



Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicale

École des sciences de la réadaptation

Formation d'ergothérapie



Julia GAMBIRASIO

EVALUATION UE 6.5 S6 :

Évaluation de la pratique
professionnelle et recherche
Mémoire d'initiation à la recherche

**Le transfert des acquis après un Accident Vasculaire Cérébral en
ergothérapie : mise en perspective des approches occupationnelle et
biopsychosociale.**

Sous la direction de Madame BLANC Catheline, directrice de mémoire
et Monsieur GRIOT Sébastien, référent professionnel.

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements à Catheline Blanc, ma directrice de mémoire. Son encadrement, sa disponibilité et son optimisme ont permis d'aborder sereinement chaque étape de cet écrit.

Je tiens également à remercier Sébastien Griot, mon référent professionnel pour le temps accordé à ce travail. Ses retours ont permis d'enrichir et d'élargir ma réflexion tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite souligner l'importance des conseils d'Anaïs Giraudier, enseignante formatrice, pour analyser les données statistiques.

Un grand merci aux enseignants formateurs, pour leur accompagnement et leurs échanges de savoirs, durant mes études d'ergothérapie.

Cette recherche n'aurait pas été réalisable sans la participation des ergothérapeutes sollicités. Leurs réponses m'ont permis d'avoir un retour sur leur pratique en ergothérapie et d'étayer ma recherche.

Je remercie aussi mes tuteurs de stage, qui m'ont supervisé avec bienveillance. Nos échanges m'ont permis d'élargir ma vision sur la pratique en ergothérapie. Également, la confiance qu'ils m'ont accordée m'a permis de développer et de mettre en pratique des compétences acquises durant la formation.

Je souhaite remercier les étudiantes de ma promotion notamment celle présentes au sein du groupe de mémoire. Leurs regards extérieurs ont enrichi ma réflexion.

Enfin, une pensée pour mes proches, qui m'ont soutenu et encouragé au cours de mes études d'ergothérapie.

Sommaire

1	Introduction.....	1
1.1	Contexte	1
1.1.1	Point de rupture.....	1
1.1.2	Problématique professionnelle.....	2
1.2	Thème	2
1.2.1	Champs disciplinaires et argumentation	2
1.2.2	Terminologie et définitions.....	2
1.3	Résonance du thème	3
1.3.1	Question socialement vive	3
1.3.2	Utilité socio-professionnelle	4
1.3.3	Les enjeux	5
1.4	Enquête exploratoire	5
1.4.1	Objectifs généraux de l'enquête.....	5
1.4.2	Objectifs spécifiques de l'enquête	6
1.4.3	Typologie de l'enquête	6
1.4.4	Population cible et site d'exploitation.....	6
1.4.5	Réflexion éthique et législative.....	7
1.4.6	Choix méthodique de l'outil de recueil de données	7
1.4.7	Construction de l'outil	7
1.4.8	Choix des outils d'analyse des données.....	8
1.4.9	Test du dispositif d'enquête	8
1.4.10	Présentation et analyse des résultats	8
1.4.11	Analyse critique du dispositif d'enquête.....	12
1.5	Synthèse de la problématisation pratique	12
1.6	Revue de littérature	13
1.6.1	Champs disciplinaires et bases de données.....	13

1.6.2	Équation de recherche	13
1.6.3	Analyse critique de la revue de littérature	14
1.6.4	Synthèse de la problématisation pratique	19
1.7	Question initiale de recherche	20
1.8	Cadre de référence	20
1.8.1	Approche occupationnelle	21
1.8.2	Modèle biopsychosocial.....	22
1.8.3	Transfert des acquis	25
1.8.4	Problématisation théorique et synthèse du cadre conceptuel.....	27
1.8.5	Recontextualisation.....	28
1.9	Question de recherche	28
2	Matériel et méthode	29
2.1.1	Choix de la méthode de recherche	29
2.1.2	Hypothèses de recherche.....	30
2.1.3	Identification des variables	32
2.1.4	Population, critères d'inclusion et d'exclusion	32
2.1.5	Sites d'exploration	33
2.1.6	Cadre réglementaire et éthique	33
2.1.7	Choix de l'outil théorisé de recueil des données, ses avantages et ses limites	33
2.1.8	Anticipation de ses biais et stratégies pour les atténuer.....	33
2.1.9	Construction de l'outil théorisé de recueil des données, matérialisé par une matrice de questionnaire ou une grille d'entretien ou d'observation (en annexe).....	34
2.1.10	Le choix des outils de traitement et d'analyse des données.....	35
2.1.11	Le test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche auprès d'une cohorte d'entraînement.....	35
2.1.12	Le déroulement de la recherche	36
3	Résultats	36
3.1	Analyse descriptive	36

3.2	Analyse inférentielle	37
3.2.1	Résultat de l'hypothèse : « Le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC varie selon l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ ou d'un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes »	37
3.2.2	Résultat de l'hypothèse : « L'utilisation de l'approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC varie selon l'année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes »	38
3.2.3	Résultat de l'hypothèse : « Le nombre de patient pris en soin par jour impacte l'utilisation de l'approche occupationnelle ».....	38
3.2.4	Résultat de l'hypothèse : « La satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC dépend de l'approche/ modèle utilisé »	38
3.2.5	Résultat de l'hypothèse : « L'utilisation d'un appartement thérapeutique ou la réalisation de visite à domicile par les ergothérapeutes influencent le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC »	39
3.2.6	Résultat de l'hypothèse : « L'utilisation de l'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC impacte la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients »	39
3.2.7	Résultat de l'hypothèse : « L'importance accordée par les ergothérapeutes d'identifier les occupations significantes impacte leur satisfaction liée au transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC »	40
4	Discussion.....	40
4.1	Interprétation des résultats	40
4.2	Éléments de réponse à l'objet de recherche	42
4.3	Critique du dispositif de recherche	43
4.4	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle.....	44
4.5	Transférabilité pour la pratique professionnelle	48
4.6	Perspectives de recherche	49
	Bibliographie	52
	Annexes	58

1 Introduction

1.1 Contexte

1.1.1 Point de rupture

Au XXe siècle, l'ergothérapie s'inscrivait dans un paradigme biomédical (1). Ce courant considère les fonctions de l'être humain de manière indépendantes et isolées. Ainsi, le paradigme biomédical est remis en cause, car il ne prend que peu en considération les facteurs internes et externes du handicap. De ce fait, un paradigme systémique voit le jour. Ce paradigme considère les interactions entre une personne et son environnement. Ainsi, les facteurs intrinsèques et extrinsèques ne peuvent pas être pris en compte de manière isolée. La théorie des systèmes amène à l'élaboration de modèles notamment la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (parue en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé) (1). Ce modèle biopsychosocial met en lien « état de santé, activités, participation et environnement physique et social » (2).

Actuellement, la WFOT¹ inscrit l'ergothérapie dans une approche occupationnelle. Ce paradigme se base sur les fondements des sciences de l'occupation. Ainsi, l'approche occupationnelle considère les occupations comme éléments permettant le bien-être des personnes (3). De plus, l'OTIPM² est présenté dans certains instituts de formation en ergothérapie en France comme un outil de référence. Cet outil permet d'organiser les phases de la prise en soin d'une personne, de guider le raisonnement de l'ergothérapeute en étant centré sur la personne et ses occupations. Dans les phases d'évaluation et d'intervention de l'OTPM, il est important de prendre en compte les problématiques occupationnelles, les occupations significatives, la performance, le contexte et les priorités de la personne. Le paradigme actuel en ergothérapie se base sur une approche où la personne et l'occupation sont au cœur de l'intervention (4) (5).

