, nous, enfin, qui va permettre  
75 aux patients d'avoir une prise en charge qui est vraiment adaptée à ses besoins quoi donc avec des  
76 activités significantes significatives. Après, pour les patients qui ne peuvent pas utiliser l'outil OT'hope de  
77 par leur leur difficulté cognitive, ça va être de l'entretien, ça va être un échange avec l'entourage pour  
78 voilà pour cibler comprendre un peu le à comprendre et ouais de comprendre on va dire  
79 l'environnement et le comprendre, la, la manière de fonctionner du patient avant son accident. Et après,  
80 voilà, on fait on peut proposer des exercices à des patients si on voit qu'ils accrochent bah tant mieux  
81 on continue et puis si ils accrochent pas on change.

82 **M : d'accord. Et dans votre service, comment ça se passe au niveau de l'activité sportive ? Est-ce que  
83 cette activité elle est proposée ?**

84 E3 : oui alors nous, on est, on a des des profs enseignants en activité physique adaptée donc les profs  
85 APA qui sont plus spécialisés, fin spécialisée ouais qui sont même plus spécialisés que nous dans l'activité  
86 physique adapté. Donc nous quand le patient nous fait part d'une d'un souhait de reprise d'activité

87 physique, on va les orienter vers les profs APA pour qu'ils puissent échanger avec eux sur voilà quelles  
88 sont les difficultés vraiment de rencontrer leur activité physique, comment eux ils pourraient adapter  
89 l'activité pour qu'elles corresponde aux patients. Et après, nous on peut être amené aussi à à intervenir  
90 dans ce dans ce type de prise en charge, si il faut aller voir est-ce que la salle de sport est accessible, on  
91 peut lui proposer proposer aussi des de de des livrets ou des des listes de l'activité ben de de club de  
92 sport adapté par exemple. Et euh on peut être aussi amené dans dans l'endroit où je travaille à réaliser  
93 un ETP, alors y a pas malheureusement y a pas d'ETP blessé médullaire spécifique mais on a des ETP  
94 AVC et des ETP amputés dans laquelle est évoqué l'activité physique adaptée, donc on pourrait imaginer  
95 aussi que voilà quelque chose qui puisse être transposée pour les blessés médullaires.

96 **M : vous savez à peu près à quel moment l'activité sportive est proposée et dans quel but elle est**  
97 **proposée ?**

98 E6 : alors celle par les profs APA ou en réadaptation plutôt ?

99 **M : par les profs APA puis en réadaptation ?**

100 E6 : alors il le globalement les profs APA sont très vite inclus dans la prise en charge des patients parce  
101 qu'on est vraiment sur une prise en charge pluridisciplinaire donc dès leur entrée en fait le médecin va  
102 prescrire de la kiné, de l'ergo, la psychomotricienne etcetera, et de la de la activité physique adaptée.  
103 Donc là les patients ont vraiment à visée rééducative, les patients vont directement être mis dans le  
104 circuit, on va dire et après pour tout ce qui est réadaptation pour tout ce qui est reprise de l'activité  
105 sportive, enfin reprise d'activité sportive post post hospitalisation là on va l'inclure bah quand le patient  
106 va en faire la demande ou quand la famille va en faire la demande ou quand on sait on l'a vu un peu  
107 accroché à une activité et on se dit bah tiens il faudrait qu'on lui trouve un club adapté, etcetera donc  
108 alors pour la phase réadaptative, c'est vraiment plus à la fin de la prise en charge parc que c'est pas  
109 forcément le le la priorité des patients qui arrivent chez nous mais pour la phase rééducative pour le  
110 coup c'est vraiment dès le début de la prise en charge.

111 **M : super merci. Donc vous avez évoqué le professeur APA un peu l'ergo, est-ce qu'il y a d'autres**  
112 **professionnels qui peuvent intervenir à travers cette activité ?**

113 E6 : alors, il y a les kinés forcément parce que parce que eux, ils sont vraiment spécialisés dans la  
114 rééducation aussi du mouvement donc donc qui c'est enfin, c'est vraiment une prise en charge  
115 pluridisciplinaire donc les kinés c'est c'est certain, l'assistante sociale éventuellement aussi parce que  
116 s'il y a des soucis d'ordre financier voilà acheter fin être amené à acheter un fauteuil adapté, etcetera  
117 bah on va sonner vers l'assistance sociale. Pareil les psychomotriciens ont complètement leur place  
118 parce que certains peuvent avoir des des difficultés ou enfin rencontrer des plus une problématique  
119 relation esprit pour faire un peu pour simplifier un petit peu mais et du coup on se dit que l'intervention  
120 d'un psychomotricien va être très importante pour qu'il puisse vraiment sentir les actions corps dans  
121 l'activité sportive et que ce soit complètement adapté donc c'est vraiment tous les vraiment tous les  
122 professionnels du plateau, vraiment qui sont concernés par l'activité sportive parce que ça fait partie du  
123 projet du patient. Si le projet de vie du patient, c'est vraiment dès son entrée « moi, je vais pouvoir  
124 reprendre le basket » et ben en fait, tout le monde va s'atteler à cet objectif personnel là et du coup  
125 tout le monde va graviter autour du patient, kiné, ergo, APA, psychomot, peut-être les orthoprothésistes  
126 si jamais y a des des choses à mettre en place, mais ça, j'ai jamais rencontré le cas pour l'instant en tout  
127 cas moi.

128 **M : d'accord et comment l'apparition d'une lésion médullaire va impacter l'activité sportive**  
129 **signifiante selon-vous ?**

130 E6 : bah déjà souvent quand on regarde une quand on regarde un un sport et une activité physique, on  
131 voit très rarement le côté un peu para voilà par para pas paralympique mais euh voilà. Liés au handicap,



132 tout simplement parce que dans chaque activité sportive, on a besoin d'équilibre, on a besoin d'avoir  
133 des préhensions qui sont adaptées, on a besoin d'avoir de la motricité, enfin de la flexibilité au niveau  
134 du tronc, on a besoin de, on a besoin de beaucoup de de de choses et en fait la lésion médullaire impacte  
135 toutes ces choses-là alors suivant le niveau de la lésion plus la lésion est haute, plus il y a des choses qui  
136 sont touchées, plus lésion basse moins forcément mais bah par exemple, pour un tétraplégique un  
137 tétraplégique C4 C5 C6 euh l'équilibre va être très précaire, les préhensions ne vont pas être efficaces,  
138 souvent ils se déplacent en électrique justement électrique en fauteuil roulant électrique les patients  
139 tétraplégiques donc bah forcément les déplacements ça impacte une activité sportive. Donc voilà, c'est  
140 tout bah toutes les comment dire, toutes les fonctions desservies par la moelle épinière ont mine de  
141 rien un rôle à jouer dans une activité sportive donc forcément lésion médullaire du l'air impacte une  
142 activité sportive. C'est très rare très ouais c'est très rare qu'un patient avec une lésion médullaire arrive  
143 à reprendre de manière complètement identique à avant son accident une activité sportive. C'est il y a  
144 forcément une adaptation, il y a il y a un manque d'endurance aussi souvent, il y a des douleurs qui  
145 apparaissent, douleurs neuropathiques qui vont impacter le la participation du patient.

146 **M : et plus au niveau de la prise en charge ergo vous, comment vous abordez la dimension sportive**  
147 **dans votre suivi ergothérapeutique quand vous recevez une personne lésée médullaire ? Vous avez dit à**  
148 **travers l'OT'hope, est-ce que vous pouvez développer davantage ?**

149 E6 : euh déjà fin il y a souvent dans la relation de confiance qui s'installe, le patient va très vite nous  
150 confier si s'il a été sportif ou pas avant donc déjà ça passe par le dialogue avant tout. Alors oui, oui y a  
151 l'OT'hope hein, on a comme je disais tout à l'heure mais y a pas que, hein. L'observation mine de rien  
152 un patient qui a une activité sportive ben physiquement souvent on peut le voir. On a des jeunes  
153 patients sportifs on voit ils disent très vite, moi avant je faisais du foot, moi avant je faisais de la basket,  
154 moi avant je faisais du ping-pong, ils nous disent très vite quand ça a du sens pour eux ça ils nous le  
155 disent très très vite. Et puis dans notre entretien initial et dans notre dans notre prise en charge, on  
156 questionne le patient sur toutes les sphères de sa vie de sa vie donc ça passe par la sphère loisir et donc  
157 la sphère activité sportive. Y'en a qui vont directement dire « non, moi je suis pas du tout sportif et j'ai  
158 jamais fait de sport mon loisir principal, c'est le canapé », ok donc dans ce cas-là on le sait. Par contre  
159 un patient qui va dire « bah moi avant j'étais très sportif » bah c'est aussi à nous d'aller dans la discussion  
160 « ah bon, quel type de sport ? » fin essayer de trouver fin de comprendre un peu. On n'a pas vraiment  
161 de bilan normé à ce propos quoi.

162 **M : donc quand une personne vous dit par exemple qu'elle est sportive, qui est ce que vous faites de**  
163 **cette information par la suite ?**

164 E6 : euh déjà en transmet directement au kiné prof APA fin en général on le sait tous hein, plus ou moins  
165 rapidement mais on fait passer l'information en équipe pluridisciplinaire pendant la synthèse par  
166 exemple. Euh et après on va on va facilement l'inclure on on a souvent des journées découvertes sports  
167 adaptés ou sorties dans un club de foot adapté etcetera, au centre et du coup on va plus facilement  
168 proposer aux patients aux patients de s'y inscrire et si il n'y pense pas, enfin, si les profs APA n'y pensent  
169 pas c'est à nous aussi de de de de nous tourner vers eux puisque c'est souvent eux qui organisent des  
170 sorties comme ça ou alors l'animateur aussi, ça peut arriver parce qu'on a un animateur au centre fin  
171 on a un médiateur culturel plus qu'un animateur. Et du coup, lui peut être amené à amener des patients  
172 découvrir certaines activités à l'extérieur donc c'est peut-être discuter de loisirs type opéra, théâtre  
173 etcetera mais ça peut aussi être activé de loisir type sport. Voilà donc dès qu'on a l'information on  
174 transmet l'équipe et après on voit vraiment globalement comment nous, on peut agir sur ce, sur ce  
175 point-là quoi.

176 **M : d'accord, et est-ce que vous vous aviez personnellement accompagné une personne lésée**  
177 **médullaire pour qui l'activité sportive était signifiante ?**

178 E6 : oui oui oui, je sais pas si tu veux que je fasse un peu le ?

179 **M : oui, je veux bien que vous développez s'il vous plait.**

180 E6 : euh c'était un patient tétraparétique suite à un accident de moto, un jeune il avait dix neuf ans il  
181 me semble qui était basketteur, qui vivait que par le basket et du coup qui euh nous a exprimé dès son  
182 entrée « moi je veux pouvoir faire du basket » donc on été au courant [rires].

183 Par exemple, typiquement on a on a accès dessus et du coup on a on a utilisé des moyens euh fin tout  
184 le long de la prise en charge a utilisé des moyens qui étaient signifiants pour lui : trouver de l'équilibre  
185 ok mais on va pas travailler l'équilibre juste avec des pions, pourquoi pas utiliser un ballon de basket,  
186 lui faire faire des passes et voilà pareil, les préhensions y avait un déficit au niveau des préhensions et  
187 comment comment comment euh on peut adapter fin pas comment adapter mais comment on peut  
188 inclure le basket dans les préhensions donc c'était dans mes souvenirs on avait fait un, on lui avait fait  
189 de mettre un maillot de basket euh voilà c'est des choses vraiment utiliser des outils et des des et des  
190 médiateurs de rééducation vraiment signifiants. Et et voilà donc c'était un patient tétraparétique donc  
191 pas tétraplégique donc il était pas en fauteuil roulant électrique, au tout début il était en électrique mais  
192 très rapidement on l'a passé en manuel puis il est il est il est sorti sans aide technique à la marche. Et  
193 et voilà et du coup après on l'a accompagné, on a travaillé sur l'endurance à la marche, on a travaillé sur  
194 l'endurance à la marche en se faisant des passes de ballon et après voilà lui il mettait en application tout  
195 ce qu'on voyait en kiné et en ergo il le mettait en application en sport où il fait de l'activité physique  
196 adaptée donc le basket. Dans un premier temps, il a fait du basket fauteuil parce qu'on a des on a un  
197 gymnase avec possibilité d'avoir du basket fauteuil au centre donc il y a des fauteuils qui sont adaptées  
198 avec un grand carrossage etcetera. Donc lui, il voilà dans un premier temps il était inclus dans cette  
199 activité, ça a permis de retrouver sans souci, donc trouver sens à sa prise en charge, il été beaucoup  
200 plus motivé, beaucoup plus investi et et puis il sentait que notre intervention était utile et donc voilà, il  
201 est reparti. Il a fait un 1/2 match de basket avant sa sortie et et voilà, ça lui son objectif est accompli,  
202 quoi. Après, ça reste difficile pour lui fin je l'ai revue y a pas très longtemps et ça reste difficile pour lui  
203 parce que ça demande beaucoup d'endurance et c'est très fatigant donc donc il peut pas en refaire au  
204 même niveau qu'avant mais ça a été un ça nous a permis de trouver des médiateurs de prise en charge  
205 beaucoup plus signifiants quoi.

206 **M : c'était il y a combien de temps à peu près que vous l'avez accompagnée ?**

207 E6 : c'était en 2019.

208 **M : Est-ce que vous en avez accompagné d'autres ?**

209 E6 : alors oui, c'est sûr mais alors là les les dossiers dans la tête je les ai plus trop. Euh [réfléchie] alors il  
210 y en qui ont découvert enfin pas découvert mais qui ont pris le goût et les activités sportives au centre,  
211 qui étaient là et qui étaient sportifs auparavant mais qui ont découvert les activités physiques adaptées  
212 et à qui à qui ça a plu pendant qu'ils en hospitalisation. Après ceux auquel je pense, c'était pas forcément  
213 des patients blessés médullaires, donc c'est un peu différent, ça rentre pas dans le cadre de la recherche.  
214 Euh y avais un boxeur mais ça c'était c'était une autre lésion. Euh, lui c'est vraiment celui qui me vient  
215 à l'esprit en premier quoi. On avait si j'ai déjà eu un cycliste qui aimait beaucoup faire du vélo et du coup  
216 on a testé en séance d'ergo avec un revendeur euh un vélo adapté, un vélo à bras qui lui a beaucoup  
217 plu et il l'a acheté par la suite.

218 **M : ces deux personnes, basketteurs et cyclistes, comment vous les avez accompagnés à la sortie du**  
219 **centre ?**

220 E6 : alors pour le basketteur en fait lui il est passé en hôpital de jour après l'hospitalisation complète,  
221 donc c'est les ergo de l'hôpital de jour qui ont pris le relais euh mais il a été suivi ben par les profs APA  
222 et et c'est surtout que quand il était à l'extérieur en hôpital de jour, il pouvait tester justement le basket  
223 le week-end avec les amis etcetera pour après nous faire un retour sur ce qui n'allait pas et ce qu'il fallait  
224 continuer à travailler et après sur l'autre personne j'avoue que j'ai pas eu plus de nouvelles mises à part  
225 via le revendeur qui qui disait ben voilà il utilise son vélo voilà tout va bien.

226 **M : d'accord. Dans ces situations quelles sont les compétences vous avez mis en œuvre ? les**  
227 **compétences vraiment propres à l'ergothérapeute.**

228 E6 : que pour ces c'est comme un peu tous les types de prise en charge mais déjà de l'écoute, l'empathie  
229 puisque pour eux c'est pas forcément facile de faire le deuil d'une activité sportive passée. Euh après  
230 les compétences, le dialogue euh [réfléchi] euh c'est un peu difficile de dire quelles sont les  
231 compétences que **c'est un peu toutes les compétences de l'ergo en fait**. La formation fin pas la formation  
232 mais l'éducation du patient, la patience aussi, ça demande beaucoup de patience un patient qui reprend  
233 une activité sportive ben c'est pas du jour au lendemain que ça se fait donc il faut aussi beaucoup  
234 d'adaptabilité et beaucoup réflé fin beaucoup se questionner, faire des recherches car ça tombe pas du  
235 ciel les centres de les des clubs adaptés à la sortie, ça tombe pas comme ça, donc il faut vraiment  
236 rechercher fin prendre du temps et la remise en question, ça c'est important parce que on peut proposer  
237 des choses à un patient et si ça convient pas ben il faut qu'on adapte donc se mettre en question, voilà,  
238 **faire beaucoup de beaucoup d'analyses d'activité**. On voit beaucoup ça à l'école et on vous dit c'est pas  
239 toujours très utile mais en fait, si c'est essentiel dans notre métier d'ergo donc euh donc voilà.

240 **M : ok, parfait et qu'est-ce que vous pensez de l'intégration de l'activité sportive dans une prise en**  
241 **charge ergo, pour une personne lésée médullaire qui était sportive avant son accident ? Enfin sa**  
242 **lésion.**

243 E6 : ah bah c'est **hyper important** et on va dire que **c'est hyper enrichissant** parce que **les patients qui**  
244 **sont sportifs avant leur leur lésion c'est quand même des patients qui sont dynamiques**, qui qui restent  
245 pas au fond de leur canapé donc en fait mine de rien **ils nous donnent beaucoup de médiateurs, donc**  
246 **c'est extrêmement intéressant**. **Ça permet aussi de découvrir des des adaptations, de découvrir des des**  
247 **enfin des choses qui existent qu'on connaissait pas avant** et puis et puis c'est surtout que ben voilà, c'est  
248 c'est on a pas souvent des patients très sportifs dans le service hein. Ca arrive hein mais patients très  
249 sportif des sportifs de niveau on a pas souvent en blessés médullaires mais mais forcément ça change  
250 parce qu'ils sont en général assez jeunes, qui ont envie d'avancer et et donc forcément ben **pour un**  
251 **ergo c'es hyper valorisant ben on a entièrement notre place dans cette prise en charge et on a**  
252 **entièrement notre place dans l'équipe pluridisciplinaire** pas tout seul, c'est fin on peut pas avancer dans  
253 ces projets-là tout seul. Donc ça, **ça permet de développer des liens aussi avec les autres professionnels**  
254 **et de de construire un projet** qui qui est beau quoi derrière c'est une c'est c'est pour certains tout le  
255 projet d'une vie le sport donc donc voilà.