Cependant, en SMR³, il est possible d'observer parallèlement une approche biopsychosociale tenant compte des déficiences ou incapacités de la personne. Également, une approche biomédicale est parfois encore existante. De plus, les exercices proposés sont analytiques et se basent sur une rééducation fonctionnelle. Ainsi, en pratique les deux approches sont présentes sans consensus sur leurs utilisations et leurs impacts en fonctions des situations.

¹ World Federation of Occupational Therapists

² Occupational Therapy Intervention Process Model

³ Soins Médicaux et de Réadaptation

1.1.2 Problématique professionnelle

L'ensemble de ce point de rupture peut faire ressortir comme problématique professionnelle :

En quoi l'approche occupationnelle et la rééducation fonctionnelle en ergothérapie peuvent avoir un impact sur la récupération des personnes atteintes d'un Accident Vasculaire Cérébral en centre de Soins Médicaux et Réadaptation ?

1.2 Thème

L'approche occupationnelle et la rééducation fonctionnelle en ergothérapie face à la récupération des personnes atteintes d'un AVC en SMR. Dans l'objectif de comprendre le thème, nous pouvons définir les champs disciplinaires convoqués pour étayer ce thème et les termes clés.

1.2.1 Champs disciplinaires et argumentation

Le thème se réfère à différents champs disciplinaires et sciences. La pratique en ergothérapie se base sur des occupations signifiantes de la personne et donc sur les sciences de l'occupation. L'ergothérapie s'appuie également sur les sciences médicales. De même, le thème se réfère aux sciences médicales qui s'intéressent aux éléments cliniques des AVC. De surcroît, le thème aborde les sciences psychologiques, pour comprendre la motivation et l'engagement des patients. Et enfin, le thème traite des sciences de la réadaptation pour identifier les éléments clés de la prise en soin des AVC.

1.2.2 Terminologie et définitions

- Approche occupationnelle : Sylvie Meyer⁴ définit la centration sur l'occupation comme le fait de « comprendre les patients comme des êtres occupationnels, à s'intéresser à leurs difficultés occupationnelles dans leur vie de tous les jours et à concevoir le pouvoir de l'occupation comme agent de changement. » (6) . Ainsi, l'objectif de l'intervention est de permettre au patient de changer ou de continuer des occupations. Également, le but est de donner la possibilité aux patients d'agir sur la « performance », l'« engagement » et la « participation » (6).

- Rééducation fonctionnelle : la rééducation peut se définir comme l'« action de rétablir l'usage normal d'une fonction, d'un membre ou d'un organe après une blessure ou une affection, ou chez un sujet qui souffre d'une déficience ou d'une infirmité » (7). Ainsi, la rééducation fonctionnelle désigne l'« ensemble des méthodes de développement et de récupération du

⁴ Ergothérapeute et professeur de la Haute école de travail social et de la santé Lausanne

système locomoteur, visant à pallier une déficience motrice ou fonctionnelle » (7). De plus, la rééducation fonctionnelle se base sur une approche biopsychosociale en s'appuyant sur les déficiences et incapacités de la personne.

- Ergothérapie : la WFOT⁵ décrit l'ergothérapie comme « une profession axée sur la personne dont le but est de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. L'objectif principal d'un ergothérapeute est de permettre la participation de son client dans ses activités de la vie quotidienne. Pour cela, les ergothérapeutes visent à améliorer les capacités d'engagement de leurs clients dans leurs activités » (8).Après des personnes atteintes d'un AVC , l'ergothérapeute peut intervenir pour rééduquer les fonctions corporelles et améliorer la performance de la personne.

- Accident Vasculaire Cérébral : la classification du DSM V⁶ définit les AVC comme « un groupe hétérogène de troubles provoqués par une brutale interruption localisée du débit sanguin cérébral ou à la rupture d'une artère à l'origine d'un déficit neurologique » (9). La symptomatologie varie selon l'endroit de la lésion. Les AVC peuvent entraîner une paralysie partielle ou totale d'un côté du corps, une confusion, une incontinence, des vertiges, des troubles de la vision, des fonctions cognitives, de la mémoire, du langage, de la vision, de la sensibilité et de l'équilibre (9).

- Soins Médicaux et Réadaptation : Depuis le 1 Juin 2023, les Soins de Suite et de Réadaptation sont dénommés SMR (10). Le dictionnaire de l'Académie de Médecine définit les SMR comme des « soins donnés dans des établissements ayant pour objectif de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion » (11).

Ces définitions permettent d'éclairer les termes clés du thème de recherche. Ainsi, nous pouvons aborder la résonance afin de comprendre la vivacité, l'utilité socio-professionnelle et les enjeux du thème.

1.3 Résonance du thème

1.3.1 Question socialement vive

L' AVC est la « première cause de handicap acquis sévère de l'adulte et la seconde cause de démence après la maladie d'Alzheimer» (12). De plus, l'AVC entraîne plus de 110 000 hospitalisations en France (13). Également, l'AVC est l'une des premières causes de décès de l'adulte, particulièrement chez les femmes (14). Ainsi, nous pouvons déduire que l'AVC est

⁵ World Federation of Occupational Therapists

⁶ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

une question socialement vive car de nombreuses personnes sont impactées par l'AVC. La Haute Autorité de Santé a publié en 2022 des recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels (15). Ces recommandations concernent la rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte (15). Également, le colloque du 52^{ième} Entretiens de Médecine Physique et de Réadaptation s'est déroulé en Mars 2024 à Montpellier pour les professionnels (16). Ce colloque développe le sujet de la prise en charge à la phase chronique des personnes victimes d'AVC (16). De plus, la société française neuro-vasculaire a organisé une journée mondiale de l'AVC en 2024 (17). Également, la société française neuro-vasculaire lance une campagne de sensibilisation à cette pathologie en 2023 (17). Ainsi, ces données récentes permettent de déduire la vivacité du sujet. Dans le contexte actuel, de nombreuses études se sont penchées sur l'AVC. Une étude datant de Février 2025 étudie la corrélation entre la « gravité de l'Accident Vasculaire Cérébral et Indépendance Fonctionnelle Post-AVC à Cotonou » (18). De plus, un article de revue publié en Janvier 2025 s'intéresse à la « prédiction de la récupération motrice après un accident vasculaire cérébral » (19).

Également, l'approche occupationnelle est une question socialement vive. En effet, un article de 2020 s'intéresse à « l'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation » (6). Cette article développe l'approche occupationnelle et la mise en pratique de cette approche (6). De plus, l'ANFE⁷ a publié en Janvier 2023 un livre intitulé « L'ergothérapie centrée sur les personnes et ses occupations » (20) Cet ouvrage informe sur la pratique ergothérapique et l'approche occupationnelle (20). Suite à ces arguments, nous pouvons affirmer que le thème de la problématique professionnelle semble socialement vif.

1.3.2 Utilité socio-professionnelle

Ce thème présente une utilité socio-professionnelle. Ce travail de recherche peut présenter un intérêt et une utilité pour les personnes atteintes d'un AVC et les professionnels tels que les ergothérapeutes. Une étude montre que l'utilisation de méthode de rééducation basée sur les occupations permet d'améliorer la performance de la personne (21). Ainsi, ce travail peut permettre de promouvoir l'ergothérapie et l'approche occupationnelle dans la prise en soin des personnes atteintes d'AVC. De plus, une étude indique que l'utilisation d'un modèle conceptuel centré sur les occupations pour guider l'ergothérapeute permet d'améliorer l'engagement des personnes atteintes d'un AVC dans l'intervention (22). Ainsi, ce travail de recherche permet

⁷ Association Nationale Française des ergothérapeutes

donc de valoriser l'ergothérapie et de montrer que cette discipline peut s'appuyer sur des données significatives et scientifiques.