256 **M : ok. Et pour vous quels seraient les rôles que l'ergothérapeute peut investir dans ce processus de**  
257 **reprise sportive pour coopérer avec les autres professionnels ?**

258 E6 : bah déjà des **mises en situation**, allez voir le patient en séance et se dire ben ok, à **faire style une**  
259 **analyse d'activité : qu'est ce qui pose problème pour le patient actuellement ? comment je peux faire**  
260 **en sorte qu'il arrive à réaliser cette activité de manière plus efficace efficiente ? euh faire des essais de**  
261 **matériel** euh mine de rien le **essayer un fauteuil de sport** il y a certes la place du prof APA mais il y a le  
262 **rôle de la place de l'ergo** parce que ben est ce que le patient avec ses déficits à **assez d'équilibre pour**  
263 **tenir avec fin avoir ce type de fauteuil ? est-ce que il arrivera à se propulser de manière efficace ?** Fin  
264 les **mises en situation**, faire des **sorties extérieures**, **accompagner le patient dans son club**

265 éventuellement pour vérifier donc le comme je l'ai dit tout à l'heure, l'adaptation de l'environnement.  
266 Et et voilà et pour certains, éventuellement, le les accompagner dans voilà dans des dans des  
267 compétitions, voilà pour euh pour vraiment voir en situation purement écologique, ce qui pose  
268 problème. Et après, c'est du conseil, c'est c'est aussi fournir comme je disais tout à l'heure, fournir une  
269 liste de clubs adaptés, de de leur fournir des enfin leur dire bah voilà, il y a des groupes Facebook fin ou  
270 peu importe des des groupes de soutien ou des groupes de de d'échanges sur le le sport adapté.

271 **M : ok super merci. Et du coup, quelle compétence propre à l'ergothérapeute, enfin, qu'est-ce que  
272 l'ergothérapeute de par ses compétences peut amener en plus des autres professionnels ?**

273 E6 : euh je pense l'œil l'œil enfin le l'œil global quoi [réfléchi], euh et si l'œil fin l'analyse des activités  
274 c'est ce que je disais toute à l'heure, c'est un c'est vraiment notre métier c'est de la définition même,  
275 c'est l'occupation, c'est l'analyse d'activité donc analyser l'activité et transmettre aux aux aux collègues  
276 voilà ce que nous on pense qu'il faut etcetera donc ça c'est vraiment le rôle le rôle propre qu'on peut  
277 être pas forcément les kinés qu'on peut être pas forcément les profs d'APA. Et après, encore une fois,  
278 la la compétence du conseil de matériel, de conseil de des techniques vraiment spécifiques au  
279 sport. Notre vision globale aussi fin d'avoir une vision large du patient.

280 **M : D'accord ça marche. Est-ce que vous pensez du coup que l'ergothérapeute est légitime  
281 d'intervenir dans enfin, de d'investir ce champ ? Et pourquoi ?**

282 E6 : légitime, oui légitime oui mais sans prendre la place des autres professionnels. On a tous notre rôle,  
283 on a tous notre place, on a tous nos compétences et c'est important de les respecter donc on a  
284 complètement notre rôle si on arrive à cerner les besoins du patient, si on arrive à à comprendre ce qui  
285 pose problème et si on voilà si si on comme je disais tout à l'heure, on arrive à se remettre en question  
286 et à dire « ok oui c'est une activité sportive et il y a des professionnels qui sont dédiés à l'activité  
287 physique, mais nous en tant qu'ergothérapeute on a cet œil d'évaluation a cet œil de de de fin  
288 d'analyse ». Et oui, on a on a notre rôle on on peut complètement accompagner des patients à  
289 l'extérieur avec un prof APA avec un kiné pour évaluer sa globalité, quoi. On a une place, heureusement  
290 [rires].

291 **M : Quand vous dites globalité est ce que vous pouvez développer s'il vous plait ?**

292 E6 : Le le patient dans sa globalité, c'est dans sa vie personnelle, dans sa vie professionnelle, dans sa vie,  
293 dans son rôle en social on va dire. Le patient, il arrive chez nous il a le rôle, un rôle social de père, un  
294 rôle social de de sportif, un rôle social de de directeur d'entreprise fin je ne sais pas fin bref un rôle  
295 social plein de rôles sociaux d'ailleurs et et prendre le patient dans sa globalité, c'est prendre en compte  
296 tout ça dans notre vision, voilà, dans notre prise en charge on peut et on est obligé d'avoir une vision  
297 holistique et d'avoir une vision globale parce que sinon on se restreint trop et on passe à côté de  
298 certaines choses. Ne serait-ce que pour un exemple bête mais des remboursements si on voit que le le  
299 rôle social de sportif en en fait on va passer à côté de beaucoup d'autres choses qui sont hyper  
300 importantes pour les remboursements de fauteuils, etcetera. Il faut vraiment capter le patient dans sa  
301 globalité parce que parce qu'on a besoin en fait d'analyser l'entièreté de ces fin de ses compétences et  
302 voilà.

303 **M : Ok. Quels sont les bénéfices que vous avez observés en intégrant l'activité sportive dans votre  
304 prise en charge, quand elle est signifiante ?**

305 E6 : plus d'investissement, plus de motivation, plus de fin même la relation de confiance elle est  
306 beaucoup plus importante je trouve que quand on parle de choses qui sont vraiment signifiantes pour  
307 le patient. Et et du coup plus de médiateurs thérapeutiques c'est ça offre une diversité de médiateurs  
308 extrêmement importante plutôt enfin là on a des le sport il a quand même beaucoup de et très divers  
309 fin très divers c'est il y a beaucoup de d'outils de d'outils, de vie quotidienne qu'on retrouve dans le

310 sport qu'on retrouverait pas forcément ailleurs. Et en fait, on peut l'utiliser comme médiateur de  
311 rééducation et c'est hyper complet quoi pour le patient. Donc c'est c'est une prise en charge qui  
312 est complètement différente qui est fin non pas complètement mais qui est différente qui est complète  
313 et qui et qui change mine de rien de l'ordinaire et les patients là sont beaucoup plus motivés mine de  
314 rien comme je disais tout à l'heure à à mettre une chasuble plutôt que à transbahuter des pions sur une  
315 table quoi.

316 **M : super, merci. Pour moi c'est tout bon je n'ai plus de questions, est-ce que vous vous voulez**  
317 **rajouter autre chose ou des remarques ?**

318 E6 : Non pas [réfléchi]. Après, ouais ce qui est compliqué c'est de la blessure médullaire, c'est vraiment  
319 la diversité entre le le niveau de lésion donc parler de la reprise sportive d'un patient tétraplégique  
320 complet et de la reprise sportive d'un patient paraplégie bas, c'est pas la même chose et c'est aussi tout  
321 le tout l'importance de l'adaptabilité de l'ergo parce que on peut pas, voilà si le patient il arrive dès son  
322 entrée, il est tétraplégique complet, lésion nette C4, C5 on on peut pas fin des choses qu'on va pas  
323 forcément pouvoir lui proposer, il y a des il va falloir qu'on qu'on fasse preuve de, voilà, de d'imagination  
324 aussi parce que la lésion médullaire, c'est sur le papier, c'est on se dit c'est tout, bien tracé etcetera mais  
325 en fait, dans la réalité c'est tellement plus complexe, il y a tout le côté psychologique qui vient derrière  
326 donc donc voilà.

327 **M : bah super et merci beaucoup pour d'avoir répondu à mes questionnements, si vous voulez je**  
328 **pourrais vous envoyer mon mémoire à la fin de l'année, si ça vous intéresse ?**

329 E6 : ouais, pas de problème.

330 **M : super et ben merci beaucoup. Bonne soirée. Au revoir.**

331 E6 : bonne soirée, au revoir.

## Annexe P : Retranscription intégrale E7

[Début de l'enregistrement]

1 **M : super merci. Est-ce que vous avez compris, vous avez des questions avant de commencer ?**

2 E7 : euh non à priori. Ou s'il y en a, je les poserai pendant mais là pour le moment c'était clair.

3 **M : super parfait. On peut commencer alors. Du coup, est-ce que vous pouvez vous présenter**  
4 **brièvement ?**

5 E7 : donc euh du coup moi donc euh donc X (nom et prénom), je je bosse dans un centre SSR qui donc,  
6 pour ce qui nous intéresse s'occupe de blessés médullaires entre autres. Euh moi je travaille dans ce  
7 service depuis 2015. Euh donc on réalise la des prises en charge classiques entre guillemets pour les  
8 personnes blessées médullaires et avec notamment aussi des spécificités sur tout ce qui est le les prises  
9 en charge au niveau cutané, au niveau positionnement en fauteuil et euh et donc réinsertion bien  
10 entendu derrière au niveau familial, professionnel, loisirs etcetera. Donc avec du coup des prises en  
11 charge avec des des éducateurs en APA, kinés, ergos du coup et et voilà et donc avec certains  
12 partenariats, avec des structures notamment ben sportives par rapport à à ton mémoire qui peut être  
13 en lien là-dessus.

14 **M : ok et du coup vous êtes diplômé de quelle année et à quelle école ?**

15 E7 : école de X [France] et 2015 aussi.

16 **M : ok, donc vous avez commencé directement à travailler du coup dans ce centre-là ?**

17 E7 : grosso modo oui après après j'ai fait j'ai fait 2 2 2 2 2 remplacements avant enfin que que j'ai  
18 enchaîné entre le diplôme on va dire sur l'été et où après j'ai j'ai commencé à X (nom de l'établissement).

19 **M : ok super. Du coup, moi là, toutes les questions que je vais vous poser vont concerner les personnes**  
20 **lésées médullaires.**

21 E7 : ok.

22 **M : donc pour commencer, c'est une question très large, mais est-ce que vous pouvez me dire ce qui**  
23 **est important de mettre en place en ergothérapie après une lésion médullaire, que ce soit en phase**  
24 **de rééducation dans un premier temps, puis en phase de réadaptation ?**

25 E7 : donc première intention on donc nous quand quand la personne arrive dans le service, ce qui est le  
26 plus important, on va dire, c'est l'aménagement de l'environnement de de la chambre donc après,  
27 suivant le degré de lésion du coup ça va pas forcément être la même chose, mais ça peut du coup aller  
28 donc s'assurer que la sonnette soit accessible pour eux, déjà ce qui peut être, entre guillemets, notre  
29 notre urgence à nous. Donc ce que il faut que ce ça puisse être euh être adapté pour fonctionner à la  
30 tête, à la voix euh voilà qui y'en a qui peuvent l'utiliser normalement avec la main s'il y a pas de problème  
31 de préhension etcetera. Donc voilà l'adaptation sonnette, une possibilité d'hydratation si voilà ils  
32 peuvent pas si le le le faire porter un verre à leur bouche ou ce genre de choses. Euh après des choses  
33 un peu plus on va dire sommaires mais qui ont leur importance hein sur comment accéder pouvoir  
34 commander les lumières de la chambre, les volets, la télé éventuellement, la ventilation, l'ouverture de  
35 porte. Voilà c'est ça on va dire, c'est en première en première intention. Et après arrive bah les premiers  
36 levés au fauteuil donc pareil mise en place matériel adéquat, réglages, apprentissage suivant le type  
37 d'installation de manipulation hein qui vont devoir faire pour utiliser leur fauteuil. Euh et à partir de là  
38 après ça va un peu dépendre du du du cas on va dire de la personne, ça peut ça déjà faudra attendre  
39 au niveau s'il y a des contre-indications médicales, s'il y a des fractures ou autre il faudra attendre la  
40 consolidation donc de l'ordre de 3 mois, s'il y a des escarres associés, s'ils reviennent de réa ou autres y  
41 a eu des choses enfin voilà, il y a il y aura ça à gérer en même temps. Et voilà, avec la levée des des

42 différentes contres indications derrière effectivement on on attaque de manière plus ou moins  
43 échelonnée ben tout ce qui est apprentissage au niveau quotidien donc sur les les transferts euh la  
44 toilette, l'habillage, voilà de en complexifier au fur à mesure voilà avec des transferts des transferts  
45 voiture après en embarquement ensuite du fauteuil et le le choix du fauteuil qui arrive à au même  
46 moment. Euh après on commence aussi à élaborer le projet de. Alors, il est déjà élaboré au début, mais  
47 qui s'affine au fur et à mesure, le projet de sortie, le projet de vie de la personne. Donc voilà en fonction  
48 de ce qu'il faisait, ce que ce que le ils veulent reprendre, leur activité professionnelle s'ils en avaient  
49 une, les différents loisirs etcetera, voilà qu'est-ce qu'est-ce qu'on va l'être en place fin quel moyen on  
50 va utiliser donc visite à domicile, rarement au niveau professionnel alors on on va s'y intéresser mais  
51 nous, ici, on a on a pas on va dire les moyens nous de nous rendre sur les lieux de travail. Ca peut arriver  
52 dans certains cas on a eu fait des petites évaluations mais c'est rare ça général on va plutôt passer le  
53 relais mais euh mais voilà donc avec les projets, qu'est-ce qu'ils veulent faire, qu'est-ce qu'on peut  
54 mettre en place pour les aider ou leur permettre de faire voilà sur euh de manière plus ou moins large  
55 en fonction de de ce que faisait ou ce que veut faire la personne voilà.

56 **M : ok, donc si je résume là les derniers éléments que vous m'avait dit, c'est les activités un peu qui  
57 ont du sens pour la personne donc les activités significantes ? C'est ça ?**

58 E7 : oui, c'est ça, c'est ça. Qui a qui du coup petit à petit on va se détacher comme on reste malgré tout  
59 au sein d'un environnement hospitalier on bah au début on reste forcément limité sur les activités qui  
60 font dans ce dans ce milieu-là et après comment bah après on a effectivement on essaie d'évoluer, de  
61 se rapprocher en plus de leur quotidien avec aussi, ben ça peut être voilà aller à l'extérieur, prise des  
62 transports en commun, faire des courses, cuisine etcetera alors sera se rapprocher des des loisirs, voilà  
63 dans dans ce qu'on peut être en mesure de faire en étant au sein d'une clinique.

64  
65 **M : ok, vous en avez un peu parlé, mais comment vous vous organisez votre intervention pour  
66 ramener cette personne dans les activités qui a du sens pour elle ? Comment vous les déterminez déjà  
67 ces activités ? et ce que vous utilisez des outils, des modèles par exemple ?**

68 E7 : alors euh principalement principalement par le biais d'entretien après euh alors pas en  
69 systématique alors je pourquoi je serai pas forcément y répondre, ça peut arriver d'utiliser la la MCRO.  
70 Euh et que j'utilise pas en systématique, ça va plus être du coup quand la personne a un peu du peut  
71 avoir du mal à verbaliser euh ses envies, ses difficultés ou ce qui est important pour elle. Les les  
72 personnes qui qui vont peut-être soit beaucoup plus actives dans leur prise en charge ou qui savent on  
73 va dire dans quelle direction aller, qui font des demandes un peu spontanément où il y a pas besoin  
74 d'aller chercher éventuellement fin l'entretien classique on en parlant avec elle, au fil de la prise en  
75 charge, ça me suffit on va dire pour pour élaborer avec elle sur comment j'interviens. Sinon  
76 effectivement une une MCRO.

77 **M : ok ça marche. Et plus au niveau de l'activité sportive, comment vous ça se passe dans votre service  
78 pour ces personnes-là ?**

79 E7 : euh alors on fait donc il y a donc en fonction de y a en fait il y a un gros travail qui est fait avec et  
80 par les les professeurs d'activités physiques adaptées, les APA. Euh donc eux déjà qui les sensibilisent  
81 beaucoup voilà sur ce qui est possible avec des des contacts au niveau des des clubs. Donc on a en fait,  
82 il y a certains clubs Handi de X (ville) ou des alentours qui qui interviennent ici. Nous derrière on peut  
83 intervenir là dans ce qu'ils vont faire à la clinique sur certaines activités pour faire des des adaptations,  
84 pour leur permettre de faire du sport fin comme du du sûr du tennis de table une adaptation pour tenir  
85 la raquette, sur du hockey fauteuil pour tenir la crosse. Euh alors on va faire des on peut être amené à  
86 faire des adaptations, des installations par exemple pour du du tir à l'arc au fauteuil que que j'ai pu faire.

87 Euh, voilà, on va on va beaucoup être là-dedans dans le dans le lien, on leur montre en leur faisant  
88 intervenir déjà d'autres personnes d'autres clubs, en les sensibilisant donc avec ce que peuvent faire les  
89 les APA. Il y a des notamment des des sorties à l'extérieur qu'on peut faire donc des sorties skis, des  
90 fauteuils FTT fauteuil tout terrain, même des sorties de tennis on a eu fait avec sur des championnats  
91 ou de ou de même de de basket-fauteuil on a pu accompagner. Et où nous, on, on accompagne donc  
92 les les APA là-dedans et et les personnes et nous on va avoir un rôle qui va beaucoup plus être sur voilà  
93 sur comment ben justement, là l'accessibilité, on va dire du du sport entre guillemets, s'il y a besoin,  
94 voilà des de matériel spécifique ou d'adapter le matériel déjà existant, de d'être vigilant sur l'installation.  
95 Voilà leur permettre de le faire sans sans se mettre en danger. Après on a aussi des contacts avec des  
96 associations « comme les autres » par exemple l'association « comme les autres » euh ou voilà elle a  
97 pendant leur alors des fois une une fois qu'ils sont qu'ils sont sortis complètement de chez nous mais  
98 des fois des fois quand ils sont encore en hôpital de jour ou même en temps plein, ça arrive qu'il y ait  
99 des petits séjours entre guillemets de de rupture comme ça qui les qui les sortent et et où l'association  
100 les on va dire, les met un peu en entre guillemets en milieu ordinaire et leur fait eux aussi découvrir  
101 d'autres d'autres activités.

102 **M : super ! Les activités sportives sont proposées systématiquement à toutes les personnes ou pas ?**

103 E7 : spontanément on en on leur en parle à tous après y en a qui on va dire qui ça pouvait déjà être le  
104 cas avant vont peut-être être moins versés dans le le penchant sportif. Donc, après y en a qui sont  
105 proposés, y en a qui tentent quand même pour découvrir, il y en a qui ça n'intéresse pas. Euh donc après  
106 ça ça a un peu dépend eux comment comment ils se positionnent donc voilà, on les force jamais, on  
107 leur propose de découvrir des choses donc après ils acceptent ou ils acceptent pas.

108 **M : ok, vous avez parlé de l'APA et un peu de l'ergo, est-ce qu'il y a d'autres professionnels mobilisés pour les accompagner dans cette activité sportive ?**

109 E7 : il y a avec les ça peut être les kinés aussi mais on va dire ça reste, si je dis pas de bêtises, on reste à  
110 ce trio-là pour pour les accompagner. Alors sur certaines sur les activités quand ils sont encore  
111 hospitalisés ça peut arriver qu'on se fasse accompagner de d'infirmiers. Pour bah si lors des activités  
112 pour ceux qui vont avoir encore des des soins ou qui sont pas des fois soit indépendants, soit non pas  
113 encore acquis complètement les compétences sur bon de l'auto-sondage ou sur ce genre de choses, on  
114 peut être accompagné à ce niveau-là au niveau d'un infirmier. Sinon voilà c'est essentiellement kiné,  
115 ergo, APA.

117 **M : ok, parfait. Selon vous, comment l'apparition d'une lésion médullaire va impacter la participation dans les activités de loisirs en général ?**

118 E7 : comment elle impacte (réfléchi) euh je dirais qu'il y a un premier aspect qui peut alors qui va avec  
119 la la lésion médullaire en général et sur sur l'acceptation de la lésion médullaire avec pour quelqu'un  
120 qui faisait déjà des une activité sport sportive spécifique ou ou voilà au début ben bon ben je pourrais  
121 plus faire ça ou plus faire comme je faisais avant. Donc y a y a on va dire, ça va un peu avoir cet impact  
122 là au niveau au niveau psychologique hein donc voilà. Ils ont pas les mêmes capacités motrices donc  
123 plus capables de faire etcetera donc ça va je pense principalement être là-dessus dans dans un premier  
124 temps et et derrière ça va être de leur de leur montrer de voir qui ben peuvent toujours faire  
125 différemment certes mais voilà de de réussir à à leur montrer comment ils peuvent du coup en adaptant  
126 la la manière de faire retrouver plaisir et et on va dire les mêmes sensations de ce qui pouvait déjà faire  
127 avant dans cette dans cette activité. (Silence).Voilà après donc après voilà avec après découverte du  
128 matériel spécifique ou un ouais là comme ça je dirais c'est surtout ça, un travail sur vraiment sur  
129 comment malgré les malgré le handicap disons ben voilà et que la réalisation d'une activité ancienne  
130 et même nouvelle est possible et qui a tout à fait moyen de voilà de de retrouver une activité signifiante  
131



132 ou oui dans dans développer des des nouvelles en fonction effectivement des des capacités qu'ils ont  
133 ou qu'ils ont pas. Après la difficulté va peut-être plus concernée dès qu'on va être sur des niveaux  
134 lésionnels beaucoup plus haut ou on forcément les on va se retrouver limité sur des sur les activités ou  
135 elles vont nécessiter pour le coup un accompagnement plus important et où la personne pourra être  
136 plus dans du faire avec quelqu'un que faire réellement seule.

137 **M : Ok, super et vous, de quelle manière vous abordez du coup cette dimension sportive dans votre**  
138 **suivi en ergo lorsque vous recevez une personne lésée médullaire ? à quel moment vous l'abordez ?**  
139 **dans quel but ? etcetera.**

140 E7 : Je l'aborde assez assez rapidement au début quand on fait la de base la connaissance de la personne  
141 sur les entretiens initiaux qu'on qu'on apprend leur leur mode de vie précédent on de cette manière ci  
142 on a déjà une première une première idée de ce qu'il faisait, de ce qu'ils aimaient faire. Et euh et en fait,  
143 ça va ça va leur être proposé. Alors si c'est des choses qu'on peut faire dès dès euh qu'il y a une c'est ce  
144 que je disais avant, une levée des des contre-indications ça va devenir aussi un outil de rééducation et  
145 que voilà qui va être plus facile plus facile à investir alors de manière progressive pour faire de la  
146 redynamisation. Et sinon voilà ça sera en fonction de des des autres activités qu'on en a à disposition  
147 que qui vont leur être proposés. Mais voilà dès le début on dès le début on on l'aborde, après quand on  
148 peut avec les au niveau médical, commencer à pratiquer certaines activités ou d'autres on le on le fait  
149 à ce moment-là et après on on va préciser au fur et à mesure comme je disais tout à l'heure donc on on  
150 rentre on va dire de manière concrète dans le dans le dans le projet de vie, effectivement, ça on va un  
151 peu plus s'orienter bah spécifiquement sur sur ces activités-là qui, si ils les ont ciblés donc effectivement  
152 ça va être soit faire faire du lien avec avec des des clubs, donner des des contacts donc ça ça va plus être  
153 les APA qui vont s'en occuper et après, nous, ça va être, on va plutôt se concentrer sur comment leur  
154 leur donner les les moyens voilà sur les activités spécifiques pour la réaliser, que ce soit sur un transfert  
155 spécifique euh je sais pas dans dans une coque particulière, une adaptation pour le faire etcetera. Voilà,  
156 ça va c'est plus comme ça que que ça va être emmené.

157 **M : ok. Et est-ce que vous vous avez déjà accompagné une personne lésée médullaire à reprendre une**  
158 **activité sportive qui était signifiante ?**

159 E7 : sur des activités déjà faites alors je j'en ai accompagné alors sur des nouvelles activités on va dire  
160 après des une personne par exemple qu'on avait suivie en temps plein et qui est revenue nous voir  
161 quelques années après parce qu'elle voulait faire du tir à l'arc, du tir à l'arc en compétition et qu'elle  
162 avait besoin de on va dire de technique pour maintenir la position pendant qu'elle qu'elle armée  
163 pendant qu'elle bandait l'arc pour décocher les flèches donc ça a été donc avec au niveau législatif au  
164 niveau pour faire de la compétition qu'est-ce qui était valide et voilà de moi d'évaluer puis de de mettre  
165 en place on va dire un un cahier des charges pour pas en pour permettre de de de donc de tirer et après  
166 derrière on se je me suis rapproché d'un orthoprothésiste pour fabriquer, on va dire cette cette  
167 adaptation-là par exemple. Alors après sur des des personnes qui faisaient déjà des sports ben ça a pu  
168 être redécouvrir, les raccompagner. Faut que ça tombe sur la bonne période bien entendu, mais sur de  
169 la, des personnes qui faisaient du ski. Donc voilà faut aussi on va dire, on les a avec faut pendant la  
170 période d'hiver ben bien évidemment les on les emmène avec nous pour les leur montrer on va dire  
171 ben comment, comment est-ce qu'il peut être possible de skier en ski coque. Euh, voilà pour ceux qui  
172 acceptent parce qu'il arrive aussi voilà sur certains qui avait le le ski en par exemple en activité signifiante  
173 il y en a qui ne veulent plus en entendre parler euh au début, alors après souvent ils finissent alors des  
174 fois quelques années après mais par par essayer d'y revenir mais mais il y en a certains malgré tout, sur  
175 certaines activités qui qui ne se voient pas les refaire et donc qui voilà on va dire préfère plutôt un choisir  
176 des nouvelles que les anciennes qui faisaient déjà.

177 **M : ok.**  
178 E7 : donc donc voilà, après ça voilà sur des activités un peu plus diverses sur sport de raquette ou autre  
179 voilà de d'accompagner voilà sur s'il y a besoin pour tenir spécifiquement ce genre de choses voilà ça ça  
180 nous arrive assez assez régulièrement. Mais le plus souvent ça va être quand y a pas de problème  
181 spécifique, on va dire au niveau au niveau moteur pour la réalisation du d'une activité on va dire  
182 classique par exemple sur du basket fauteuil ou ce genre de choses, ça va plus ça va plus être euh mettre  
183 en en contact avec des personnes on va dire extérieures qui on va dire vivent leur activité en même  
184 temps ben qui travaillent voilà qui sont qui ont leur vie familiale, etcetera ça plus être un  
185 accompagnement à ce niveau-là voilà pour leur montrer on va dire comment ils font au quotidien.

186 **M : alors si j'ai bien compris, pour favoriser la continuité de la pratique sportive vous les mettez en**  
187 **relation avec avec des associations extérieures etcetera ?**

188 E7 : oui, c'est ça pour les pour les activités de clubs ou de groupes où ça peut être avec les avec le comité  
189 Handisport ou associations, clubs qui eux peuvent faire découvrir des des activités et l'autre  
190 effectivement, l'autre l'autre chose qu'on fait, c'est du au avec les présentations de matériel pour euh  
191 là on va plus être sur des sports individuels où les gens qui veulent faire entre guillemets du sport de  
192 leur côté sur du Handbike sur sur ce genre de choses. Voilà on leur on peut faire on fait venir des des  
193 fabricants ou des de matériel ou des ou des anciens patients qui ont acquis un matériel spécifique et  
194 qui viennent voilà partager leur expérience. Voilà, on leur montre aussi du matériel qui existe, comment  
195 ils utilisent, pour qu'ils puissent l'essayer, de voir si ça peut répondre à leurs besoins par rapport à leur  
196 quotidien, etcetera. Et même certains qui des fois peuvent moins ou c'est pas forcément leur leur  
197 demande, on va on va aussi malgré tout leur montrer que ça existe après ils veulent pousser plus loin  
198 ou voir d'autres choses, c'est ça peut être des fois fait mais on va au moins leur montrer voilà que ça  
199 existe.

200 **M : ok. Et dans ces situations-là, quelles étaient les objectifs un peu global vous en ergothérapie ?**

201 E7 : objectif global vis-à-vis du sport ou ?

202 **M : vis-à-vis du patient fin sur le patient fin de la prise en charge en ergothérapie.**

203 E7 : ça ça dépend comme toujours mais de manière générale ça va on va beaucoup être sur du comment  
204 comment leur permettre de réaliser fin leur une activité signifiante comment leur permettre de on va  
205 dire reprendre la main et retrouver plaisir enfin pour réalisation de ces de ces activités-là. C'est euh  
206 voilà comment bah si par rapport à ce qu'on disait au début voilà sur la MCRO qu'on a fait et voilà sur  
207 ça la satisfaction, la réalisation de l'activité, leur évaluation sur le rendement est-ce que après coup voilà  
208 on arrive à la faire évoluer, voilà. Est-ce que voilà, ça va beaucoup plus c'est par rapport à ça, comment  
209 il y a une problématique initiale de on va dire de qui est ressortie des des entretiens et ça va être tout  
210 simplement des d'essayer de leur faire euh améliorer leur score dans cette dans les objectifs qu'ils  
211 auront cernés.

212 **M : ok, super et donc, dans ces situations, quelles compétences selon vous spécifiques à**  
213 **l'ergothérapeute vous avez mis en place pour coopérer avec les autres professionnels ?**

214 E7 : [silence], euh pas évident comme question [rires]. Comment on pourrait formuler ça, euh [réfléchi]  
215 ça va je pense beaucoup être sur nous, notre notre sensibilité à évaluer on va dire la les capacités de la  
216 personne spécifiquement dans une ou des activités. Et euh et comment justement on va on va les mettre  
217 en lien mais pas uniquement justement sur une activité, comme là l'activité sportive spécifiquement  
218 qu'ils auront au visé et souvent ça va faire écho à d'autres choses au qui peuvent être amenées à faire  
219 au quotidien. Donc ça je pense, nous, notre notre regard va vraiment être là-dessus, d'évaluer et  
220 comprendre ce qu'ils sont capables de faire, ce qu'ils peuvent faire ou sont les difficultés, comment  
221 planifier cette activité par rapport au quotidien et et comment voilà, on peut mettre en place des

222 éléments fin que ce soit juste technique, juste fonctionnel, sur un un travail ou au niveau au niveau  
223 psychologique aussi au niveau entre guillemets au niveau mental, sur le juste par le biais d'un  
224 d'entretien enfin desfois juste sur de l'écoute active ou de leur rendre compte que enfin bah en fait y a  
225 pas besoin de grand-chose, c'est juste eux au niveau au niveau capacités. Voilà, je pense nous notre  
226 notre outil va nous notre outil spécifique ergo la là-dedans, ça va plus vraiment être je pense, notre  
227 vision globale sur voilà comment et notre sensibilité à évaluer à saisir ces ces choses là pour pouvoir  
228 derrière leur proposer des choses adaptées adaptées à eux à voilà comment est-ce qu'on va pouvoir  
229 leur adapter aux rendre possibles cette activité là, ça va vraiment être ça notre je pense notre notre  
230 regard.

231 **M : super, merci. Quels sont les bénéfices que vous avez observés en intégrant l'activité sportive dans**  
232 **votre prise en charge quand elle est signifiante ?**

233 E7 : on a toujours on a toujours une meilleure adhérence de la de la personne, hein ça, c'est un assez  
234 que soit activité sportive ou autre hein, ça va être beaucoup être effectivement l'adhérence de de la  
235 personne à la rééducation, une posture qui va être aussi plus active, une meilleure prise en main. La là  
236 personne qui va vraiment être actrice un peu plus au niveau de sa de sa prise en charge. Euh c'est je  
237 pense c'est je pense c'est vraiment les les points majeurs à faire ressortir et de et de ce qu'on peut  
238 observer donc euh voilà.

239 **M : super et du coup vous, qu'est-ce que vous pensez de l'intégration de l'activité sportive dans une**  
240 **prise en charge ergo pour une personne lésée médullaire pour qui l'activité sportive est signifiante ?**

241 E7 : elle elle est importante bien entendue mais elle elle est je pense, c'est vraiment un aspect qui n'est  
242 pas qui est loin d'être vraiment 100% ergo et qui nécessite vraiment du coup le un travail pluri. Euh voilà  
243 avec que ce soit avec les autres professionnels voilà avec qui on travaille ou extérieur euh extérieur là  
244 au milieu hospitalier en entre guillemets. Voilà c'est je pense pour vraiment être complet et vraiment  
245 être efficace voilà ça ça peut pas être 100% ergo. Nous on va voilà, on va vraiment pouvoir un peu ben  
246 essayer peut-être de de coordonner on va dire les différents aspects, tout ce qui va environ en graviter  
247 autour de la de la personne pour lui permettre là de de réaliser ces cette activité là.

248  
249 **M : Et dans ce sens, quels seraient selon vous les rôles que l'ergo pourrait investir dans ce processus**  
250 **de reprise sportive signifiante ? Donc avant vous avez dit l'accessibilité du sport, l'installation et le**  
251 **contact avec du coup les associations. Est-ce que vous en voyez d'autres que l'ergo peut apporter en**  
252 **plus des autres professionnels ?**

253 E7 : Alors y a après ça rentre un peu avec le contact association tout ça mais je pense c'est le tout ce qui  
254 est partagé l'expérience fin là tout ce qu'ils vont tout ce qu'on appelle un peu la pair émulation ou autre  
255 qui est voilà, que ça ça rejoint un peu ça mais voilà. Grosso modo il y a ça aussi qui a qui est en qui entre  
256 en compte mais peu importe on va dire la casquette que que l'on mais euh quand ce sont dans d'anciens  
257 anciens patients qui qui parlent, ils ont les on va dire les les patients actuels les personnes actuelles  
258 n'ont ne les écoutent pas de la même manière on va dire ça. Malgré tout, on n'a pas le même poids que  
259 que quand on a des des des anciens entre guillemets qui font eux leur leur retour d'expérience.

260 **M : c'est sûr, par des personnes concernées. Et l'ergothérapeute qu'est-ce qu'il peut apporter en plus**  
261 **des autres professionnels avec ses compétences qui lui sont propres ?**

262 E7 : ben on rejoint un peu un ce que j'avais dit ça va sur le l'évaluation euh des capacités de la personne  
263 c'est si on va dire ça ces situations de handicap spécifiquement liées à à lié à son activité. C'est la  
264 principale chose qui me vient en tête.

265

266 **M : ok, et est-ce que vous pensez du coup que l'ergothérapeute est légitime d'investir ce champ là et**  
267 **pourquoi ?**

268 E7 : légitime, oui parce que ben malgré tout ce champ là comme comme d'autres on a on a une  
269 profession dans le dans le rôle et de et et d'agir, euh d'adapter les activités signifiantes et aussi  
270 significative de de la personne. Donc euh si le sport fait partie des différentes dimensions de la personne  
271 alors oui on se doit de on se doit d'y d'y intervenir et oui, du coup on devient on devient pertinent dans  
272 ce dans cette dans cette prise en charge. (Silence) et euh je pense, c'est le pour moi, c'est le plus, c'est  
273 l'aspect l'aspect principal, au-delà de de d'autres on peut dire si voilà c'est le le sport fait partie de de  
274 ce qui est signifiant auprès de la personne de ce qu'elle est amené à faire et il y a des difficultés, alors  
275 oui on est du coup on on est on est pertinent pour y intervenir.

276 **M : et est-ce que vous, dans vos intérêts personnels, il y a l'activité sportive ?**

277 E7 : ah oui oui oui je suis sportif.

278 **M : super. Et ben moi, c'est tout bon, j'ai fini à ce que vous avez d'autres questions, ou est ce que vous**  
279 **voulez rajouter quelque chose ?**

280 E7 : il y a ouais y a peut-être un truc qui me vient en plus là on parlait des différents des différents  
281 intervenants, des personnes avec qui il est important de travailler. Il y a peut-être aussi maintenant de  
282 de plus en plus une collaboration avec tout ce qui est des équipes d'ingés sur le développement de de  
283 produits quel qu'il soit ou sur des adaptations spécifiques. Souvent effectivement on peut nous être  
284 amené à adapter ou mais des fois on n'a pas forcément soit les outils soit les compétences pour. Là je  
285 parlais tout à l'heure de l'ortopro et effectivement des fois ça peut être un travail auprès de l'équipe de  
286 développement d'ingés. Notamment avec maintenant tout ce qui ressort de tout ce qui est impression  
287 3D etcetera, la fabrication additive. Du coup il y a effectivement des des choses qui se fait par le biais  
288 des collab, les les les partenariats qu'on peut avoir dans certains centres, tout ce qui est les les rehablab,  
289 voilà sur des sur des adaptations voilà qui peuvent être faites spécifiquement avec là où il y a une  
290 collaboration, personne ergo et ingénieur qui se met en place. Voilà.