1.3.3 Les enjeux

- Enjeu de santé publique

La rééducation des personnes atteintes d'un AVC est un enjeu de santé publique. En 2020, l'HAS indique que la rééducation permet d'améliorer la récupération des personnes atteintes d'un AVC et de diminuer nettement la mortalité (23). De plus, l'HAS qualifie dans un communauté de presse, la qualité de la prise en soin des personnes atteintes d'un AVC comme un enjeu important de santé publique (24). De surcroit, l'HAS, dans un guide de parcours santé de 2025 recommande une rééducation précoce en ergothérapie afin d'agir sur le positionnement, la participation et l'aménagement de l'environnement (25).

- Enjeu social

Plus de 50% des personnes avec des séquelles d'un AVC indique « avoir de grandes difficultés ou ne pas pouvoir marcher sur 500 mètres » (26). Environ 50% ont des problématiques occupationnelles dans au moins une activité de la vie quotidienne (26). Ainsi, la rééducation des AVC est un enjeu social car elle a un impact sur les occupations de la personne atteinte.

Ainsi, la résonance permet de mettre en lumière la vivacité du thème avec l'apparition récente de données sur les AVC et l'approche centrée sur les occupations. De plus, la résonance permet de soulever l'utilité socio-professionnelle du thème. En effet, ce travail de recherche peut potentiellement permettre de promouvoir l'ergothérapie et de monter une pratique basée sur des données probantes. Enfin, la résonance permet d'appuyer les enjeux de santé publique et sociaux de la rééducation des personnes d'un AVC.

Toutefois, afin de vérifier la résonance du thème et la pertinence de la problématique professionnelle une enquête exploratoire auprès des ergothérapeutes est nécessaire.

1.4 Enquête exploratoire

1.4.1 Objectifs généraux de l'enquête

Les objectifs généraux de l'enquête exploratoire sont de vérifier la pertinence de la thématique à la pratique réel et à la faisabilité, de s'assurer de la résonance du thème et de la problématique professionnelle des praticiens et d'explorer des facteurs importants en lien avec la thématique.

1.4.2 Objectifs spécifiques de l'enquête

L'enquête exploratoire vise les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier la proportion d'ergothérapeute se basant sur une approche occupationnelle et sur une rééducation fonctionnelle.
- Identifier les modèles conceptuels utilisés par les ergothérapeutes.
- Identifier les priorités des ergothérapeutes lors d'un début de prise en soin d'une personne atteinte d'un AVC.
- Mesurer l'impact d'une approche occupationnelle et de la rééducation fonctionnelle en ergothérapie sur la récupération d'une personne atteinte d'un AVC.
- Repérer les limites de l'approche occupationnelle et de la rééducation fonctionnelle en pratique.
- Repérer les évaluations et moyens utilisés par les ergothérapeutes.

1.4.3 Typologie de l'enquête

L'enquête exploratoire s'inscrit dans une typologie quantitative visant à identifier, repérer et mesurer. En effet, l'enquête permettra de quantifier des résultats et de faire des statistiques. Cette typologie d'enquête semble opportune du fait des objectifs visés et du thème qui peut cibler un grand nombre d'ergothérapeutes.

1.4.4 Population cible et site d'exploitation

La population cible est des ergothérapeutes exerçant auprès des personnes atteintes d'AVC en SMR. Ainsi, les critères d'inclusions sont de travailler avec des personnes atteintes d'AVC, d'avoir minimum six mois d'expériences en SMR et de travailler en France ou au Canada.

Ces critères d'inclusion s'expliquent du fait de la problématique professionnelle et du thème. Également, l'enquête exploratoire s'adresse à des ergothérapeutes avec au moins six mois d'expériences afin qu'ils aient pu mettre en place leur propre manière de travailler. De plus, l'enquête concerne les ergothérapeutes exerçant en France, au Canada, en Suisse et en Belgique car de nombreux articles sur l'approche occupationnelle proviennent du Canada. De plus, les critères d'exclusions sont de travailler dans une autre structure qu'un SMR (libéral, Maison d'Accueil Spécialisée...) et d'être ergothérapeutes retraités. Ces critères s'expliquent par le thème et la problématique professionnelle. De plus, l'enquête exclut les ergothérapeutes retraités pour refléter la pratique actuelle et réelle de l'ergothérapie.

Les sites de l'enquête exploratoire sont les SMR en France, les services de réadaptation post-hospitaliers au Canada, les centres de traitement et de réadaptation en Suisse et les centres de réadaptation fonctionnelle en Belgique.

1.4.5 Réflexion éthique et législative

L'enquête exploratoire interroge des professionnels de santé. Ainsi, l'enquête ne s'adresse pas à des patients. Donc, elle se situe hors la loi JARDE. Pour protéger les données, les participants sont informés de l'anonymat de leurs réponses. De plus, l'enquête est confidentielle par un non-enregistrement automatique des adresse mails et les données seront protégées et détruites à la fin du mémoire de recherche. En effet, dans l'objectif de suivre le règlement général sur la protection des données, les réponses aux questionnaires seront sécurisées dans un dossier avec un mot de passe.

1.4.6 Choix méthodique de l'outil de recueil de données

En tenant compte des objectifs spécifiques visant à identifier, repérer, mesurer cette enquête s'inscrit dans un type quantitatif. Le questionnaire est donc un outil de recueil de données cohérent avec les objectifs spécifiques. Eymard et Moncet mettent en évidence les avantages du questionnaire dans un ouvrage (27). Tout d'abord, le questionnaire respecte l'anonymat et peut donc permettre des réponses authentiques. Aussi, ce type d'outil de recueil de données offre la possibilité aux participants de le remplir quand ils le souhaitent et une réflexion en autonomie. De plus, le questionnaire permet d'obtenir des données quantitatives qui pourront être traitées à l'aide de statistique. Également, le questionnaire peut se faire à partir d'une grande cohorte et donc avoir un grand nombre de participants malgré la distance géographique (27). Cependant, le questionnaire peut avoir des inconvénients (27). En effet, le participant peut répondre aux questions qu'il souhaite (27). De plus, l'authenticité des réponses ne peut pas être vérifiée. Enfin, la formulation des questions peut entraîner une incompréhension (27).

1.4.7 Construction de l'outil

L'enquête exploratoire est faite dans l'objectif de recueillir des données sur les critères d'inclusion, le raisonnement des ergothérapeutes, l'approche occupationnelle et la rééducation fonctionnelle. Ainsi, une matrice de questionnement permet de construire l'outil de l'enquête exploratoire (Cf. Annexe 1 p.59).

1.4.8 Choix des outils d'analyse des données

Afin d'analyser les résultats de l'enquête exploratoire, nous utiliserons le logiciel Excel pour créer des tableaux ainsi que des graphiques. Cela nous permettra de traiter les données brutes des participants.

1.4.9 Test du dispositif d'enquête

Afin de tester le questionnaire, quatre participants ont répondu à ce questionnaire. Cela nous permet d'ajuster les questions ainsi que les modalités de réponse.

1.4.10 Présentation et analyse des résultats

► Analyse descriptive de la population

L'effectif total de ce questionnaire est composé de treize ergothérapeutes. La moitié des ergothérapeutes ont obtenu leur diplôme après 2020. De plus, les ergothérapeutes participants ont plus fréquemment entre 20 et 30 ans. Également, ils indiquent être ergothérapeute en SMR depuis plus de six mois et prendre en soin des patients atteints d'AVC.