291 **M : ok, super merci et bah du coup je vous remercie d'avoir pris du temps pour me fournir ces**  
292 **informations. Elles vont vraiment me permettre de comprendre la pratique actuelle de**  
293 **l'ergothérapeute en France dans l'activité sportive signifiante après une lésion médullaire. Et si cela**  
294 **vous intéresse je pourrais vous envoyer mon mémoire à la fin de l'année.**

295 E7 : bien sûr, avec plaisir.

296 **M : parfait et encore merci d'avoir pris du temps.**

297 E7 : pas de problème, merci à toi. Au revoir.

298 **M : bonne journée, merci, au revoir.**

Annexe Q : Grille d'analyse des entretiens

Thème 1 : informations générales sur la personne interrogée								
Critères	Indicateurs	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<b>Ancienneté du diplôme</b>	> 2010 (décret de compétence)	2013	2011	2012	2018	2006	2019	2015
<b>Lieu de formation</b>	Diplôme français	France	France	France	Belgique	France	France	France
<b>Expériences avec des patients lésés médullaires</b>	- Années d'expériences  - Travaille encore avec cette population ou non (depuis moins d'un an)	« quasiment <b>8/9 ans que je travaille</b> avec des personnes lésées médullaires à temps plein ou partiel »	« j'ai toujours travaillé à X (nom de l'établissement – service MPR) du coup de <b>2011 à fin 2022</b> euh du coup auprès des patients blessés médullaires »	« Et je suis à X (nom de l'établissement clinique- SSR) avec des blessés médullaires <b>depuis huit ans</b> maintenant. »	« Ben en Belgique j'ai fait <b>2 ans</b> et à X (nom de la structure) ça fait un <b>1 et demi</b> , avec ce public. »	« <b>ça fait 15 ans</b> que je travaille à X (nom de l'établissement SSR)  « je donne d'ailleurs des cours blessés médullaires »	« <b>Depuis mon diplôme</b> j'exerce dans un centre de rééducation et de réadaptation dans un secteur de neurologie »	« je travaille dans ce service <b>depuis 2015</b> »
<b>Lieu d'exercice</b>	Service MPR  Centre de rééducation	« <b>Centre de rééducation</b> avec un service qui est spécialisé avec les blessés médullaires » « en hospitalisation complète »	« on a la particularité vue <b>qu'on est dans un hôpital</b> au service MPR »	« Ça fait huit ans que je suis dans ce service, dans cette <b>clinique</b> . On fait fin on est <b>très axé</b> »	« <b>maintenant plus tard, je suis à X (nom de l'établissement- hôpital service MPR)</b> ... dans un service spécialisé blessés médullaires »	« je suis ergothérapeute à X (nom de l'établissement SSR), je travaille en <b>service adulte</b> »	« j'exerce dans un <b>centre de rééducation et de réadaptation</b> dans un secteur de neurologie en hospitalisation complète »	« je bosse dans un <b>centre SSR</b> qui donc, pour ce qui nous intéresse s'occupe de blessés médullaires entre autres »

				réadaptation. »				
<b>Intérêts personnels</b>  <b>NOUVEAU</b>	Attrait personnel pour l'activité sportive		« <b>j'étais bénévole au sein d'une association sportive</b> ». l  « j'ai mon diplôme pour piloter les fauteuils de ski »	« moi la première je suis sportive donc je sais que ça peut manquer si jamais on est blessé ou quoi »	« Bon après moi j'ai fait mon mémoire sur les barrières et les facilitateurs à l'activité sportive » l. 343  « on est certaine en ergo en kiné tout ça, être impliqué dans le milieu sportif en dehors »  « je suis aussi dans le milieu sportif »	« en étant référente hippothérapie on propose du coup l'activité aussi hippothérapie »		« je suis sportif »

Thème 2 : l'accompagnement ergothérapeutique après une lésion médullaire								
Sous-thèmes	Sous-sous thèmes	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<b>Éléments clés de la PES en ergothérapie en rééducation</b>	Travail des activités élémentaires de la vie quotidienne, besoins primaires	« <b>l'habillement</b> » « la <b>toilette</b> » « les <b>soins intimes</b> » « soit ça sera l'objectif en premier soit ça sera un objectif à atteindre avec des sous-objectifs »	« travail de <b>l'indépendance</b> , de <b>l'autonomie</b> avec les <b>prérequis</b> qui sont un peu <b>imposés médicalement</b> et dans la rééducation avec <b>toilette, habillement</b> ... les <b>sondages</b> ... les <b>soins des</b>	« <b>premier lever</b> , reprise de la <b>station assise</b> , fourniture du coussin à air, réglage du matériel »  « <b>travail des préhensions</b> ... tout ça à	« instaurer une <b>relation de confiance</b> » « <b>objectifs</b> très <b>fonctionnels</b> » décidés avec le patient » « souvent, ça, ça commence par ... des <b>activités</b> euh un peu de la <b>vie</b>	« je commence par ABC donc c'est <b>pouvoir agir, boire et contrôler son environnement</b> »  « sonnette adaptée »	« l'indépendance et l'autonomie dans les activités de vie quotidienne ... indépendance toilette/habillement »  « quasiment tous les blessés médullaires vont bosser vont travailler sur	« <b>l'aménagement de l'environnement de la chambre</b> »  « les <b>premiers levés</b> »  « apprentissage au niveau quotidien

		<p>« l'équilibre donc du coup l'équilibre sera un premier objectif à atteindre »</p> <p>« autonomie dans les repas »</p> <p>« l'autonomie dans les transferts »</p> <p>« travail des transferts »</p>	<p><b>selles ... l'habillement ».</b></p>	<p>visée fonctionnelle donc qui peuvent écrire, manger »</p> <p>« après sur de la paraplégie c'est de suite euh très euh <b>fonctionnel</b> ouais, tout ce qui est <b>autonomie dans la chambre</b> »</p>	<p><b>quotidienne</b> comme <b>manger ou se laver ou s'habiller</b> »</p> <p>« chez un paraplégique, on va beaucoup plus partir dur l'autonomie, d'autonomiser un maximum les patients en chambre »</p> <p>« l'habillement, déshabillage, se mobiliser dans le lit, pouvoir se laver une fois qu'on est déjà sur un fauteuil douche »</p> <p>« déplacements avec manipulation du fauteuil, enfin, le positionnement du fauteuil »</p> <p>« chez le tétraplégique, ça va beaucoup plus concerner</p>	<p>« contrôler l'environnement »</p>	<p>l'équilibre pour le contrôle postural assis »</p>	<p>donc sur les les transferts euh la toilette, l'habillement, voilà de en complexifier au fur à mesure voilà avec des transferts des transferts voiture après en embarquement ensuite du fauteuil et le le choix du fauteuil »</p> <p>« on attaque de manière plus ou moins échelonnée ben tout ce qui est apprentissage au niveau du quotidien »</p>
--	--	---	---	---	---	--------------------------------------	--	--

					le membre supérieur. » « posture du membre supérieur » « apprendre un peu à explorer l'espace devant eux » atteindre les objets » « préhensions en bimanuelles »		
	Définition avec le patient	« après sur les autres points ce qu'on fait souvent ça va être en se basant sur ce que la personne va nous remonter »  « il y a les objectifs ... qui sont assez communs aux personnes et après y'a tous les objectifs qu'on travaillera par la suite de rééducation et de réadaptation et			« <b>c'est très dépendant du patient en fonction de ce qu'il a envie</b> »	« <b>poser les priorités avec le patient</b> »	« le bilan OT hope, <b>on cible les attentes du patient</b> donc ça peut aller du vraiment du de l'activité de basique de la vie quotidienne à l'activité de la plus développée donc par exemple du sport ça peut en faire partie et en fonction <b>des objectifs qui va choisir</b> on va travailler sur ces objectifs-là précisément »  « après on décline la prise en charge selon les besoins et le



		qui seront en fonction de la personne »					profil de chaque patient, il y a pas vraiment un profil type »	
	Mise en place d'aides techniques	« mettre en place un <b>fauteuil</b> » « apprendre à contrôler le fauteuil »		« mise en place d' <b>aides techniques au déplacement</b> ... <b>domotique</b> dans la chambre pour <b>contrôler au maximum l'environnement</b> »	« déplacements avec la manipulation du fauteuil et l'installation au fauteuil »	« donner un minimum d'autonomie en déplacement, donc tout ce qui est <b>fauteuil</b> »	« fourniture d'un <b>fauteuil roulant</b> manuel ou électrique »	« au fauteuil donc pareil <b>mise en place matériel adéquat</b> , réglages, apprentissage du <b>fauteuil</b> »
<b>Éléments clés de la PES en ergothérapie en réadaptation</b>	Mise en place d'aides techniques	« compromis »  « vaut mieux qu'elle utilise une <b>aide technique</b> pas bien adaptée plutôt qu'elle utilise pas l'aide technique bien adaptée »  « contact avec les revendeurs »	« <b>choix des aides techniques</b> , où c'est vrai que le <b>choix du fauteuil roulant</b> chez le patient blessé médullaire est assez central »	« <b>adaptation des aides techniques</b> , donc aux déplacements euh aides techniques à la verticalisation »	« pour le paraplégique bah y a surtout l'utilisation du fauteuil roulant, l'apprentissage des transferts »  « pour les tétras bah y'a la mise en place de pas mal d'aides techniques, y'a le positionnement,		« choix de toutes les aides techniques »  « le choix du fauteuil roulant, le choix des aides techniques »  « accompagner le patient à l'extérieur le pour vérifier que son environnement vraiment extérieur pas le l'environnement intérieur mais l'environnement	« le choix du fauteuil »

					<p>le choix du fauteuil euh les aides techniques compensatoires aussi » « prise ténodèse »</p> <p>« apprendre à demander de l'aide, organiser ses demandes, expliquer à quelqu'un comment mettre une aide technique"»</p>		<p>extérieur est adapté. Est-ce qu'il arrive à aller au cinéma, est-ce qu'il arrive à aller où il veut aller, ça peut être le sport, est-ce qu'il arrive à aller chez son médecin »</p>	
	Définition avec le patient	<p>« c'est un travail de collaboration avec la personne »</p> <p>« c'est très différent d'une personne à l'autre en fonction de ce qu'elle voudrait refaire »</p> <p>« il y a les objectifs ... qui sont assez</p>	<p>« ca dépendait vraiment des occupations que le patient avait envie de réaliser enfaite, fin dans tous ses loisirs que ce soit sportif ou autres. Après voilà c'est vraiment très personnalisé, après voilà forcément y'a les objectifs de base qui permettent un retour à</p>	<p>« après ben on met autant que possible en situation en fonction des habitudes de vie antérieures que ce soit sur des <b>activités ben significatives ou signifiantes.</b> Bah du coup les loisirs</p>		<p>« répondre aux besoins et aux aux demandes des personnes »</p> <p>« prendre les occupations dans leur globalité, ..., c'est effectivement tout ce qui, <b>tout ce qui tout ce qui est</b></p>		<p>« <b>en fonction de ce qu'il faisait, ce que ce que le ils veulent reprendre,</b> leur activité professionnelle s'ils en avaient une, les différents loisirs »</p>

		<p>communs aux personnes et après y'a tous le subjectifs qu'on travaillera par la suite de rééducation et de réadaptation et qui seront en fonction de la personne »</p>	<p>domicile en sécurité avec les besoins physiologiques puis après <b>toutes les occupations qui font sens pour le patient au quotidien</b>, que ce soit le sport ou autres »</p>	<p>peuvent en faire partis ou des choses plus classiques du quotidien comme les courses quoi. »</p>		<p><b>important pour la personne</b> en termes de de de besoins primaires donc on parle des AVQ, activités de vie quotidienne mais sans oublier effectivement toutes les activités autres telles que les loisir »</p> <p>« le <b>séjour thérapeutique</b>, ça permet de prendre en compte l'environnement matériel, l'environnement humain, les proches de la personne et</p>		
--	--	--	---	---	--	---	--	--

						de la repositionner au plus vite dans son rôle social avec une reprise du coup, ses habitudes de vie ... « doivent en découler du coup des objectifs de réadapt »	
	Reprise : conduite, professionnelle et retour à domicile		« retour à domicile » « conduite automobile » « reprise professionnelle »  « mises en situation ...pour anticiper le retour au travail ou une réorientation professionnelle »	« dans le but de <b>repren</b> dre la <b>conduite automobile</b> »  « <b>visites</b> à <b>domicile</b> , comme ça on préconise des aménagements et on voit bah si le domicile peut être adapté, si il faut chercher un autre		« <b>visite à domicile</b> » « <b>adapter et aménager le logement</b> »  « l'évaluation à la <b>conduite automobile</b> »	« leur activité professionnelle »

				logement ou voilà » l				
				« reprise professionnelle »				

Thème 3 : les activités significantes en ergothérapie avec les personnes lésées médullaires								
Sous-thèmes	Sous-sous thème	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<b>Identification des activités significantes</b>	Utilisation de modèles conceptuels pour déterminer les activités significantes	« on l'applique pas forcément à la lettre la MCRO mais en tout cas un <b>entretien type MCRO</b> qui permet de voir un peu quels sont les objectifs de la personne »	« <b>MCRO</b> et ... je me suis formée au <b>MOH</b> et certains <b>outils du MOH</b> . En tout cas je trouvais qu'il manquait quelque chose dans le MCRO et du coup voilà je trouvais que le <b>MOH</b> ça m'ouvrait une autre dynamique, avec vraiment cette notion d'identité et je trouve ça vraiment intéressant avec des patients, bah qui avait une identité avec l'accident et qui ne se reconnaissent plus dans cette nouvelle identité »  « j'utilise de plus en plus le <b>MOH</b> »	« nous le modèle du <b>bilan d'entrée</b> quand quelqu'un arrive, c'est le <b>PPH</b> »  « on est formés, on utilise aussi la <b>MCRO</b> mais j'tavoue que moi j'la trouve bien plus pertinente quand les gens sont rentrés chez eux, qui se sont un peu	« on peut faire une <b>MCRO</b> mais ... Ça c'est plutôt avec des anciens, des patients qui ont eu leur lésion y'a longtemps. Parce que tout de suite, c'est difficile d'aller leur demander qu'est-ce que vous avez l'habitude de faire, parce qu'en fait ils peuvent	« La <b>MCRO</b> pourrait être un très bon outil » « la MCRO pour moi c'est enfin pour moi c'est ce que je fais mais de façon informelle en fait depuis mes études, avant que la MCRO arrive »  « c'est déterminer des activités qu'on de l'importance, hiérarchiser, prioriser et puis après effectivement avec une notion de satisfaction ou pas »	« on peut faire passer ce qu'on appelle l' <b>OT Hope</b> . C'est un bilan occupationnel enfin un bilan des occupations qui permet de cibler et de laisser le patient autodéterminer ses objectifs » « ça balaie vraiment tout type d'activités de la vie quotidienne et en fait le patient il va	« ça peut arriver d'utiliser la <b>MCRO</b> ... j'utilise pas en systématique, ça va plus être du coup quand la personne a un peu du peut avoir du mal à verbaliser euh ses envies, ses difficultés ou ce qui est important pour elle »

			<p>« l'OCAIRS et à l'OPHI-Il qui du coup voilà sont très complets mais très complexes à faire passer et qui peuvent mettre en lumière notamment l'aspect de l'activité sportive. »</p> <p>« je pouvais faire passer la <b>MCRO</b> au milieu de la prise en charge et d'autres plutôt vers la sortie et du coup ce qui pouvais guider mes collègues en HDJ après potentiellement pour les orienter justement sur des occupations qui font sens pour eux. »</p> <p>« MCRO permet très clairement et rapidement de pouvoir identifier les problèmes occupationnels qui font sens pour la personne et du coup, de par l'entretien</p>	<p>confrontés à leur quotidien »</p>	<p>vraiment plus rien faire de ce qu'ils faisaient avant. »</p> <p>« Au début ça va être ça du coup on va pas du tout être sur des objectifs euh d'ergothérapie, finalement. Au début on va être très sur des objectifs analytiques si on leur demande spontanément »</p>	<p>« répertorié avec la personne ce qu'elle, ce qu'elle faisait, répertorier ce qu'elle voudrait faire. Et puis et puis voir ce qui est faisable ou pas »</p> <p>« on n'utilise pas de modèles après c'est vrai qu'on est formé à la MOH »</p>	<p>choisir les activités qui ont vraiment du sens pour lui »</p> <p>« c'est vraiment le le meilleur, un des meilleurs moyens pour investir le patient dans sa prise en charge »</p> <p>« on peut coupler ça à la prise en charge enfin à la à l'utilisation du <b>MCRO</b> »</p> <p>« pour les patients qui ne peuvent pas utiliser l'outil OT'hope de par leur leur difficulté cognitive, ça va être de l'entretien, ça va être un</p>	
--	--	--	--	--------------------------------------	---	--	---	--

			d'identifier un petit peu est-ce que pourquoi cette activité n'est pas réalisée. »				échange avec l'entourage »	
	Moment où l'ergothérapeute identifie les activités significatives	« on les <b>détermine ensemble avec la personne</b> même si généralement c'est déjà au <b>premier entretien</b> où on a on peut dire une petite grille d'évaluation maison qui permet d'axer les différents axes de la vie quotidienne de la personne »  « au cours d'un <b>entretien</b> »	« généralement au <b>bilan d'entrée</b> leur demander leurs habitudes de vie antérieure »	« c'est sur un <b>entretien</b> façon qui vont nous dire qu'est c'qui aimaient faire avant, qu'est c'qui pratiquaient et qu'est c'qui est important aussi pour eux de reprendre »	« on fixe les objectifs ensembles lors de l'entretien d'entrée » I.58  « donc c'est leur donner des exemples. Et puis après, une fois qu'ils sont lancés, c'est vraiment dans les <b>échanges informels</b> qu'on peut repérer nous des objectifs ou des activités qui peuvent être significatives et			« principale ment par le <b>biais d'entretien</b> »  « <b>entretien classique</b> on en parle avec elle, au fil de la prise en charge ça me suffit on va dire »

		<p>« au <b>cours des séances de rééducation</b> »</p> <p>« tout au long de la rééducation et de la réadaptation »</p> <p>« la personne au fur et à mesure que le <b>lien de confiance</b> se crée, c'est au fur à mesure que la personne va pouvoir un peu plus s'ouvrir et <b>penser à un peu plus de choses qui euh voilà qui l'intéresse.</b> »</p> <p>« on essaie assez rapidement que les personnes dans la</p>		<p>significatives »</p> <p>« tourner les <b>entretiens</b> vers, vers des objectifs fonctionnels puis c'est essayer d'avoir beaucoup d'échanges informels avec eux pour pouvoir repérer des exemples d'activités qu'on va pouvoir leur donner »</p> <p>« beaucoup dans <b>l'échange informel finalement</b> qu'on trouve des exemples et après les patients, les automatisent pour que ils</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--



		mesure du possible puissent partir en <b>week-end thérapeutique</b> ... c'est à ce moment-là où quand on fait les points »			puissent prendre l'habitude de faire ce point objectif, des points où on fixe des objectifs régulièrement pour les habituer à ce que eux, ils puissent réfléchir eux-mêmes à leurs objectifs, les fixer eux-mêmes"			
<b>Conséquences de la lésion médullaire sur les activités significatives de loisirs</b>	Impacts psychologiques et émotionnels	« <b>l'image de soi</b> » « <b>idée de comparaison</b> et de <b>regard des autres</b> qui est en tout cas un travail à faire sur soi avant de pouvoir retourner par exemple dans une salle de sport, en tout cas quand	« il était déprimé au possible »	« Quelqu'un qui était très sportif et qui du jour au lendemain se retrouve un peu comme emprisonné dans son corps, c'est souvent très difficile parce que y'a pas ce côté exutoire ou	« ils sont désinvestis » « <b>démotivés à faire les activités</b> » l « <b>désinvestis</b> » « ils sont plus en pleine possession d'eux-mêmes et de leurs envies et ils sont plus passifs »	« la <b>qualité de vie</b> qui est largement détérioré au moment de la lésion médullaire, les loisirs en font partie »  « c'est une vraie <b>remise en question de de son loisir</b> et c'est un vrai <b>réapprentissage</b> et et une		« sur <b>l'acceptation de la lésion médullaire</b> avec pour quelqu'un qui faisait déjà des unes activités sportive spécifique ou ou voilà

	Impacts les capacités	<p>c'est un sport avec des valides »</p> <p>« difficultés que conservent la personne à la</p>	<p>« <b>capacités motrices</b> ... tenir une raquette de ping-pong »</p>	<p>ce côté où y se défoule et toutes les hormones qui le sport fait apparaître quoi. « ça dépend vraiment de ce que pratiquait les gens avant »</p>	<p>« en termes de <b>motivation</b> beaucoup pour l'implication des loisirs, c'est difficile, déjà de de les rendre, de les re-rendre acteurs de leur propre, de leur propres activités, projet de vie ou du coup projet de loisirs »</p> <p>« qu'il faut aller chercher plus plus loin et quand on a envie de faire des loisirs, ça, ça entraîne beaucoup plus d'anticipatio</p>	<p><b>réappropriation à faire</b> »</p> <p>« le principal c'est l'impact, l'<b>impact fonctionnel</b> ... <b>modification des</b></p>	<p>« dans chaque activité sportive, on a besoin d'équilibre, on</p>	<p>au début ben bon ben je pourrais plus faire ça ou plus faire comme je faisais avant »</p>
--	-----------------------	---	--	---	---	---	---	--

		<p>fin de la période de rééducation » « ça va orienter aussi vers un choix de sport »</p>	<p>« comment se rendre à l'activité sportive et surtout ici où malheureusement les transports en communs ne sont pas très accessibles » « ils nous disent que le <b>frein premier c'est déjà de se rendre sur l'activité sportive, après y'a l'accessibilité des locaux</b> qui est souvent un frein, l'accessibilité des vestiaires, et des douches notamment qui est aussi un frein euh puis après bah voilà c'est <b>l'accès à l'activité en fonction des séquelles motrices.</b> Mais oui, ouais ce sera en <b>fonction des transports, du type d'activité, des séquelles, de l'aspect financier</b> »  « pour certains patients, encore un fois bah le loisir je pense que ça fait partie</p>		<p>n d'organisation comme ils sont déjà facilement démotivés puisque ça fait longtemps qu'ils ont rien fait par eux-mêmes, ben ils se démotivent plus vite »</p>	<p><b>des capacités motrices pures</b> » « la personne, elle en institution encore forcément coupée de son environnement social euh matériel euh humain pendant ces mois de ces jours en en hospitalisation forcément c'est un frein à la reprise de tout ça »</p>	<p>a besoin d'avoir des préhensions qui sont adaptées, on a besoin d'avoir de la motricité, enfin de la la flexibilité au niveau du tronc, on a besoin de, on a besoin de beaucoup de de choses et en fait la <b>lésion médullaire impacte</b> » <b>toutes ces choses-là</b> »  « toutes les fonctions desservies par la moelle épinière ont mine de rien un rôle à jouer dans une activité sportive donc forcément lésion</p>	<p>« Ils ont pas les mêmes capacités motrices donc plus capables de faire »</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	---

			de l'équilibre occupationnel aussi, tout comme le travail et les activités on va dire d'hygiène et que bah <b>si un patient ne peut pas récupérer ses loisirs, il peut être en total déséquilibre de vie, déséquilibre occupationnel et qui impacte forcément sa qualité de vie</b> »				médullaire du l'air impacte une activité sportive »	
	<p>Changement d'activités significantes</p> <p><b>NOUVEAU</b></p>	« beaucoup de gens aussi dont l'envie change aussi de, ouais c'est ça <b>l'envie change</b> et quelqu'un qui adorait le basket par exemple ba c'est peut être pas forcément vers le basket fauteuil qui l'aura envie de se retourner »	« j'ai des patients avec leur traumatisme, on va pas dire qui changent d'identité, en tout cas ça leur fait changer parfois la vision de la vie [...] qui avait des objectifs et priorité de vie tout à fait différentes après l'accident. »			« il y a des y a des y a des grandes déceptions pour certains et des grandes frustrations »	« c'est très rare qu'un patient avec une lésion médullaire arrive à reprendre de manière complètement identique à avant son accident une activité sportive »	« certains qui avait le ski en par exemple en activité significative il y en a qui ne veulent plus en entendre parler euh au début »
						« je pense que activité antérieure je pense que j'en ai pas beaucoup eu parce que c'est ce que je disais, en fait, les gens se dirigent souvent vers d'autres activités finalement »		

						<p>« les personnes finalement sont souvent insatisfaites de refaire une activité antérieure parce qu'il y a souvent une frustration ou une déception liée à la pratique de cette activité comme avant puisque c'est rarement comme avant »</p> <p>« c'est plutôt finalement retrouver des activités où ils prennent du plaisir »</p> <p>« du coup ça en devient des nouveaux loisirs avec un nouveau sens avec des nouveaux défis avec ces nouvelles capacités fonctionnelles »</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Thème 4 : l'activité sportive pour les personnes lésées médullaires								
Sous-thèmes	Sous-sous thèmes	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<b>Place de l'activité sportive dans la structure</b>	Activités proposées	<p>« on a du coup des <b>professeurs d'activités physiques adaptées</b> »</p> <p>« médecin du coup qui décide ça, généralement c'est le kiné qui cale un peu des objectifs avec l'APA donc soit c'est des <b>séances de musculation</b> générales soit les professeurs d'APA organisent aussi des groupes dans la semaine qui sont dédiés à <b>certaines activités</b> »</p>	<p>« sinon c'était faire des relais »</p> <p>« les patients tétraplégiques c'est sûr que c'était plus compliqué de trouver un outil qui était accessible aux capacités motrices du membre supérieur et les paraplégiques ils faisaient voilà, du <b>SkiErg, euh.. ping-pong, boxe</b> pour certains, euh...bon les différents <b>motomed</b> »</p> <p>« c'était ce que les APA avaient, donc y'avais : tennis de table, badminton, basket, boxe, escalade pour les patients incomplets, piscine du coup, euh ils ont essayé aussi d'adapter un kayak »</p>	<p>« on a les APA ici qui ont un gymnase et qui peuvent proposer des activités sportives, où les gens peuvent aller. Alors c'est rarement possible au début parce que bien sur le corps faut qui se remette mais après c'est souvent apprécié. On a des journées en sport où des organismes aux alentours ou des clubs viennent présenter leurs sports, y peuvent essayer fin y'a plein de</p>	<p>« on a un gymnase avec des enseignants en APA. Dans leur programme de réduc, ils ont pas toujours systématique ment des séances d'APA prévues. Souvent, c'est proposé par les kinés ou par l'ergos. Lors des staffs un peu pluridisciplinai res on en parle, on dit est-ce qui serait pas temps qu'il commence l'APA et dans ce cas-là, alors le médecin fait une prescription qui est envoyé</p>	<p>« on a la chance d'avoir un gros service de sport avec un environnemen t aussi, puisqu'on a le parc, on a l'accès à la mer, aux activités nautiques. »</p>	<p>« on a des des profs enseignants en activité physique adaptée donc les profs APA »</p> <p>« quand le patient nous fait part d'une d'un souhait de reprise d'activité physique, on va les orienter vers les profs APA pour qu'ils puissent échanger avec eux » l</p> <p>« on a souvent des journées découvertes sports adaptés ou sorties dans un club »</p>	<p>« il y a un gros travail qui est fait avec et par les les professeurs d'activités physiques adaptées, les APA ... eux déjà qui les sensibilisen t beaucoup voilà sur ce qui est possible avec des contacts au niveau des clubs »</p> <p>« certains clubs Handi de X (ville) ou des alentours qui qui intervienne nt ici »</p> <p>« nous</p>

		<p>« <b>l'équipe de basket</b> de X ... permettent aux patients qui le désirent de pouvoir s'initier »</p> <p>« il y a aussi des <b>associations</b>, ... Il y a le foot fauteuil qui vient aussi voilà ça permet d'avoir un aperçu voilà de ce qui existe. »</p> <p>« atelier sarbacane »</p> <p>« tir à l'arc »</p>	<p>"des initiations, des sensibilisations au tennis, à l'aviron »</p> <p>« on leur donnait des relais dans des associations »</p>	<p>choses qui bougent de ce côté-là. Et vue qu'on communique de plus en plus dessus euh et les gens peuvent se projeter un peu plus »</p> <p>« On a eu une démonstration de volley assis y'a pas longtemps, y'a vraiment plusieurs disciplines qui sont réalisées »</p>	<p>à l'APA et l'APA fixe un horaire »</p> <p>« c'est des activités qu'on a mis en place qui sont pas obligatoires. Donc le patient vient seulement si il a envie. Donc si y vient, souvent, c'est que c'est signifiant pour eux. »</p>			<p>derrière on peut intervenir là dans ce qu'ils vont faire à la clinique sur certaines activités l</p> <p>« on leur montre en leur faisant intervenir déjà d'autres personnes d'autres clubs, en les sensibilisant donc avec ce que peuvent faire les les APA »</p> <p>« des sorties à l'extérieur »</p> <p>« on a aussi des</p>
--	--	---	---	---	--	--	--	---

								contacts avec des associations « comme les autres »
<b>Buts recherchés par l'activité physique et sportive</b>	Bénéfices sociaux	« d'ouvrir sur autre chose même si y'a un <b>but rééducatif</b> qui est présent mais en tout cas c'est de pouvoir ouvrir à autre chose et de pouvoir avoir un <b>but loisir aussi à l'activité sportive.</b> »	«de <b>sociabilité</b> » « ça leur permet au moins d'avoir un lien social »	« une projection » « sur le fait que des choses soient encore possibles, pour avoir un <b>rôle social</b> au sein d'un club ce genre de choses » « <b>se défouler, oublier un peu le handicap, se surpasser</b> » « avoir des <b>défis</b> »	« <b>pair émulation</b> qui se fait puisque le gymnase il est commun puisque il y a à la fois des patients d'HDJ qui sont déjà sortis qui sont là et des patients d'hospit complète »	« rencontrer donc c'est aussi la partie <b>sociale</b> » « tester de, nouvelles activités sportives »		
	Bénéfices physiques	« balnéo ou la musculation ... ça va être des activités sportives qui vont être proposées à tous dans un <b>but</b>	« le <b>renforcement musculaire</b> » « tout ce qui est aussi forcément <b>cardio-respiratoire</b> » « <b>limiter la prise de poids</b> ... il y a aussi		« arriver au <b>reconditionnement</b> à l'effort mais <b>musculaire</b> et <b>respiratoire</b> et <b>cardiovasculaire</b> » « <b>renforcement musculaire</b>	« ça fait aussi parcours du partie du parcours de réadapt, de réentraînent en fait, avec que ça soit de la manip de fauteuil »		



		purement rééducatif »	un grand lien avec les escarres »		des membres sup chez les paras pour, avant l'apprentissage de transferts »			
	Bénéfices psychologiques et émotionnels	« motivation de rééducation »	« le sport est un vrai facteur d'estime de soi, de valorisation de soi »	« moins penser à leurs douleurs » « ça peut avoir énormément d'avantages l'activité sportive du coup »  « c'est souvent hyper important pour le moral dans les mois qui suivent euh quoi. Le fait de retrouver un rôle, de retrouver les occupations, ça leur permet quand même de se projeter malgré le handicap »		« aller renforcer ce qui est présent ou et puis la partie occupationnelle, j'ai envie de dire aussi »  « objectif de reprise des loisirs »		

Professionnels impliqués dans cette activité	APA	« c'est principalement les APA »	« un kiné et un APA »	« nous on peut être à même de le faire hein en <b>ergo</b> mais c'est vrai que quand ça touche ce domaine-là on essaie quand même de travailler en pluridisciplinaire avec les <b>APA</b> car ça reste quand même leur domaine de compétences privilégié à eux »	« moi je fais, parce qu'en fait l'activité, l'activité Boccia et sarbacane, c'est moi qui l'ai mis en place avec les <b>APA</b> . Donc en <b>ergo il y a que moi</b> , les autres ils sont pas spécialement impliqués là-dedans et on essaie de faire venir bah le <b>kiné</b> quand il peut sur l'activité et les <b>orthophonistes</b> »	« on a la chance d'avoir un service de de <b>d'APA</b> . Alors c'est vrai qu'au niveau sport ben finalement »	« <b>nous</b> on peut être amené aussi à à intervenir dans ce dans ce type de prise en charge » l	« <b>nous</b> , on, on accompagne donc les les APA là- <b>dedans</b> et les personnes » l.107-108		
	Kinés	« parfois les <b>kinés</b> »		« souvent en lien avec euh, avec la prise en charge <b>kiné</b> »	« nous les <b>ergos</b> sont sollicités pour tout ce qui est adaptation de matériel »	« nous les autres ils sont pas spécialement impliqués là-dedans et on essaie de faire venir bah le <b>kiné</b> quand il peut sur l'activité et les <b>orthophonistes</b> »	« nous <b>l'ergo</b> , on est, on a vite une intervention ponctuelle »	« c'est vraiment une prise en charge pluridisciplinaire donc les kinés c'est certain, l'assistante sociale éventuellement »	« ça peut être les kinés aussi » l.131	
	Ergothérapeutes	« nous les <b>ergos</b> sont sollicités pour tout ce qui est adaptation de matériel »		« souvent en lien avec euh, avec la prise en charge <b>kiné</b> »	« nous les autres ils sont pas spécialement impliqués là-dedans et on essaie de faire venir bah le <b>kiné</b> quand il peut sur l'activité et les <b>orthophonistes</b> »	« nous <b>l'ergo</b> , on est, on a vite une intervention ponctuelle »	« nous les autres ils sont pas spécialement impliqués là-dedans et on essaie de faire venir bah le <b>kiné</b> quand il peut sur l'activité et les <b>orthophonistes</b> »	« nous <b>l'ergo</b> , on est, on a vite une intervention ponctuelle »	« c'est vraiment une prise en charge pluridisciplinaire donc les kinés c'est certain, l'assistante sociale éventuellement »	« ça peut être les kinés aussi » l.131
	Autres : orthophonistes, ingénieurs, orthoprothésistes	« nous les <b>ergos</b> sont sollicités pour tout ce qui est adaptation de matériel »		« souvent en lien avec euh, avec la prise en charge <b>kiné</b> »	« nous les autres ils sont pas spécialement impliqués là-dedans et on essaie de faire venir bah le <b>kiné</b> quand il peut sur l'activité et les <b>orthophonistes</b> »	« nous <b>l'ergo</b> , on est, on a vite une intervention ponctuelle »	« nous les autres ils sont pas spécialement impliqués là-dedans et on essaie de faire venir bah le <b>kiné</b> quand il peut sur l'activité et les <b>orthophonistes</b> »	« nous <b>l'ergo</b> , on est, on a vite une intervention ponctuelle »	« c'est vraiment une prise en charge pluridisciplinaire donc les kinés c'est certain, l'assistante sociale éventuellement »	« ça peut être les kinés aussi » l.131

					sur une activité fonctionnelle et signifiante »  « l'enseignant APA est pas présent en staff pluridisciplinaire »  « médecin fait une prescription »	compétences techniques»  « notre <b>éducateur</b> qui participe aux sorties »	« patient, <b>kiné, ergo, APA, psychomot,</b> peut-être les <b>orthoprothésistes</b> »	d'ingés » l. 347
--	--	--	--	--	--	---	--	------------------