► Proportion d'ergothérapeute utilisant la rééducation fonctionnelle et une approche occupationnelle et leurs impacts

En moyenne, les participants estiment à 8,46 sur 10 l'importance d'utiliser la rééducation fonctionnelle auprès de personnes atteintes d'un AVC (moyenne). La dispersion des réponses est de 1,61 (écart-type) révélant une certaine homogénéité. Également, les estimations les plus cochées sont 9 et 10 (mode). Ces estimations indiquent une importance élevée d'utiliser la rééducation fonctionnelle lors de l'intervention (Cf. Annexe 2 p.67). La plupart du temps, la majorité des ergothérapeutes observent une amélioration des fonctions corporelles (9/13) et de la performance occupationnelle (11/13) suite à une rééducation fonctionnelle.

Les estimations concernant l'importance d'utiliser une approche occupationnelle lors d'une intervention auprès de personnes atteintes d'AVC sont légèrement plus faibles. En moyenne, les participants estiment à 7,92 sur 10 l'importance d'utiliser l'approche occupationnelle auprès de personnes atteintes d'un AVC. Une homogénéité des réponses est présente car la dispersion est de 1,44 (écart-type). Également, l'estimation la plus cochée est 7 sur 10 (mode) (Cf. Annexe 2 p.67). La plupart du temps, la majorité des ergothérapeutes observent une amélioration des fonctions corporelles (10/13) et de la performance occupationnelle (11/13) suite à des méthodes de rééducation occupationnelle.

Les résultats précédents peuvent mener au questionnaire suivant. Pourquoi les ergothérapeutes accordent plus d'importance à la rééducation fonctionnelle mais observent plus fréquemment une amélioration du patient lors de l'utilisation de l'approche occupationnelle ? De plus, dans quelle mesure l'amélioration des fonctions corporelles et de la performance occupationnelle est plus observée lors de l'utilisation de l'approche occupationnelle plutôt que la rééducation fonctionnelle ?

► **Raisonnement et objectifs prioritaires des ergothérapeutes**

Plus de la moitié des ergothérapeutes participants révèlent utiliser des modèles conceptuels (8/13). La majorité de ces ergothérapeutes utilisent le modèle conceptuel PPH (5/8). De plus, la moitié des ergothérapeutes utilisant des modèles conceptuels utilisent la CIF (4/8). D'autres modèles conceptuels sont utilisés comme le MCREO (3/8), le MOH (2/8) et le PEO (1/8) (Cf. Annexe 2 p.67).

Lors de la première rencontre avec un patient atteint d'un AVC, 9/13 ergothérapeutes indiquent de prioriser les problématiques occupationnelles et d'observer la performance occupationnelle. A contrario, 4/13 ergothérapeutes révèlent prioriser l'évaluation afin d'émettre des hypothèses (Cf. Annexe 2 p.67). Ainsi, 9/13 ergothérapeutes ont comme objectif prioritaire l'amélioration des occupations alors que les autres ergothérapeutes participants privilégient comme objectif la récupération des fonctions et des habiletés (Cf. Annexe 2 p.67).

Les résultats précédents peuvent mener au questionnaire suivant concernant la rééducation des personnes atteintes d'un AVC. Tout d'abord, est-ce que l'importance de la rééducation fonctionnelle est liée à des habitudes de pratique en ergothérapie ? De plus, dans quelle mesure les ergothérapeutes priorisent les problématiques occupationnelles et la performance occupationnelle en accordant une plus grande importance à la rééducation fonctionnelle ? De même, comment les ergothérapeutes priorisent les problématiques occupationnelles et la performance occupationnelle en utilisant des modèles conceptuels biomédicaux ? Également, en pratique, les ergothérapeutes utilisent plus fréquemment une approche top down ou bottom up ? Enfin, en quoi les pratiques et le raisonnement influencent la récupération des personnes atteintes d'un AVC ?

► Évaluations et moyens de rééducation

La totalité des ergothérapeutes évaluent les fonctions corporelles (13/13). Pour évaluer les fonctions corporelles, tous les ergothérapeutes utilisent les tests de préhensions "faits-maison" et les mises en situation (13/13). Ces évaluations sont celles qui sont le plus mentionnées par les ergothérapeutes. Également, les évaluations des praxies (11/13), de la coordination, le box and block test, et le jamar (10/13) sont très utilisés. Cependant, les évaluations spécifiques aux personnes atteintes d'AVC et hémiplegiques comme la MAL (1/13), le fugl-Meyer (1/13) et l'Em-NSA (1/13) sont peu utilisées (Cf. Annexe 2 p.67). Pour évaluer les problématiques occupationnelles de la personne, la totalité des ergothérapeutes participants indiquent d'échanger avec la famille et le patient (13/13). Également, dans le même but, la plupart des ergothérapeutes s'entretiennent avec le service de soin (11/13). Cependant, moins de la moitié des ergothérapeutes révèlent utiliser la MCRO (2/13) et les observations des activités de la vie quotidienne (1/13) pour repérer les problématiques occupationnelles (Cf. Annexe 2 p.67).

Les résultats précédents peuvent mener au questionnement suivant concernant les évaluations utilisées. Tout d'abord, pourquoi les bilans spécifiques pour les personnes atteintes d'un AVC sont peu utilisés en pratique ? Ainsi, est-ce que cela est causé par une non-connaissance ou un manque de temps ? De plus, pourquoi les ergothérapeutes utilisent plus fréquemment les mises en situation pour évaluer les fonctions corporelles plutôt que les problématiques occupationnelles ?

Concernant les moyens de rééducation, tous les ergothérapeutes participants mentionnent utiliser des jeux de société (13/13). Les autres moyens les plus employés sont les activités de la vie quotidienne et des exercices analytiques avec des cônes et pions...(11/13) (Cf. Annexe 2 p.67).

Lors d'une intervention auprès des personnes atteintes d'AVC, la méthode de rééducation la plus utilisée est la rééducation bi-manuelle en milieu écologique (11/13). De plus, la plupart des ergothérapeutes utilisent la thérapie miroir (9/13) afin de rééduquer les personnes atteintes d'un AVC. Plus de la moitié des ergothérapeutes indiquent se servir des nouvelles technologies robotisées (7/13) et de la tâche orientée (8/13). L'imagerie motrice et la méthode bobath sont utilisées par le même nombre d'ergothérapeutes (6/13). Cependant, la thérapie contrainte induite est utilisée par un effectif d'ergothérapeutes plus faible (5/10).

Les résultats précédents peuvent mener au questionnement suivant les moyens de rééducation. Tout d'abord, dans quelle mesure les moyens de rééducation utilisés font plus fréquemment appel à la rééducation fonctionnelle qu'à une approche occupationnelle ? De plus, est-ce que les moyens utilisés se basent sur les occupations significatives des patients ? De même, en quoi l'approche occupationnelle est moins utilisée par les ergothérapeutes ?

► **Éléments obstacles et facilitateurs de la mise en place de l'approche occupationnelle et de la rééducation fonctionnelle**

De nombreux ergothérapeutes identifient des éléments obstacles à la mise en place de l'approche occupationnelle (12/13) (Cf. Annexe 2 p.67).

Les éléments obstacles indiqués sont le manque de matériel, d'appartement thérapeutique et de connaissance des autres professionnels. De plus, les ergothérapeutes mentionnent des contraintes institutionnelles financières et temporelles. Enfin, l'approche occupationnelle est difficile à mettre en place selon la phase de l'AVC et les capacités du patient peuvent être altérées. Concernant les éléments facilitateurs de la mise en place de l'approche occupationnelle, les ergothérapeutes indiquent la possibilité de se rendre en chambre et faire des mises en situations. De plus, certains SMR disposent d'appartement thérapeutique et d'une bonne compréhension du rôle de l'ergothérapeute par l'équipe pluridisciplinaire. Enfin, l'adhésion, l'engagement et la motivation du patient sont des éléments facilitateurs.