Thème 5 : La pratique de l'ergothérapeute dans la reprise d'activité sportive signifiante								
Sous-thème	Sous-sous thèmes	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<b>Participation de l'ergothérapeute dans l'activité sportive signifiante</b>	L'ergothérapeute accompagne et aborde l'activité sportive signifiante	« je les accompagne effectivement pour qu'il puisse faire du sport ici et qui sachent en faire après »  « Je les accompagne pour qu'ils	« Je l'aborde »	« Je la propose »	« alors je l'évoque »	« je vais l'aborder »	« oui oui oui »	« Je l'aborde assez assez rapidement »  « dès le début on on l'aborde » l

		aient les moyens de pouvoir reprendre le sport »						
	Fréquence d'intervention dans cette activité	« en hospitalisation complète pas beaucoup »			« plusieurs fois »	« nous on intervient de façon ponctuelle, pour l'adaptation »		« ça nous arrive assez assez régulièrement »
<b>L'identification des activités sportives significantes</b>	Moyens et moments où l'activité sportive est abordée	« au cours de <b>l'entretien d'entrée</b> » « si c'est des gens qui sont très sportifs ça fait partie des choses qui vont nous dire oui » l.258-259  « on fait un <b>type MCRO</b> »	« si le patient m'en parlais pas, en tout cas initialement lors du <b>bilan d'entrée</b> au moment de recenser ses habitudes de vie, est-ce que déjà il faisait du sport et voilà est ce que c'est quelque chose qui voudrais reprendre »  « puis <b>après au cours de la prise en charge</b> en fonction encore une fois de la	« si c'était quelqu'un fin si lors de <b>l'entretien initial</b> il nous dit dans ses loisirs qu'il avait une pratique sportive quotidienne ou très intense euh on va en parler très rapidement bien sûr »	« dans les <b>bilans intermédiaires ... bilan initial</b> quand on le fait bien parce que des fois en termes psychologiques, c'est difficile de d'aborder tous les points sur un bilan initial, mais quand on peut-on parle des loisirs antérieurs, des activités sportives antérieures, quand on sent que c'est faisable » « Y'a pas mal d'échanges informels dans les services »	« l'entretien »  « l'entretien ergothérapeutique »  « de <b>façon informelle</b> au cours des séances »  « faire des propositions au cours de de <b>des échanges et des discussions</b> qui vont permettre de faire cheminer en douceur, en fait la personne »	« dans notre <b>entretien initial et dans notre prise en charge</b> , on questionne le patient sur toutes les sphères de sa vie de sa vie donc ça passe par la sphère loisir et donc la sphère activité sportive »    « ça passe par le dialogue avant tout »  « L'observation »	« quand on fait la de base la connaissance de la personne sur les <b>entretiens initiaux</b> qu'on qu'on apprend leur leur mode de vie précédent on de cette manière ci on a déjà une première une première idée de ce qu'il faisait, de ce qu'ils aimaient faire »

		<p>dimension psychologique »</p> <p>« pour des patients ça été très rapide donc après ça été <b>de leur demander donc soit avec la MCRO, soit au cours d'entretiens on va dire informels,</b> de savoir quelle activité sportive ils voulaient re-tester et donc dans ce cas soit on lançait les activités qu'on avaient sur place »</p> <p>« lors de permissions le week-end pour pouvoir tester des choses, me faire un retour et qu'on puisse bah avancer et réfléchir »</p>		<p>« on est certaine en ergo en kiné tout ça, être impliqué dans le milieu sportif dehors et en fait, on se, on se prive pas d'en parler entre nous devant les patients aussi, avec les patients. Y'a pas mal d'échanges informels dans les services »</p> <p>« essaie d'entraîner une discussion informelle »</p>		<p>« ils nous disent très vite quand ça a du sens pour eux ça ils nous le disent très très vite »</p>	
--	--	---	--	--	--	---	--

Rôles actuels investis par les ergothérapeutes dans l'activité sportive en coopération avec les autres professionnels	Mises en situation écologiques pour tester le matériel			<p>« mises en situation en institution »</p> <p>« les faire tester quoi et adapter si y faut »</p> <p>« si y faut un fauteuil vertic pour être face à un sac »</p>	« essayer d'organiser des essais en fait »	<p>« parce que ça nous arrive aussi de faire avec eux justement pour tester »</p> <p>« Kayak où là on a fait des mises en situation en piscine »</p> <p>« on prend le matériel, on fait des adaptations et puis bah à un moment donné, faut aller tester »</p> <p>ça a permis de valider ou de justement de venir modifier, de continuer faire de rendre perfectible, en fait la l'adaptation »</p>		
	Adaptation du matériel sportif, aides techniques	« tennis de table, où du coup c'était un tétra bas	« dans le conseil aux aides techniques ... ce qui est besoin de	« adapter des gants de boxe pour arriver à les	« une préhension pour pouvoir tenir les accessoires de CrossFit en	« l'aide technique personnalisée hein	« on a testé en séance d'ergo avec un revendeur euh	« des adaptations, pour leur permettre de

	nécessaires à l'accomplissement de l'activité sportive	<p>qui avait des difficultés pour bien maintenir la raquette dans sa main euh du coup ça été <b>d'adapter la raquette pour que, pour qu'il puisse faire l'activité</b> »</p> <p>« choisir le <b>matériel spécifique</b> »</p>	<p>préhension de raquette par exemple ... <b>réfléchir à l'adaptation</b> pour ça »</p> <p>« <b>aménagement de l'environnement</b> »</p>	mettre tout seul »	<p><b>adaptant le matériel</b> si besoin »</p> <p>« Il a fallu <b>choisir un fauteuil avec je sais pas, des accoudoirs particuliers</b> qui va lui permettre de pouvoir se changer correctement quand elle va dans le gymnase pour faire le rugby fauteuil, ce genre de choses. Ou un fauteuil qui a le Lift, parce que ben pour la Sarbacane ou pour la Boccia, c'est plus facile de euh d'aller mettre la balle »</p>	<p> finalement, nous utilise beaucoup l'impression 3D »</p> <p>« nous on intervient de façon ponctuelle, pour l'adaptation »</p> <p>« le tennis de table, bien évidemment, ça en a fait des adaptations très souvent »</p> <p>« on a fait des adaptations de de casques, le casque avec flexible avec les licornes »</p>	un vélo adapté, un vélo à bras »	<p>faire du sport fin comme du du sûr du tennis de table une <b>adaptation pour tenir la raquette</b>, sur du hockey fauteuil <b>pour tenir la crosse</b> »</p> <p>« adapter le matériel déjà existant »  </p> <p>« d'accompagner voilà sur s'il y a besoin pour tenir spécifiquement ce genre de choses voilà ça ça nous arrive assez assez régulièrement »</p> <p>« on leur montre aussi du matériel qui existe, comment ils</p>
--	--	---	--	--------------------	---	--	----------------------------------	--

								utilisent, pour qu'ils puissent l'essayer, de voir si ça peut répondre à leurs besoins par rapport à leur quotidien »
	Installation et positionnement		<p>« moi pour un patient je m'étais penché sur comment il allait faire son transfert dans le kayak, les <b>supports à prévention d'escarres</b> pour le kayak par exemple »</p> <p>« le <b>coussin de sport</b> souvent ça va pas être leur <b>coussin</b> de tous les <b>jours</b> parce que souvent il est trop rigide »</p> <p>« Après sur tous les supports à</p>					<p>« des <b>installations</b> par exemple pour du tir à l'arc au fauteuil que que j'ai pu faire »</p> <p>« d'être <b>vigilant sur l'installation</b> »</p> <p>« s'il y a besoin, voilà des de <b>matériel spécifique</b> »</p> <p>« un <b>transfert spécifique</b> euh je sais pas dans dans une coque particulière,</p>



		<p>prévention d'escarres donc ça c'était aussi notamment dans les fauteuils de rugby ou de tennis ou de basket. Du coup bah déjà choisir le fauteuil adéquat et puis ben bien souvent c'était aussi un coussin pour prévention d'escarres spécifique »</p> <p>« beaucoup de patients blessés médullaires jeunes qui sont qui ont finis leur rééducation initiale qui n'avaient pas d'escarres et qui ont des escarres à cause du sport »</p> <p>« qui puisse aussi être le</p>					<p>une adaptation pour le faire etcetera. »</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

			<p>plus performant possible dans l'activité sportive et du coup c'est un patient où on a réfléchis au fauteuil de basket, on a refait les réglages »</p> <p>« on utilisait les nappes de pression ... pour un fauteuil de sport dynamique on avait vraiment besoin de savoir quand y s'penchait pour ramasser la balle, quand y shooter, enfaite de voir tous les déports de poids et du coup bah voilà on a réussi à lui trouver le coussin dédié au basket »</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			« aide matérielle, de la prévention d'escarres »					
	Communication informations sur possibilités sportives		<p>« avec mon expérience en bénévolat j'ai pas mal de <b>contacts dans différents sports où je pouvais donner aux patients</b> »</p> <p>« ou soit c'est une activité qu'on avait pas sur place et du coup je lui donnait euh les <b>réseaux que j'avais pour pouvoir tester</b> »</p> <p>« <b>donner des contacts</b> de relais »</p> <p>« je suis aussi aller trouver des <b>ressources extérieures</b> et des <b>relais extérieurs</b> pour</p>		<p>« ça d'office, j'en parle à tous les tous les patients. Et le but, c'est <b>qu'ils sachent que ça existe</b> »</p> <p>« c'est leur <b>donner tous les contacts</b> »</p>			

			<p>les, euh pour les patients »</p> <p>« j'ai aussi <b>orienté quelques patients vers ce stage-là</b> »</p>					
	Coopération avec les autres acteurs autour de l'activité sportive signifiante	« le lien avait été fait et avec les <b>kinés</b> et avec les <b>professeurs d'APA</b> pour savoir ce qu'il faisait réellement en séances »	<p>« je travaille beaucoup en <b>collaboration avec les kiné et les APA</b> pour aussi permettre la réflexion sur la reprise d'activité sportive »</p> <p>« du coup très rapidement avec l'APA on a cherché avec lui des activités sportives qui pouvaient correspondre à ses valeurs de vie donc avec quelque chose où il se sente performant, satisfaisant »</p>	<p>« aller dans un club, essayer de voir si il est accessible ou ce genre de chose on peut y aller en <b>binôme avec l'APA</b> »</p> <p>« tout ça, je tiens à dire en lien avec les APA parce que c'est quand même leur cœur de métier à eux quoi »</p>	<p>« j'ai ai accompagné à la reprise sportive <b>toujours en en pluridisciplinaire</b> parce que je trouve que c'est toujours important d'impliquer les autres professionnels »  </p> <p>« on a mis en place aussi euh des activités sportives communes ergo / APA sur l'activité Boccia et sarbacane pour parce que ça peut permettre à des patients plus dépendants de pouvoir participer »</p>	« l'ergo il a aussi cette possibilité de pouvoir faire appel à tout ce qui est assos tout ce qui est bah, partenaire extérieur »	<p>« dès qu'on a l'information <b>on transmet l'équipe</b> et après on voit vraiment globalement comment nous, on peut agir sur ce, sur ce point-là »</p> <p>« on a testé en séance d'ergo avec un revendeur euh un vélo adapté, un vélo à bras »</p>	<p>« derrière on se je me suis rapproché d'un <b>orthoprothésiste</b> pour fabriquer, on va dire cette adaptation-là" »</p> <p>« on peut faire on fait venir des des fabricants ou des de matériel ou des ou des anciens patients qui ont acquis un matériel spécifique et qui viennent voilà partager »</p>

			<p>« soit on lançait les activités qu'on avaient sur place et dans ce cas-là on collaborait avec l'APA »</p> <p>« on était tous <b>complémentaires les uns des autres</b>. Mes collègues kinés sur tout l'aspect effectivement prévention d'épaule ... c'est leur spécialité, ... puis le prof APA pour tout ce qui est du coup réentraînement cardio-respiratoires euh voilà pour tout ce qui est réadaptation à l'effort qui est quand même essentielle pour la pratique sportive aussi »</p>					<p>leur expérience »</p> <p>« sur des adaptations voilà qui peuvent être faites spécifiquement avec là où il y a une collaboration, personne ergo et ingénieur »</p> <p>« pour un ergo c'es hyper valorisant ben on a entièrement notre place dans cette prise en charge et on a entièrement notre place dans l'équipe pluridisciplinaire » « ça permet de développer des liens aussi avec les autres professionnels</p>
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			« le <b>binôme ergo/assistante sociale</b> était très fort pour tout ce qui était dossier de financement pour la pratique sportive notamment »					et de de construire un projet »
	Pairémulation  <b>NOUVEAU</b>		« des fois c'est juste <b>discuter</b> , les <b>revaloriser</b> , les <b>rassurer</b> avec notamment la <b>pairémulation</b> »  « parce que moi c'est un outil que j'utilise tout le temps notamment dans la pratique sportive »  « mais je crois que pour le sport c'est, c'est la thématique fin l'occupation où j'ai le plus utilisée la pair émulation »	« ça fait un peu <b>pair émulation</b> de groupe, c'est-à-dire que lui, au travers de lui y montrer sa discipline voilà et pour moi l'idée c'était de montrer à d'autres qui venaient d'être accidentés bah que la vie continue et que d'autres choses sont possibles. »				« mettre en en contact avec des <b>personnes on va dire extérieures</b> qui on va dire vivent leur activité en même temps ben qui travaillent voilà qui sont qui ont leur vie familiale, etcetera ça plus être un accompagnement à ce niveau-là voilà pour leur montrer on va dire comment ils font au quotidien » I

			« c'est le moyen qui leur permet le plus d'être résilient et de passer ses étapes de deuil, en tout cas chez le blessé médullaire »					« tout ce qui est partage l'expérience fin là tout ce qu'ils vont tout ce qu'on appelle un peu la <b>pair émulation</b> »
	Établissement du cahier des charges	« lui c'était dans ses projets à la sortie de pouvoir continuer à aller, pas forcément faire du vélo dans un premier temps mais en tout cas pouvoir accompagner les personnes qui faisaient du vélo donc bien évidemment quand on a <b>pensé à l'achat de son</b>	« on a réfléchi <b>son fauteuil de ville</b> parce que voilà y'avais aussi une problématique voilà pour qu'il soit performant en sport y faut aussi qui soit bah performant dans la vie quotidienne »  « on a revus totalement son <b>fauteuil de sport</b> »		« la <b>mise en place d'une motorisation pour son fauteuil</b> pour qu'elle puisse garder de la force pour quand elle va aux entraînements et quand elle va sortir des entraînements et qu'elle sera fatiguée [...] Donc il fallait qu'elle puisse se déplacer après jusqu'à son appartement après l'entraînement»			« moi d'évaluer puis de de mettre en place on va dire un un <b>cahier des charges</b> pour pas en pour permettre de de de donc de tirer »

		<b>fauteuil perso y'avait cette idée d'avoir une troisième roue »</b>						
	Utilisation de l'activité sportive signifiante comme but et moyen rééducatif				<p>« comme <b>objectif</b> et si on peut l'utiliser comme <b>moyen, on l'utilise comme moyen</b> aussi de <b>rééducation, l'activité sportive</b> »</p> <p>« comme on travaille en boccia à prendre une balle, la poser dans une dans une gouttière et ce genre de choses et ben après on peut les transférer dans des apprentissages dans la vie quotidienne, prendre un verre ou prendre attraper un téléphone, un objet sur une table, ce genre de</p>	<p>But : « ce rôle de <b>rééducation pour les prérequis</b>, c'est à dire que c'est « ok, là il va te falloir faire ça, ben là on va les renforcer ou on va aller chercher, il va falloir d'abord que t'arrives à te pencher à ton fauteuil, sur ton fauteuil et donc c'est travailler les prérequis aussi en termes de rééducation pure «</p>	<p>« tout le long de la prise en charge a utilisé des <b>moyens qui étaient signifiants</b> pour lui : trouver de l'équilibre ok mais on va pas travailler l'équilibre juste avec des pions, pourquoi pas utiliser un ballon de basket, lui faire faire des passes et voilà pareil, les préhensions y avait un déficit au niveau des préhensions et comment comment euh on peut</p>	



					<p>chose ou aller pousser quelque chose plus loin »</p> <p>« on a beaucoup travaillé, notamment sur l'habillement, parce qu'elle savait s'habiller seulement au lit et donc on a beaucoup travaillé sur l'habillement, au fauteuil, habillage/déshabillages au fauteuil pour qu'elle puisse justement se changer sur dans un vestiaire »</p> <p>But : « La prise des transports en commun aussi autour de cet <b>objectif</b> »</p> <p>But : « Et puis on a travaillé et c'était pour le coup un objectif prioritaire pour lui de pouvoir reprendre le</p>		<p>adapter fin pas comment adapter mais comment on peut inclure le basket dans les préhensions donc c'était dans mes souvenirs on avait fait un, on lui avait fait de mettre un maillot de basket » l</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

					CrossFit et donc du coup, on a beaucoup travaillé avec cet objectif-là, euh même de pouvoir s'asseoir par terre pour pouvoir les faire les exercices de CrossFit par terre »			
	Mises en situation		« pouvoir du coup le <b>mettre en situation</b> alors <b>écologiques</b> ou pas. ... qui puissent faire en sécurité hein, notamment en <b>sécurité cutanée</b> euh et puis que voilà ils prennent du plaisir, de la satisfaction, qui se sentent performant pour faire cette activité »	« accompagner fin leur permettre de <b>tester, se mettre en situation</b> » « dans tous les cas faut <b>faire les mises en situation,</b> »		« la mise en situation pour <b>tester du matériel, tester une installation,</b> tester une technique, tester »  « rôles de mise en situation »	« <b>des mises en situation</b> »  « pour vraiment <b>voir en situation purement écologique,</b> ce qui pose problème »  « on a notre on peut ... <b>accompagner des patients à l'extérieur avec un prof APA, avec un kiné pour évaluer sa gloablité</b> »	
		« j'avais accompagné la personne						