Un effectif plus faible (9/13) indique la présence d'éléments facilitateurs et obstacles lors de la mise en place de la rééducation fonctionnelle en pratique (Cf. Annexe 2 p.67). Les éléments obstacles indiqués sont le manque de matériel et d'investissement financier. Les contraintes de temps et les capacités des patients sont aussi des contraintes à la mise en place de la rééducation fonctionnelle. De plus, certains ergothérapeutes mentionnent comme obstacle, la non-pertinence des exercices analytiques. Les éléments facilitateurs indiqués sont la connaissance du versant rééducatif par l'équipe pluridisciplinaire, la rapidité et la diversité des exercices. De plus, l'adhésion du patient est un élément facilitateur de la mise en place de la rééducation fonctionnelle.

Les résultats précédents peuvent mener au questionnaire suivant. Pourquoi certains professionnels disposent de moins de connaissance de l'approche occupationnelle ? Ainsi, est-ce que l'ergothérapeute a un rôle dans le fait de promouvoir cette approche ? De plus, quelles sont les contraintes financières, temporelles et institutionnelles concernant la mise en place de l'approche occupationnelle ? De plus, pourquoi l'approche occupationnelle semble plus difficile à mettre en place que la rééducation fonctionnelle dans la pratique des ergothérapeutes ?

1.4.11 Analyse critique du dispositif d'enquête

Le dispositif d'enquête relève de certains biais. Tout d'abord, en termes de quantité de réponses, le dispositif d'enquête est limité. En effet, seulement treize ergothérapeutes ont participé. Ainsi, les résultats ne sont pas généralisables du fait d'un petit échantillon. De nouvelles réponses peuvent changer les résultats et donc leurs analyses. Le fait d'envoyer le questionnaire plus tôt aurait pu permettre d'avoir plus de réponses et de cibler un plus grand nombre d'ergothérapeutes.

Au vu des réponses, la résonance du thème semble être présente. En effet, les ergothérapeutes accordent de l'importance à l'utilisation d'une rééducation occupationnelle et fonctionnelle. De plus, l'intervention en ergothérapie peut présenter des enjeux de récupération motrice ou d'amélioration de la performance des personnes atteintes d'un AVC. Enfin, les ergothérapeutes identifient des éléments obstacles et facilitateurs à la mise en place de l'approche occupationnelle et de la rééducation fonctionnelle, ce qui peut potentiellement les interroger.

1.5 Synthèse de la problématisation pratique

Afin de synthétiser les questionnements précédents, nous pouvons retenir certains résultats et questionnements. Nous pouvons nous demander pourquoi les ergothérapeutes accordent une plus grande importance à la rééducation fonctionnelle plutôt qu'à une approche occupationnelle ?

Également, comment les ergothérapeutes accordent plus d'importance à la rééducation fonctionnelle alors qu'ils observent plus fréquemment une amélioration du patient lors de l'utilisation de l'approche occupationnelle ?

De surcroît, tous les ergothérapeutes participants mentionnent utiliser des jeux de société. Les autres moyens les plus employés sont les activités de la vie quotidienne et des exercices analytiques. Nous pouvons donc nous questionner, dans quelle mesure l'approche

occupationnelle est utilisée en pratique ? De plus, pourquoi les principaux moyens utilisés se basent sur la rééducation fonctionnelle ?

Pour donner suite à l'enquête exploratoire, une revue de littérature est réalisée afin d'effectuer un état des lieux des savoirs et d'élargir la réflexion.

1.6 Revue de littérature

1.6.1 Champs disciplinaires et bases de données

Le thème se réfère à différents champs disciplinaires et sciences. Ainsi, nous utiliserons des bases de données en lien. Tout d'abord, nous utiliserons donc comme base de données « PubMed » car le thème fait référence au champs disciplinaire médical. Également, nous chercherons des études ou des revues de littérature dans la base de données « OT seeker ». En effet le thème fait référence aux sciences de l'occupation et à l'ergothérapie. Nous nous servirons de la base de données « Cairn » car le thème peut faire référence aux sciences humaines. Enfin, nous utiliserons comme moteur de recherche « Google scholar » et « Saje journals » comme base de données plus générales pour élargir les recherches.

1.6.2 Équation de recherche

L'équation de recherche est créée à partir de plusieurs mots-clés. Ces derniers utilisés sont ergothérapie, rééducation et accident vasculaire cérébral. Après divers essais d'équations avec d'autres mots clés, ces termes précis permettent de rassembler un maximum d'études scientifiques en lien avec le travail de recherche. De plus, des opérateurs booléens sont ajoutés à l'équation de recherche. L'opérateur « ou » permet d'augmenter le nombre d'études trouvées. Également, l'opérateur « et » permet de mettre en lien l'ergothérapie et la rééducation des accidents vasculaires cérébraux. De plus, la troncature permet de trouver des termes de la même famille de mots. Enfin, aucun filtre n'est ajouté lors de la recherche sur les bases de données afin de maximiser le nombre d'article. L'équation de recherche en français est : **ergothérap* ET rééducation ET (accident vasculaire cérébral)**. Cette équation de recherche nous permet d'établir le tableau suivant répertoriant le nombre d'articles présents sur les bases de données (Cf. Annexe 3 p. 70). L'équation de recherche en anglais est : **"occupational therapy" OR "occupational approach" AND rehabilitation AND stroke**. Ces mots clés précisément, semblent pertinents car ils permettent d'obtenir un plus grand nombre d'articles. De plus, lors de la recherche sur les bases de données, aucun filtre n'est utilisé pour obtenir une plus grande quantité d'articles. Enfin, cette équation de recherche nous permet d'établir le

tableau suivant répertoriant le nombre d'articles présents sur les bases de données (Cf. Annexe 4 p.70).

Les articles sont sélectionnés selon des critères d'inclusion. En effet, les articles choisis traitent de la rééducation des personnes atteintes d'un AVC. De plus, les articles incluent dans la revue de littérature sont écrits en Français ou en Anglais.

Également, les articles sont sélectionnés en tenant compte de critères d'exclusion. Ainsi, les articles qui traitent d'une autre population que les AVC ne sont pas retenus. De même, les articles qui n'ont pas pour thème la rééducation ne sont pas choisis.

1.6.3 Analyse critique de la revue de littérature

La revue de littérature s'appuie sur treize articles présentés dans un tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature (Cf. Annexe 5 p.71). Ces articles proviennent de la France (1), du Canada (2), des Etats-Unis (2), de la Chine (1), de l'Iran (1), de la Lituanie (1) et des Pays-Bas (1), Danemark (1), en Italie (1) et au niveau internationale (2). Douze études sont issues de la littérature scientifique et une de la littérature grise. De plus, les études sont publiées entre 2003 et 2023. Également, le niveau de scientificité des journaux dans lesquels les études sont publiées se situe entre Q1 (forte rigueur scientifique) et Q3 (légère rigueur scientifique). La synthèse des articles sélectionnés est rédigée en annexe (Cf. Annexe 5 p.71).

► Déterminants de la rééducation

○ Intérêt de la rééducation

Une revue de littérature menée en 2003 aux Pays-Bas a pour objectif de mesurer l'impact des interventions en ergothérapie sur les personnes atteintes d'un AVC (28). Les principaux résultats de la revue de littérature indiquent qu'une intervention en ergothérapie permet une amélioration significative et modérée des occupations de soins personnels. De plus, les résultats montrent une amélioration significative et légère des occupations de productivité et de la participation sociale. Ces résultats sont complémentaires avec ceux d'une revue de littérature faite au Canada en 2016 (22). Cette étude permet de montrer l'efficacité de la rééducation sur la participation sociale des personnes ayant un AVC. Les résultats montrent que l'exercice physique combiné a un meilleur effet sur la participation sociale que l'exercice physique seul ou les services de soutien. En effet, l'exercice physique combinée a un impact sur diverses composantes. Ainsi, cet exercice a un effet sur les fonctions physiques et cognitives, sur les habilités sociales et émotionnelles ainsi que les occupations. Cependant, ces résultats peuvent être biaisés car l'effet sur le long terme n'est pas évalué.

○ **Précocité et intensité**

Une étude quantitative a été menée en 2016 en France auprès de patients en soin de suite et de réadaptation en phase subaiguë d'un AVC (29). Cette étude vise à déterminer l'effet de l'intensité de la rééducation en phase subaiguë sur l'amélioration fonctionnelle des personnes atteintes d'un AVC. Ainsi, les résultats montrent que la précocité de la prise en charge a un impact positif sur l'amélioration fonctionnelle. Également, cette étude indique que l'intensité de la rééducation influence la probabilité du patient à être autonome et de retourner à son domicile. Cependant, les résultats de cette étude peuvent être biaisés car les niveaux d'autonomie et d'indépendance antérieurs à l'AVC des patients ne sont pas connus. De plus, la durée de rééducation est liée aux objectifs thérapeutiques. Les résultats précédents corroborent ceux d'une étude quantitative menée aux États-Unis en 2016 portant sur l'efficacité de la tâche orientée lors de la rééducation post-AVC (21). En effet, cette étude démontre qu'une rééducation intensive permet une amélioration des fonctions.

○ **Séances individuelles ou collectives**

Une étude quantitative menée en Lituanie en 2008 montre l'efficacité de l'ergothérapie chez les patients post-AVC (30). Les résultats indiquent que les séances d'ergothérapie individuelles ont un effet significatif sur l'autonomie dans les AVQ. Cependant, la plupart des personnes sont dépendantes pour certaines AVQ. Ces résultats divergent avec ceux d'une étude quantitative menée en Iran en 2017 (31). Cette étude montre que les séances individuelles améliorent significativement la performance occupationnelle mais n'ont aucun effet sur la satisfaction et l'autonomie dans les AVQ. Également, cette étude permet de compléter l'étude menée en Lituanie car elle aborde les séances de groupe en ergothérapie. Les séances de groupes se basent sur la thérapie en circuit (Circuit Class Therapy). Cette thérapie vise à effectuer des exercices de mobilités, des activités manuelles, de cuisine et de repas en groupe. Ainsi, l'étude menée en Iran affirme que les séances d'ergothérapie de groupe améliorent significativement la performance occupationnelle, la satisfaction, et l'autonomie dans les AVQ des patients. Ces résultats sont à nuancer car les niveaux de rigueur scientifique des journaux dans lesquels les études sont publiées, restent faibles.

Ces résultats amènent à un questionnement. Ainsi, comment favoriser l'autonomisation et le retour à domicile des personnes atteintes d'un AVC lors des séances d'ergothérapie ? De plus, comment l'ergothérapeute peut permettre le transfert des acquis pour améliorer l'autonomie dans les AVQ des personnes atteintes d'un AVC ? De même, sur quels autres paramètres agir en ergothérapie pour favoriser l'autonomisation, le retour à domicile et le transfert des acquis ?

Également, en quoi la motivation du patient peut impacter le transfert des acquis et l'amélioration fonctionnelle ? De plus, de quelle manière intégrer de l'exercice combiné dans une intervention en ergothérapie pour améliorer la participation sociale et l'autonomie dans les occupations d'une personne atteinte d'un AVC ? De plus, en quoi l'ergothérapie combinée à d'autres interventions ou thérapies permet-elle une amélioration de l'autonomie des patients atteints d'un AVC ? Enfin, dans quelle mesure l'amélioration de la performance occupationnelle des patients atteints d'un AVC ne permet pas l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne ?

► **Déterminants du raisonnement clinique et des pratiques fondées sur des preuves**

Une étude qualitative menée entre 2006 et 2008 au Danemark décrit les paramètres influençant le raisonnement clinique des ergothérapeutes lors de la mise en place de pratiques probantes en rééducation post-AVC. (32). Ainsi, le raisonnement clinique des ergothérapeutes est influencé par les expériences professionnelles, les croyances, les évaluations utilisées, l'organisation et les contraintes des institutions. Une revue de littérature internationale menée en 2019 permet de compléter ces résultats (33). En effet, cette revue permet d'ajouter que le raisonnement clinique est influencé par l'engagement, les besoins, les moyens financiers et les capacités des patients. De plus, le raisonnement des ergothérapeutes est influencé par leurs routines professionnelles et leur confiance en eux.

Également, le raisonnement clinique peut se baser sur une approche occupationnelle. En effet, l'étude menée au Danemark montre que les ergothérapeutes basent leurs raisonnements cliniques sur les activités signifiantes des personnes (32). Ainsi, les ergothérapeutes utilisent comme objectifs et moyens les activités signifiantes. Également, une étude de la portée (scoping review) menée en 2019 complètent les résultats précédents (33). En effet, des articles analysés dans cette étude indiquent que le raisonnement clinique des ergothérapeutes peut potentiellement être guidé par le profil occupationnel, l'analyse de la performance occupationnelle et le cadre de référence Occupational Therapy Practice Framework. Ainsi, ces outils relèvent de l'approche occupationnelle.

Une revue de littérature menée aux Etats-Unis en 2023 s'intéresse aux barrières et facilitateurs concernant la mise en place des recommandations de bonne pratique lors de la rééducation post-AVC (34). Les résultats montrent que le soutien de la hiérarchie, l'organisation et les certifications sont des éléments facilitateurs. De plus, les croyances concernant les pratiques sont des éléments obstacles. Cependant, les formations, les ressources temporelles, matérielles

et financières sont considérées comme des déterminants à la fois facilitateurs et obstacles. Ces résultats peuvent être complétés par ceux d'une revue de littérature internationale menée en 2020 (35). Les résultats ajoutent que la perception positive des professionnels sur les pratiques fondées sur des preuves et les préférences des patients sont des éléments facilitateurs. De plus, les résultats indiquent que la faible fidélité des interventions et la présence de méthode difficile à mettre en pratique sont des éléments obstacles.

Les obstacles et facilitateurs présents dans la littérature sont similaires avec ceux révélés par les ergothérapeutes dans l'enquête exploratoire. Ainsi, ces résultats amènent un questionnement. Tout d'abord, quelle place a le raisonnement clinique dans la mise en place de l'approche occupationnelle des ergothérapeutes ? Aussi, comment allier l'approche occupationnelle et la culture des institutions ? De plus, comment permettre l'utilisation de pratiques fondées sur les preuves en pratique ? Également, quels sont les bénéfices de l'utilisation des pratiques fondées sur des preuves sur la récupération des personnes atteintes d'un AVC ? Enfin, comment les ergothérapeutes peuvent agir sur les déterminants ?

► Évaluations utilisés auprès des personnes atteintes d'un AVC en ergothérapie

Une étude réalisée en 2021 au Canada identifie les outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes lors de la rééducation des personnes atteints d'AVC (36). De plus, cette étude vise à décrire l'écart avec les évaluations inscrites dans les recommandations canadiennes. Pour évaluer les difficultés dans les activités de la vie quotidiennes des patients, les ergothérapeutes utilisent principalement des mises en situation (95% des cas), le profil des AVQ (75,9%), la MIF⁸ (58,7%) et le SMAF⁹ (25%). L'étude explique ces pourcentages par la « perspective occupationnelle » des ergothérapeutes. Cependant, la revue dans laquelle cette étude est publiée à un faible niveau de scientificité car elle n'est pas référencée par l'indicateur Scimago Journal Rank.