		<p>pour qu'on puisse <b>regarder les activités qu'il y avait à côté</b> de chez lui, comment est-ce qui pouvait faire pour y aller » « <b>planification de la semaine</b> pour savoir quand est-ce que <b>c'était le plus propice de pouvoir mettre les séances de musculation</b> et de décider de quelles étaient les étapes à faire pour pouvoir aller s'inscrire et quel été le moyen de transport qui allait être utilisé pour y aller »</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

<p><b>Rôles identifiés par les ergothérapeutes dans la reprise d'une activité sportive signifiante</b></p>	<p>Adaptations : aides techniques et matériels</p>		<p>« <b>d'adaptation de l'environnement</b>, euh fin les <b>systèmes de compensation</b> on va dire les <b>aides techniques</b> euh globales euh que ça soit <b>du conseil ou de la fabrication sur mesure</b> »</p> <p>« fabrication sur mesure notamment pour le patient qui aurait un haut niveau »</p>	<p>« <b>adapter</b> pour rendre possible »</p>		<p>« <b>rôle d'adaptation avec les aides techniques</b> »</p>	<p>« essayer un fauteuil de sport il y a certes la place du prof APA mais il y a le rôle de la place de l'ergo parce que ben est ce que le patient avec ses déficits à assez d'équilibre pour tenir avec fin avoir ce type de fauteuil ? est-ce que il arrivera à se propulser de manière efficace ? »</p> <p>« <b>essais de matériel</b> »</p> <p>« faire des <b>sorties extérieures, accompagner le patient dans son club</b> éventuellement pour vérifier</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--	--

							... l'adaptation de l'environnement »	
	Conseils, informations, orientation	« l'ergo qui est là pour <b>conseiller</b> et du coup pour <b>orienter</b> »		« c'est <b>informer</b> »  « toute façon je trouve qu'on a un rôle, même si c'est pas nous directement qui allons le gérer, y faut savoir vers qui orienter et dans tous les cas si ça vient à sortir dans un entretien y faut en faire quelque chose. Même si c'est pas nous directement, voilà <b>faut savoir vers qui diriger</b> »	« rôle d'information »	« <b>rôle de réorientation ou d'orientation</b> vers des <b>professionnels</b> ou des justement, des <b>associations</b> »  « <b>rôle d'information</b> » « d'aider la personne dans dans ses recherches en elle-même que ce soit en termes de matériel grand public, de recherche justement de ce qui pourrait être fait même si c'est pas nous qui faisons l'adaptation	« <b>conseil</b> »  « fournir une liste de clubs adaptés »	« <b>contact association</b> »  « pairémulation »

				« faut bien <b>expliquer, informer</b> »  « <b>leur donner tous les contacts</b> »		mais ce qui pourrait être fait ou de ce qui existe en commerce »		
	Identification de l'activité sportive signifiante du patient et planification par rapport aux AVQ	« pour avoir <b>quelque chose qui est le plus adapté possible</b> »	« c'est de, de <b>pouvoir cibler l'activité sportive qui fait sens pour le patient</b> »		« pouvoir le <b>prendre en compte par rapport à la gestion des soins de l'habillement</b> des déplacements, de toutes les tâches qu'il va prendre en main à la maison. C'est à dire qu'on va réfléchir à je sais pas moi le transfert voiture, on va réfléchir à comment charger le matériel de sport dans la voiture aussi, quand on va penser à l'habillement, qu'on va travailler l'habillement au lit »	« rôle de <b>rééducation pour les prérequis</b> »	« faire style une <b>analyse d'activité</b> : qu'est ce qui pose problème pour le patient actuellement ? comment je peux faire en sorte qu'il arrive à réaliser cette activité de manière plus efficace efficiente ? »	« <b>l'évaluation</b> euh des <b>capacités de la personne</b> c'est si on va dire ça ces situations de handicap spécifiquement liées à à lié à son activité »

<p><b>Spécificités de l'ergothérapeute pour travailler avec les autres professionnels autour de la reprise d'activité sportive significative</b></p>	<p>Vision globale</p> <p>Adaptation et aménagement de l'environnement</p>	<p>« <b>vision assez globale</b> de la personne sur les différents aspects de sa vie »</p> <p>« ça je pense que ça peut être un plus de l'ergo par rapport aux autres professionnels qui, fin notamment aux professeurs d'APA qui sont vraiment focalisés plus sur le sport donc je pense que ça s'est intéressant je pense bah voilà comment la personne puisse faire son transfert</p>	<p>« tout <b>aspect aménagement de l'environnement, conseils en aides techniques</b> euh voilà on est peut-être plus positionnés là-dessus. »</p> <p>« par le MOH, ben je pense aussi que peut-être euh vu qu'on a une <b>vision un peu plus holistique</b> de la personne et de toutes les composantes de la personne, peut-être qu'on est un peu plus à même de comprendre et de tirer les bonnes ficelles notamment sur tout ce qui est <b>aspect psychologique, motivationnel</b> »</p>	<p>« notre prise en charge globale »</p> <p>« ce côté créatif et débrouillard »</p>	<p>« la vision globale, la connaissance vraiment du quotidien du patient et de ses habitudes de vie, de son environnement physique et social »</p> <p>« la <b>spécificité de l'ergothérapeute je pense que c'est ça, cette vision globale</b> »</p> <p>« <b>y'a que l'ergo qui à cette vision globale</b>, parce que peut-être qu'il y a des certains kinés, certains vont y penser, mais pas pouvoir avoir cette vision vraiment globale dans toute la prise en charge en même temps, même dans le choix du matériel, ça peut être dans le choix du fauteuil»</p>	<p>« on a l'avantage d'avoir cette <b>vision globale</b> de connaissance de la personne, de ses capacités, de son mode de vie »</p> <p>« <b>prendre en compte tous les éléments</b> qui vont impacter la reprise ou la ou la ou l'activité qu'elle soit nouvelle ou pas »</p> <p>« toutes ces notions, ces concepts qu'on peut retrouver un peu dans l'ergothérapie, qui sont des</p>	<p>« l'analyse des activités »</p> <p>« notre métier c'est de la définition même, c'est l'occupation, c'est <b>l'analyse d'activité</b> donc analyser l'activité et transmettre aux collègues ... donc ça c'est vraiment le rôle propre »</p> <p>« conseil du matériel, de conseil de des techniques vraiment spécifiques au sport. »</p> <p>« l'œil global quoi »</p> <p>« Notre <b>vision globale</b> aussi fin d'avoir une vision large du patient. »</p>	<p>« on va avoir un rôle qui va beaucoup plus être sur voilà sur comment ben justement, la <b>l'accessibilité, on va dire du du sport</b> »</p> <p>« faire faire du lien avec avec des des clubs, donner des des contacts donc ça ça va plus être les APA qui vont s'en occuper et après, nous, ça va être, on va plutôt se concentrer sur <b>comment leur leur donner les les moyens voilà sur les activités spécifiques pour la réaliser</b> »</p>
--	---	--	---	---	--	---	--	--

		<p>seule dans le fauteuil »</p> <p>« on a cette <b>vision globale</b> de l'ergo qui nous ait je pense assez spécifique est qui est importante qui englobe la réadaptation du matériel sportif, qu'aura un peu moins un autre professionnel »</p> <p>« vision plus globale par rapport à l'achat du matériel de la personne aussi. »</p>	<p>« on est peut-être le professionnel qui a la <b>vision la plus large de l'activité</b> et pas seulement centré, comme par exemple le kiné il sera je pense beaucoup plus spécialisé sur l'instant T où il joue au basket mais pas tout le reste de l'activité. »</p> <p>« on a une <b>vision assez globale, holistique du patient et de son environnement et de ses occupations</b>, peut être comparé à d'autres corps professionnels »</p>			<p>sciences de l'occupation »</p> <p>« <b>l'occupation</b> c'est le propre de l'ergo »</p> <p>« c'est notre spécificité, en fait, c'est la reprise des occupations »</p> <p>« la partie <b>d'adaptation</b>, clairement je pense qu'elle est spécifique à l'ergothérapie »</p>	<p>« on va vraiment pouvoir un peu ben essayer peut-être <b>de de coordonner on va dire les différents aspects</b>, tout ce qui va environ en graviter autour de la de la personne pour lui permettre là de de réaliser ces cette activité là. »</p> <p>« nous notre notre outil va nous notre outil spécifique ergo la là-dedans, ça va plus vraiment être je pense, notre <b>vision globale</b> »</p>
--	--	---	---	--	--	--	---



			<p>« je pense que nous on a aussi la version un peu plus large de savoir que bah voilà pour une activité sportive bah enfaite faut prendre en compte toute l'activité sportive, donc effectivement comment se rendre sur place, comment faire l'activité, comment uriner sur place, comment prendre sa douche »</p> <p>« on premet aussi de pouvoir adapter la prise en charge des autres professionnels »</p>					<p>« notre sensibilité à évaluer on va dire la les capacités de la personne spécifiquement dans une ou des activités »</p> <p>« comment justement on va on va les mettre en lien mais pas uniquement justement sur une activité »</p> <p>notre notre regard va vraiment être là-dessus, d'évaluer et comprendre ce qu'ils sont capables de faire, ce qu'ils peuvent faire ou sont les difficultés, comment planifier cette activité par rapport au quotidien »</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p><b>Bénéfices en intégrant l'activité sportive significative dans la PES ergothérapeutique</b></p>	<p>Bénéfices occupationnels</p>	<p>« ça allait lui permettre aussi <b>d'avoir un objectif</b> et en tout cas quelque chose sur lequel se <b>projeter</b> et que c'était important qu'on puisse tout faire pour que la personne <b>puisse ancrer ça dans ses habitudes de vie.</b> »</p>		<p>« montrer à d'autres qui venaient d'être accidentés bah que la vie continue et que d'autres choses sont <b>possibles.</b> De façon différente certes mais qu'encore on trouvait des sensations, on peut pratiquer l'activité »</p> <p>« et que voilà oui faut faire attention à ses épaules oui mais est-c'qui faut mieux pas utiliser un fauteuil de douche pour des transferts en moins le matin pour les activités</p>	<p>« que le patient soit au courant de ce qui existe, que ça existe, que c'est possible »  </p> <p>« on voit qu'une barrière à la participation aux activités sportives des blessés médullaires c'est souvent qui sont pas au courant de ce qui existe vraiment, pratiques, accessibles à eux ou ils où ils arrivent pas à se dire qu'ils pourraient être capables de le faire. Donc du coup, le le l'action la plus importante, c'est déjà d'en parler et qui sachent ce qui existe et qui sachent que c'est faisable »</p>	<p>« donner les possibilités, d'offrir des possibilités parce que des fois, on se rend pas compte que la personne ne se rend pas compte finalement, qui y'a des choses aussi qui sont possibles, donc elle se l'interdit »</p> <p>« reprise d'activité de loisirs »</p> <p>« rapport à son corps, aux reprises de confiance, valorisation, renforcement global, travail de l'équilibre »</p> <p>« <b>sphère occupationnel</b></p>	<p>« utiliser des outils et des des et des médiateurs de rééducation vraiment signifiants »</p>	<p>« un travail sur vraiment sur comment malgré le handicap disons ben voilà et que la réalisation d'une activité ancienne et même nouvelle est possible et qui a tout à fait moyen de voilà de de <b>retrouver une activité significative</b> »  </p> <p>« on va beaucoup être sur du comment comment leur permettre de réaliser fin leur une activité significative comment leur permettre de on va dire</p>
--	---------------------------------	---	--	--	--	---	---	--

				<p>quotidienne mais garder une petite activité ludique dans laquelle on trouve du plaisir, mais oui qui va avoir une atteinte sur les épaules mais qui va faire du bien à tout le reste »</p> <p>« peuvent rebondir et trouver d'autres choses aussi qui leur apportera satisfaction. »</p> <p>« un moyen pour les faire se projeter dans un futur qui va être différent »</p> <p>« <b>leur donner les moyens</b></p>	<p><b>le » « Avoir des choses, une activité signifiante avoir quelque chose qui a du sens pour soi, donc c'est donc, c'est ce, se à se rendre utile parce qu'il y a pas d'obligation, mais d'efficacité »</b></p>	<p>reprendre la main et retrouver plaisir enfin pour réalisation de ces de ces activités-là »</p> <p>« sur la MCRO qu'on a fait et voilà sur ça la satisfaction, la réalisation de l'activité, leur évaluation sur le rendement est-ce que après coup voilà on arrive à la faire évoluer »</p> <p>« d'essayer de leur faire euh améliorer leur score dans cette dans les objectifs qu'ils auront cernés »</p>
--	--	--	--	---	---	---

				<b>de pratiquer une activité sportive</b> si ils le souhaitent »				
	Motivation, investissement, qualité de vie.	« la reprise du sport ça permettait d'avoir une <b>régularité dans la vie de la personne</b> »	« il dit « bah vous m'avez quelque part un peu <b>sauté la vie</b> parce que <b>sans vous j'aurai peut-être pas pu reprendre le sport</b> » et le sport pour lui très clairement c'est la <b>base de sa qualité de vie</b> et que sans ça il était au fond du trou. »  « je voyais bien qui y'avais une réelle différence sur leur <b>qualité de vie</b> après »		« je le vois aussi que ça peut être une très bonne manière de <b>remettre le patient acteur de son programme de rééducation</b> et de du coup de de son remaniement identitaire »  « c'est un outil en plus dans la rééducation qui travaille beaucoup de choses »  « ça permet de de vraiment donner sens à donner sens à ce qu'on fait à ce qu'on fait enfin avec les patients quoi. »	« ça favorise le processus de ce qu'on appelle la réadaptation »  « vrai bénéfice physique euh moteur global que ça soit de <b>récupération</b> , mais aussi de de <b>réadaptation de son corps</b> hein avec trouver des compensations »  « le versant plaisir, le bénéfice, prendre du plaisir et puis ben on sait que ça, <b>ça valorise, ça augmente</b>	« <b>trouver sens à sa prise en charge</b> , il été <b>beaucoup plus motivé, beaucoup plus investi</b> et et puis il sentait que notre intervention était utile »  « plus <b>d'investissement, plus de motivation</b> »  les patients là sont beaucoup plus motivés »  « la <b>relation de confiance</b> elle est beaucoup plus importante importante je trouve que quand on parle	« leur permettre de le faire sans sans se mettre en danger »  « <b>meilleure adhérence</b> de la de la personne » « l'adhérence de de la personne à la rééducation, une <b>posture</b> qui va être aussi <b>plus active</b> , une meilleure prise en main »  « la personne qui va vraiment <b>être actrice</b> un peu plus au niveau de sa de sa prise en charge »

						<p><b>l'estime de soi</b>  euh y'a aussi  toute la notion  de de <b>d'</b>  <b>empowermen</b>  <b>t</b>, de de de  <b>sentiment</b>  <b>d'auto</b>  <b>efficacité</b> ce  qui ce qui  <b>augmente la</b>  <b>motivation</b> »</p> <p>« si on  augmente  notre  sentiment  d'efficacité  bah pour la  personne <b>c'est</b>  <b>du mieux</b>  <b>agir.</b> »</p> <p>« retrouver le  la notion de  <b>dépassement</b>  <b>de soi</b> »</p> <p>« <b>sphère</b>  <b>physique</b> »  « <b>sphère</b>  <b>psychologique</b>  »</p>	<p>de choses qui  sont vraiment  signifiantes  pour le  patient »</p> <p>« plus de  médiateurs  thérapeutiques  »</p> <p>« il y a  beaucoup de  d'outils de  d'outils, de vie  quotidienne  qu'on retrouve  dans le sport  qu'on  retrouverait  pas forcément  ailleurs »  </p> <p>« on peut  l'utiliser  comme  médiateur de  rééducation et  c'est hyper  complet quoi  pour le  patient »</p>	<p>« ça va être un  outil de  rééducation et  que voilà qui  va être plus  facile pus  facile à  investir »</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

						« sphère sociale [...] la mise en relation aux autres »  « la personne <b>trouve du sens</b> , effectivement je pense que la notion de sens et de plaisir et elle est extrêmement importante car <b>elle est plus investie</b> »		
<b>Place de l'activité sportive signifiante dans le suivi ergothérapeutique</b>	Importance de la prise en compte de l'activité sportive	« qu'on a tendance quand même à prioriser notamment et au niveau de la rééducation et au niveau de la réadaptation sur encore une fois l'indispensable à la personne »	« je pense que c'est essentiel fin sous réserve que le patient adhère » « oui en tout cas <b>c'est un moyen</b> qui est pour moi est à développer, qu'il l'est pas encore assez qui malheureusement »  « si ça fait sens pour le patient,	« Si c'est une activité importante pour les patients <b>bien sûr qui faut en tenir compte.</b> »  « c'est rarement en première intention" »  « sur un séjour en	« <b>c'est super important</b> déjà à prendre en compte d'office »  « C'est important à évoquer et que si on peut, c'est important de pouvoir l'utiliser <b>comme but</b> fin <b>comme but de rééducation</b> et <b>comme moyen</b> aussi euh surtout si cette activité à	« Donc, donc c'est vrai que c'est, c'est, <b>c'est important, de prendre en compte.</b> C'est ce qui fait notre vie en fait, hein les loisirs c'est des occupations à part entière »	« c'est <b>hyper important</b> » « c'est hyper enrichissant » « les patients qui sont sportifs avant leur leur lésion c'est quand même des patients qui sont dynamiques, ... ils nous donnent beaucoup de	« elle est <b>importante bien entendue mais elle est je pense, c'est vraiment un aspect qui n'est pas qui est loin d'être vraiment 100%</b> ergo et qui nécessite vraiment du coup le un travail pluri. »