De plus, une étude menée aux Etats-Unis en 2016 complète l'étude précédente. En effet, l'étude utilise également des bilans standardisés (21). Dans cette étude, le COPM¹⁰ est utilisé pour évaluer la performance occupationnelle et la satisfaction. De plus, la MAL¹¹ est utilisée pour évaluer l'utilisation du bras plégique dans le quotidien et l'échelle WFMT¹² pour évaluer

⁸ Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle

⁹ Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

¹⁰ Canadian Occupational Performance Measure

¹¹ Motor Activity Log

¹² Wolf motor function test

la vitesse d'exécution des mouvements, qualité gestuelle, force musculaire. Également, la revue de littérature menée en 2003 aux Pays-Bas complète les études précédentes (28). En effet, les évaluations utilisées sont des bilans standardisés. Ces derniers évaluent différentes composantes. L'autonomie dans les activités de la vie quotidienne est évaluée par l'index de Barthel, ADL observation, Edman ADL index, NEADL¹³. La qualité de vie est évaluée par les bilans Pearlman's QOL et London HandicapScale. Enfin, la motricité et les fonctions cognitives sont évaluées par les bilans ARAT¹⁴, cognitive skills et apraxia test.

Ces aspects de la revue de la littérature sont en lien avec les résultats de l'enquête exploratoire. En effet, les ergothérapeutes rapportent utiliser des bilans standardisés dans le cadre de la rééducation des personnes atteintes d'un AVC. Ainsi, plusieurs questions découlent de ces résultats. Tout d'abord, quel est l'intérêt de combiner des évaluations « top-down » (mise en situation) et des évaluations « bottom up » (SMAF, MIF) en ergothérapie ? Ainsi, dans quelle mesure le choix des évaluations oriente les axes d'intervention ? De même, comment les résultats de ces types d'évaluation influencent-ils les axes d'intervention ?

► Méthodes de rééducation

L'étude quantitative de 2016 montre que l'utilisation d'une méthode de rééducation particulière influence la récupération des personnes atteintes d'un AVC (21). Cette étude est publiée dans la revue Occupational Therapy International qui relève d'un niveau de scientificité élevé. Ainsi, cette étude montre que l'utilisation de la tâche orientée permet une amélioration significative de l'utilisation du bras plégique, de la performance occupationnelle et de la satisfaction. Cependant, la tâche orientée ne permet pas une amélioration significative de la force musculaire des patients atteints d'un AVC. Une revue de littérature menée en Italie en 2015 permet de compléter ces résultats (37). En effet, l'étude montre que la Thérapie Contrainte Induite (CIMT) permet une amélioration significative de la motricité et de l'utilisation du bras plégique chez les personnes atteintes d'un AVC. De plus, ces résultats peuvent être complétés par ceux d'une étude menée en Chine en 2022 quant à l'utilisation de méthode de rééducation spécifique (38). En effet, cette étude quantitative de 2022 évalue le rôle de la thérapie miroir en complément de la rééducation pour améliorer la fonction motrice du membre supérieur des personnes ayant un AVC en phase aigüe et subaigüe. Les résultats montrent une amélioration significative de la fonction motrice du membre supérieur et des activités de la vie quotidienne

¹³ Nottingham Extended Activities of Daily Living

¹⁴ Action Research Arm Test

des patients bénéficiant de la thérapie miroir par rapport au groupe bénéficiant d'une rééducation simple. Ces résultats peuvent être biaisés car les patients sont motivés à participer et à faire la rééducation.

Ces résultats soulèvent plusieurs interrogations. Tout d'abord, dans quelle mesure les caractéristiques intrinsèques de la personne atteinte d'un AVC influencent la récupération ? De même, en quoi la motivation du patient peut impacter le transfert des acquis et l'amélioration fonctionnelle ? De plus, dans quelle mesure les méthodes de rééducation ont un effet sur l'amélioration de l'indépendance des personnes atteintes d'un AVC ? Enfin, comment allier en ergothérapie la tâche orientée et des exercices analytiques pour améliorer l'utilisation du bras plégique et la force musculaire ?

1.6.4 Synthèse de la problématisation pratique

Concernant la récupération des personnes atteintes d'un AVC : pourquoi les ergothérapeutes accordent plus d'importance à la rééducation fonctionnelle mais observent plus fréquemment une amélioration du patient lors de l'utilisation de l'approche occupationnelle ? Ainsi, comment les ergothérapeutes peuvent permettre le transfert des acquis pour améliorer l'autonomisation et favoriser le retour à domicile des personnes atteintes d'un AVC ? De plus, en quoi les caractéristiques intrinsèques de la personne peuvent impacter le transfert des acquis et l'amélioration fonctionnelle ?

Concernant le raisonnement clinique, les approches utilisées par les ergothérapeutes et l'utilisation des pratiques fondées sur des preuves : en quoi le raisonnement clinique et l'utilisation des pratiques fondées sur des preuves influencent la récupération des personnes atteintes d'un AVC ? Ainsi, les ergothérapeutes utilisent plus fréquemment une approche top down (approche occupationnelle) ou bottom up (rééducation fonctionnelle) ? De surcroît, quelle place a le raisonnement clinique dans la mise en place de l'approche occupationnelle des ergothérapeutes ? Également, quels sont les impacts de l'utilisation de l'approche occupationnelle et de la rééducation fonctionnelle sur la récupération des personnes atteintes d'un AVC ? Enfin, en quoi les pratiques et le raisonnement influencent la récupération des personnes atteintes d'un AVC ?

Concernant les évaluations utilisées par les ergothérapeutes : Quel est l'intérêt de combiner des évaluations « top-down » (mise en situation) et des évaluations « Bottom up » (SMAF, MIF) en ergothérapie ? Ainsi, dans quelle mesure le choix des évaluations oriente les axes

d'intervention ? De même, comment les résultats de ces types d'évaluation influencent-ils les axes d'intervention ?

Concernant les méthodes de rééducation et l'intervention en ergothérapie : dans quelle mesure les moyens de rééducation utilisés font plus fréquemment appel à la rééducation fonctionnelle qu'à une approche occupationnelle ? Comment ces moyens utilisés peuvent permettre un transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ? De plus, est-ce que les moyens utilisés se basent sur les occupations signifiantes des patients ? Enfin, dans quelle mesure les méthodes de rééducation permettent une amélioration de l'autonomisation par le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ?

1.7 Question initiale de recherche

Une question initiale de recherche découle de cette synthèse des problématisations pratiques :

En quoi l'approche occupationnelle et la rééducation fonctionnelle s'articulent-elles dans le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ?

1.8 Cadre de référence

Cette question initiale de recherche interroge l'approche occupationnelle, la rééducation fonctionnelle et le transfert des acquis. La rééducation fonctionnelle s'inscrit dans un modèle biopsychosocial. Dans la suite de ce mémoire, nous nous intéresserons au modèle biopsychosocial pour élargir la réflexion. Ainsi, pour aborder ces notions, nous développerons les concepts d'approche occupationnelle, de modèle biopsychosocial et de transfert des acquis.