		<p>« y'a d'autres priorité » l</p> <p>« en rééducation moi ça me vas bien aussi que eux puissent s'occuper de cette partie-là pour pouvoir moi du coup me focaliser sur les autres aspects de la vie de la personne »</p> <p>« c'est pas quelque chose, en tout cas moi en hospitalisation complète, c'est pas quelque chose sur lesquelles on agit beaucoup dans un premier</p>	<p>en tout cas qui est comme n'importe quelle autre activité hein qu'elle soit sportive ou autre euh vecteur de revalorisation, d'estime de soi, de confiance en soi qui pour moi sont essentiels pour qu'il se projette dans cette future vie on va dire. Et qui souvent bah ça a quand même plus sens parce que manger, s'habiller, faire sa toilette euh bon j'ai jamais trouvé quelqu'un pour qui c'est une activité qui faisait du sens pour eux, c'est juste on va dire</p>	<p>première intention, ils ont envie de remarquer, ils vont avoir envie de récupérer et ça fait que les loisirs ça va souvent passer au second plan, en fin de prise en charge »</p>	<p>du sens pour le patient »</p> <p>« c'est difficile de pérenniser une activité sportive chez la personne en situation de handicap globalement et puis et puis ça l'est d'autant plus juste à la sortie d'une hospit, fin à partir d'une hospit initiale, parce que souvent, c'est très tôt, parce que le remaniement identitaire il est pas encore fait, parce que ben après ils vont rentrer chez eux et y vont découvrir plein de choses nouvelles et l'activité sportive ça va pas être la priorité »</p> <p>« en pratique, c'est difficile à mettre en place, vu la tension qu'on a en</p>	<p>« c'est important de de toute manière, il faut l'intégrer c'est sûr comme tout d'occupation »</p> <p>« c'est évident qu'il faut le prendre en compte parce que c'était une habitude de vie de la personne avant »</p> <p>« Je pense que c'est une histoire de temporalité dans le séjour, dans le parcours de soin euh que ça doit de venir, c'est d'ouvrir les possibilités à la personne mais attendre que ses</p>	<p>médiateurs, donc c'est extrêmement intéressant. »</p> <p>« pour certains tout le projet d'une vie le sport »</p>	
--	--	--	---	--	--	---	---	--

		<p>temps parce que, parce que l'urgence et on sait que les patients vont sortir très vite »</p> <p>« en termes de rééducation encore une fois euh c'est pas forcément quelque chose sur lesquelles je travaillerais en premier en tout cas. Et encore une fois de par le fait que du coup on a pleins d'autres choses à travailler avant pour la personne »</p> <p>« notamment pour la réadaptation, c'est</p>	<p>une obligation sociale »</p> <p>« c'est vrai que pour certains patients la question du <b>loisir et du sport arrivait plutôt en fin de prise en charge</b> »</p> <p>« c'est pas ce qui va être demandé en priorité par le médecin euh donc voilà y'aura pas forcément quelqu'un qui va aussi demander à l'ergothérapeute de questionner ça si l'ergothérapeute l'oublie et que le patient n'ose pas en parler non plus »</p>		<p>fait dans le monde hospitalier »</p> <p>« y'a toujours beaucoup de choses, entre guillemets, plus vitales à s'occuper avant »</p>	<p>demandes viennent d'elle et lui faire découvrir d'autres choses. »</p>		
--	--	--	---	--	--	---	--	--



		<p><b>indispensable d'avoir ça en tête quand on va choisir</b> le matériel, même le matériel indispensable pour la personne il faut qu'il puisse être compatible avec une reprise de sport » « <b>côté réadapt,</b> ça par contre pour moi c'est indispensable <b>effectivement que l'ergothérapeute soit présent »</b></p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

<p><b>Légitimité de l'ergothérapeute vis-à-vis de l'activité sportive</b></p>	<p>Légitimité ou non</p>	<p>« <b>c'est plus du domaine ... du professeur d'APA</b> »</p> <p>« Nous ici y'a des professeurs d'APA qui font ça du coup très bien euh et donc pour moi c'est pas forcément purement ergo de travailler cette reprise du sport, je parle en <b>termes de rééducation</b> »</p> <p>« <b>oui le rôle de l'ergothérapeute pour moi est indispensable et légitime dans la partie de</b></p>	<p>« <b>oui, oui oui</b> tout à fait c'est encore à développer malheureusement euh c'est pas encore assez mais voilà je pense euh tu vois, on le voit bien que y'a de plus en plus de webinaires sur cette thématique ... le <b>sport c'est un loisir comme un autre, c'est une occupation comme une autre</b> »</p> <p>« le sport bah c'est conjoint sur plusieurs professionnels et c'est peut être ça qui fait que aujourd'hui on a peut-être pas une place prépondérante mais ... il faut la faire et faut</p>	<p>« ben <b>oui j'pense</b> on est vraiment au milieu de tous les champs. On est le professionnel le plus à même d'être au milieu »</p> <p>« c'est une occupation comme une autre »</p> <p>« on peut pas le faire seul »</p> <p>« notre <b>prise en charge globale</b> et vraiment à l'écoute du projet du patient j'pense qu'on est bien au centre de tout le monde. Parce que en s'attachant</p>	<p>« <b>oui je pense que l'ergothérapeute est très légitime</b> »</p> <p>« parce qu'en fait notre <b>mission c'est de pouvoir rendre le patient autonome et indépendant pour toutes les activités qui doit faire ou qu'il a envie de faire et l'activité sportive en fait partie comme toutes les autres</b> »</p> <p>« ça rentre tout à fait dans nos compétences parce que <b>c'est une occupation comme une autre</b> au final »</p> <p>« est très, qui est très ergo dans le sens où c'est vraiment une <b>occupation</b> au sens ergothérapique »</p>	<p>« ben bien sûr que <b>oui la, l'ergothérapeute est légitime</b>, au même titre que toutes les occupations »</p> <p>« c'est une occupation à part entière, donc à partir du moment où c'est l'occupation, l'ergothérapeute et légitime »</p> <p>« pour retrouver justement <b>permettre à la personne de retrouver tous ces rôles</b>, cette partie rééducation objective, rééducation et aussi <b>tous ses</b></p>	<p>« <b>légitime oui</b> mais sans prendre la place des autres professionnels »</p> <p>« on a on a notre rôle on on peut complètement accompagner des patients à l'extérieur avec un prof APA avec un kiné pour évaluer sa globalité, quoi. On a une place, heureusement »</p> <p>« oui c'est une activité sportive et il y a des professionnels qui sont dédiés à l'activité physique, mais nous en tant qu'ergothérap</p>	<p>« <b>légitime, oui</b> parce que ben malgré tout ce champ là comme comme d'autres on a on a une profession dans le dans le rôle et de et d'agir, euh d'adapter les activités significantes et aussi significative de de la personne »</p> <p>« si le sport fait partie des différentes dimensions de la personne alors oui on se doit de on se doit d'y d'y intervenir et oui, du coup on devient on devient pertinent dans ce dans cette dans cette</p>
---	--------------------------	--	--	--	--	---	---	---

		<p><b>réadaptation</b> de la personne parce que le matériel qui sera choisi va dépendre euh, fin est inclut dans la globalité de la personne »</p>	<p>montrer qu'on a des compétences spécifiques et qu'on a après des compétences transversales »</p> <p>« parce que voilà je pense que c'est un champ qui mêle kinés, APA, ergos et que par rapport à d'autres occupations »</p> <p>« le sport bah c'est conjoint sur <b>plusieurs professionnels</b> et c'est peut-être ça qui fait que aujourd'hui on a peut-être pas une place prépondérante »</p>	<p>aux habitudes de vie, à l'environnement, on est au milieu de tous les domaines que ce soit du perso, de l'environnement que du socio-professionnel , on touche à tous les domaines de vie donc ça en fait partie le sport »</p>		<p><b>rôles dans sa vie »</b></p>	<p>eute on a cet œil d'évaluation a cet œil de de fin d'analyse »</p>	<p>prise en charge »</p> <p>« si voilà c'est le le sport fait partie de de ce qui est signifiant auprès de la personne de ce qu'elle est amené à faire et il y a des difficultés, alors oui on est du coup on on est on est pertinent pour y intervenir »</p>
--	--	--	--	--	--	-----------------------------------	---	---

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<b>NOUVEAU THEME</b>	<p>« la personne est pas forcément en capacités cognitives ou motivationnelles »</p> <p>« ils ont besoin aussi de retrouver un rythme de vie fin de vie quotidienne chez eux qui soit stabilisé pour pouvoir après voilà s'engager dans des activités sportives »  </p>	<p>« selon les patient et selon où ils en étaient dans leurs étapes de deuil et de résilience »</p> <p>« certains patients encore une fois bah si ils sont on va dire dans leur démarche d'acceptation de leur nouvelle vie fin »</p>		<p>« dans la réalité c'est tellement plus complexe, il y a tout le côté psychologique qui vient derrière »</p> <p>« souvent, c'est trop tôt pour mettre en place si on veut mettre en place une activité qui soit pérenne, sur une hospitalisation initiale »</p>	<p>« il faut retrouver du sens et ça, c'est une étape assez, c'est un prérequis en fait »</p> <p>« l'activité parce que à la sortie c'est pas simple quand même d'intégrer tout de suite ça qu'il faut aussi prendre un rythme de vie donc c'est pas forcément ce qui est fait en premier. »</p>		

Autres informations, remarques						
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7

	<p>« l'avantage c'est que aussi dans le cadre de ma <b>pratique en dommage corporel</b> bah dès que y'a un préjudice qui s'appelle un préjudice d'agrément qui est une <b>indemnisation spécifique pour indemniser le fait que le patient puisse pas reprendre comme avant son activité sportive</b> »  « pour la victime de pouvoir dire que oui elle peut pas refaire tel ou tel sport ou plus de la même façon est que bah que en termes financiers ça nous permet aussi l'indemnisation de pouvoir <b>s'indemniser beaucoup plus loin</b> des aides techniques et sportives »</p>		<p>« moi <b>je fais de la classification</b> aussi, en parasport et je trouve que c'est aussi quelque <b>chose qui est très ergo</b> »  « en Europe, y a pas beaucoup d'ergothérapeutes qui le font, qui sont classificateurs mais quand on y réfléchit c'est c'est que la <b>classification c'est l'évaluation c'est une évaluation qui est occupation centrée</b> vraiment »  « je trouve que le rapprochement entre notre métier pour le coup et ce système de classification est très intéressant. »</p>		<p>« ce qui est compliqué c'est de la blessure médullaire, c'est vraiment la diversité entre le le niveau de lésion donc parler de la reprise sportive d'un patient tétraplégique complet et de la reprise sportive d'un patient paraplégie bas, c'est pas la même chose et c'est aussi tout le tout l'importance de l'adaptabilité de l'ergo »</p>	<p>« des fois ça peut être un travail auprès de l'équipe de développement d'ingés. Notamment avec maintenant tout ce qui ressort de tout ce qui est <b>impression 3D</b> etcetera, la fabrication additive. Du coup il y a effectivement des des choses qui se fait par le biais des collab, les les partenariats qu'on peut avoir dans certains centres »</p>
--	---	--	--	--	---	--

## Annexe R : Exemple d'analyse verticale E7

L'E7 a eu son diplôme Français en 2015. Il a 7 ans d'expériences avec les personnes lésées médullaires et exerce dans un centre de rééducation (SSR). Le sport fait partie de ses centres d'intérêts.

En rééducation, il évoque ce qui est important est d'abord « l'aménagement de l'environnement de la chambre », « les premiers levers au fauteuil » « utiliser un fauteuil ». Ensuite, il dit que « ça va un peu dépendre ... du cas on va dire de la personne » et va « aborder les « apprentissages au niveau quotidien ». En réadaptation, il se base sur ce que les patients « faisait, ce que le ils veulent reprendre ».

Il détermine les activités signifiantes « principalement par le biais d'entretien » ou « en parlant avec [la personne], au cours de la prise en charge » et dit que « pas en systématique ... mais ça peut arriver d'utiliser la MCRO ». Pour lui, « l'acceptation de la lésion médullaire » et les « capacités motrices » sont les principaux éléments qui impactent les activités de loisirs.

Pour l'activité sportive, elle est présente dans l'établissement à travers « un gros travail qui est fait par et avec les professeurs d'activités physiques adaptées » qui les « sensibilisent beaucoup ... des contacts ... des clubs », l'intervention « des clubs Handi », « des sorties extérieures ». Ce sont « essentiellement kiné, ergo, APA » qui interviennent dans cette activité.

Il aborde l'activité sportive « assez rapidement », au moment des « entretiens initiaux » en recueillant leurs habitudes de vie antérieures, « dès le début on on l'aborde ». Son rôle de concerne « l'accessibilité, on va dire du sport », pour créer du « matériel spécifique » ou « adapter le matériel déjà existant » mais aussi « être vigilant sur l'installation ». Il intervient pour « leur permettre de faire du sport » via « une adaptation pour tenir la raquette, sur du hockey fauteuil pour tenir la crosse ». Il a fait « des installations pour du tir à l'arc au fauteuil », « un transfert spécifique ... dans une coque particulière, une adaptation pour faire ». Il a déjà accompagné une personne dans une activité signifiante pour la mise en place d'une adaptation à travers « d'un cahier des charges » puis en se rapprochant d'un orthoprothésiste pour « fabriquer » ou montrer la possibilité « de skier en ski coque ». Il lui arrive « assez régulièrement » de faire des adaptations pour « tenir spécifiquement ce genre de choses ». Il met aussi « en contact des personnes extérieures ... pour leur montrer comment ils font au quotidien ». Ca arrive qu'il fasse aussi venir des fabricants de matériel sportif et « montrer ... du matériel qui existe ... voir si ça peut répondre à leurs besoins par rapport à leur quotidien ».

Il intègre cette activité dans son intervention afin de permettre au patient de « retrouver une activité signifiante », de leur permettre de la réaliser en retrouvant du plaisir et dit pouvoir objectiver à l'aide de la MCREO dont le but est d'augmenter le score final. Il a remarqué une « meilleure adhérence » de la personne avec une « posture qui va être aussi plus active », et « la personne qui va vraiment être actrice un peu plus au niveau de sa de sa prise en charge ».

En plus des missions qu'il investit, il pense que l'ergothérapeute à un rôle dans le « contact association » et « la pair émulation » mais aussi pour évaluer les capacités de la personne et les situations de handicap qu'elle rencontre dans cette activité.

Il pense que la prise en compte de l'activité sportive est « importante bien entendu mais ... qui est loin d'être 100% ergo et qui nécessite vraiment ... un travail pluri. » Il pense que l'ergothérapeute peut apporter ses compétences avec les autres professionnels par un rôle plus orienté dans « l'accessibilité du sport » et par sa « vision globale » permettant de « coordonner on va dire les différents aspects » et activités par rapport au quotidien : « comment planifier cette activité par rapport au quotidien. L'ergothérapeute est pour lui légitime parce que son objectif est « d'adapter les activités signifiantes et aussi significatives de la personne » alors « si le sport fait partie de ce ... qui est signifiant auprès de la personne ... on est pertinent pour y intervenir ».

**Nouveau thème :** Il rajoute, que parfois l'activité sportive signifiante avant n'est pas forcément la même qu'après la lésion.

## Résumé

**Introduction :** Les bénéfices de l'activité physique et sportive sont largement prouvés dans la littérature. Comme toute activité, l'activité physique et sportive peut être significative pour la personne lésée médullaire. L'apparition brutale d'une lésion médullaire entraîne un bouleversement occupationnel impactant toutes les sphères de la vie quotidienne dont les loisirs. Ainsi, leur engagement dans l'activité sportive est diminué tout comme leur capacité à agir. Les écrits Français sur les rôles de l'ergothérapeute dans cette activité sont peu nombreux, pourtant ce professionnel est spécialiste de l'activité humaine. **Objectif :** L'objectif de cette étude est de déterminer comment les ergothérapeutes en France investissent l'activité sportive par rapport aux écrits internationaux pour favoriser la reprise d'activité sportive significative après une lésion médullaire. **Matériel et méthodes :** Une méthode qualitative a été utilisée via des entretiens semi-structurés auprès d'ergothérapeutes travaillant ou ayant une expérience récente dans différents centres en France, avec des personnes lésées médullaires. **Résultats :** Les ergothérapeutes interrogés prennent en compte l'activité sportive dans leur prise en soin en lien avec les autres professionnels. Ils interviennent à travers différentes missions telles que l'adaptation de matériel sportif, avec leurs compétences spécifiques dont leur vision globale. Cette activité n'est cependant pas une priorité de leur intervention puisqu'ils utilisent la période d'hospitalisation en premier lieu pour cibler les activités de vie quotidiennes basales. **Conclusion :** la prise en compte de l'activité sportive dans une intervention ergothérapique semble importante pour favoriser la reprise d'activité quand elle est significative pour le patient. Cela dans le but d'augmenter la capacité à agir du patient même si les ergothérapeutes n'utilisent pas directement le Modèle de Humaine. Certaines missions investies par les ergothérapeutes Français interrogés coïncident avec les données internationales.

*Mots clés :* activité sportive, activité significative, ergothérapie, lésions médullaires.

## Abstract

**Introduction :** The benefits of physical activity and sport are well-established in the literature. Like any other activity, physical activity and sport can be significant for the person with a spinal cord injury. The sudden appearance of a spinal cord injury leads to an occupational disruption impacting all spheres of daily life, including leisure activities. Thus, their involvement in sports activities is diminished as well as their ability to act. The French literature on the role of the occupational therapist in this activity is scarce, yet this professional is a specialist in human activity. **Objective :** The aim of this study is to determine how occupational therapists in France engage in sports activities in relation to the international literature to facilitate meaningful sports participation after a spinal cord injury. **Material and methods:** A qualitative method was employed, using semi-structured interviews with occupational therapists working or having recent experience in different centers in France, involving persons with spinal cord injuries. **Results :** The occupational therapists interviewed consider sports activities in their care in collaboration with other professionals. They intervene through different missions such as adapting sports equipment, using their specific skills including their global vision. However, this activity is not a priority for their intervention since they prioritize targeting basic activities of daily living during the hospitalization period. **Conclusion:** considering sports activity in occupational therapy intervention seems important to promote the resumption of activity when it is meaningful for the patient. The aim is to increase the patient's involvement, even if occupational therapists do not directly use the Model of Human Occupation. Some of the roles undertaken by the French occupational therapists interviewed align with international findings.

*Key words :* sports activity, meaningful activity, occupational therapy, spinal cord injury.