Les concepts théoriques peuvent être explorés à partir de divers champs disciplinaires. Pour étayer le concept d'approche occupationnelle, nous étudierons les sciences de l'occupation car elles sont à l'origine de cette approche. De surcroît, nous aborderons les sciences médicales et sociales car elles sont à l'origine de la création du modèle biopsychosocial. Également, nous explorerons les sciences humaines et sociales avec la psychologie et la sociologie car elles ont largement étudié le concept de transferts des acquis. De plus, nous explorerons les sciences de l'éducation car elles ont étudié les concepts de raisonnement clinique et de transfert des acquis.

Les auteurs fondamentaux du concept d'approche occupationnelle sont Anne Fischer et Augustine Ploncard et Isabelle Marchalot. Leurs différents écrits permettent de conceptualiser l'approche occupationnelle. Georges Libman Engel et Francesc Borrel-Carrio ont théorisé le concept d'approche biopsychosociale. Les auteurs fondamentaux du concept de transfert des acquis sont Jean Piaget, Lev Vygotski, Mariane Frenay et Jacques Tardif. Leurs différents écrits

permettent de conceptualiser le transfert et les apprentissages et également de comprendre l'importance de l'environnement.

Pour faciliter l'assimilation des concepts théoriques suivants, une matrice conceptuelle est confectionnée (Cf. Annexe 6 p.78).

1.8.1 Approche occupationnelle

Fisher conceptualise la pratique centrée sur l'occupation. Cette pratique se compose de deux manières en se basant sur l'occupation, et en s'axant sur l'occupation (39).

Approche et pratique centrée sur l'occupation

Nielson indique qu'être centré sur l'occupation revient à défendre « l'occupation comme le centre de la recherche, de l'éducation et de la pratique en ergothérapie » (40). Ainsi, Fischer définit la pratique centrée sur l'occupation comme une vision spécifique de l'ergothérapie ayant comme enjeu central l'occupation dans la prise en soin (39). De surcroît, être centré sur les occupations considère les personnes comme des « êtres occupationnels » (39). De plus, la pratique centrée sur les occupations envisage l'occupation comme un élément puissant dans la thérapie. Ainsi, cette pratique accorde une place majeure à l'occupation et écarte les fonctions corporelles (39). Meyer ajoute que la « centration sur l'occupation » induit de repérer les obstacles occupationnels dans le quotidien des patients (41). Ainsi, l'intervention aide le patient à « reprendre, modifier ou créer des occupations » en permettant au patient de favoriser son pouvoir d'agir, sa performance occupationnelle et son engagement (41).

Fisher indique que la pratique centrée sur l'occupation facilite l'alliance thérapeutique et la collaboration avec le patient. En effet, le thérapeute et le patient échangent sur des occupations significantes ce qui favorise le lien thérapeutique et renforce l'adhésion à la prise en charge ergothérapique (39).

Approche et pratique basée sur l'occupation

Fisher définit une pratique basée sur l'occupation comme ayant une évaluation et une intervention qui permet « d'engager une personne dans l'occupation ». Ainsi, se baser sur l'occupation suppose d'observer la performance occupationnelle d'une personne (39). Fisher indique que cette analyse semble avoir un meilleur impact sur la performance occupationnelle que des « tests décontextualisés » visant à évaluer les fonctions (42). L'évaluation basée sur l'occupation est top-down (43). Elle permet de repérer les différences entre les performances passées et actuelles. Ainsi, le patient prend potentiellement conscience du lien entre les capacités et la performance ce qui induit son engagement dans la prise en soin (43). De plus, l'évaluation permet d'identifier les occupations significantes de la personne (44).

Également, l'ergothérapeute utilise une pratique basée sur l'occupation lorsque l'intervention permet d'engager la personne dans ses occupations habituelles (44). Avoir une pratique basée sur les occupations permet aux ergothérapeutes de se différencier des autres professions. En effet, cette pratique insiste sur l'importance des occupations et donc sur le rôle de l'ergothérapeute (45).

Approche et pratique axée sur l'occupation

Ficher définit la pratique axée sur l'occupation en considérant l'« occupation comme objet immédiat de l'évaluation ou comme intention directe de l'intervention » (39). En effet, le thérapeute axe l'occupation lorsqu'il la désigne comme un élément primordial et direct. Ainsi, l'objectif est de travailler par l'occupation, à contrario d'améliorer la performance occupationnelle au travers d'un travail des fonctions corporelles (39). De plus, la pratique axant l'occupation prend en compte l'importance d'utiliser l'environnement écologique dans lequel la personne réalise son occupation (44). La pratique axant l'occupation peut être rattachée à « l'occupation en tant que moyen » définit par Trombly.

L'occupation : moyen et finalité

Trombly décrit « l'occupation en tant que moyen comme agent de changement thérapeutique pour remédier aux capacités ou habiletés altérées » (46). Ainsi, l'occupation sert d'outil dans l'intervention pour atteindre une amélioration de l'occupation (47). Trombly définit l'occupation en tant que fin lorsque « l'occupation est l'objectif à apprendre » (46). Concrètement, l'intervention se concentre sur les composantes sous-jacentes de l'occupation sans utiliser cette dernière (46). De surcroît, l'évaluation et l'intervention tenant compte de l'occupation comme finalité visent à rétablir la « vie occupationnelle » de la personne. Cette vision de l'occupation induit une analyse de l'occupation (47). McLaughlin Gray s'oppose à Trombly en considérant que « l'occupation en tant que fin » et « l'occupation en tant que moyen » se combinent et peuvent être utilisées parallèlement (47).

1.8.2 Modèle biopsychosocial

Définition

Georges Engel, fondateur du modèle biopsychosocial ne propose pas de définition précise. Cependant, il indique que le « modèle médical doit également prendre en compte le patient, le contexte social dans lequel il vit, et le système complémentaire élaboré par la société pour faire face aux effets perturbateurs de la maladie ». (48) Borrell-Carrio Francesc définit le modèle biopsychosocial comme « une philosophie de soins cliniques et un guide pratique pour la

pratique clinique » (49). L'approche biopsychosociale s'intéresse à diverses composantes, dans l'objectif d'améliorer les fonctions corporelles. Cette approche est donc ascendante ou bottom-up c'est-à-dire que l'occupation est améliorée à partir d'un travail sur les fonctions corporelles (force musculaire, amplitudes articulaires...) (50).

De surcroît, le modèle biopsychosocial se base sur la théorie des systèmes. Cette dernière tient compte de chaque composante et de leurs influences (51) .

Ainsi, le modèle biopsychosocial considère les composantes biologiques, psychologiques et sociales comme facteurs influençant la santé (52).

- La dimension biologique est composée de l'état physique de la personne, des symptômes liés à la maladie, de l'impact des traitements, du fonctionnement immunitaire et génétique, et des réactions corporelles liées au stress (52) (53).
- La dimension psychologique est composée de l'état mental de la personne, des besoins, de l'estime de soi, des ressentis, de la spiritualité, des stratégies de coping, et de la maîtrise du stress (52) (53).
- La dimension sociale se compose l'environnement social, des rites, de la profession, du profil socio-économique, et des relations sociales (52).

Le modèle biopsychosocial permet une compréhension entière de la maladie. Il conduit ainsi à une « approche rationnelle de la rééducation » (54) . En pratique, le modèle biopsychosocial se traduit par « un élargissement des perspectives » et « une participation active du patient » (52). « L'élargissement des perspectives » du thérapeute correspond au fait d'avoir conscience des facteurs influençant la santé du patient (55). Ainsi, le soignant procède à une évaluation des facteurs psychologiques et sociaux en complémentarité de l'évaluation somatique. Également, « l'élargissement des perspectives » envisage dans une même intervention un travail sur les dimensions biopsychosociales (55).

Les besoins et croyances du patient ont un impact sur les résultats de l'intervention. Ainsi, la « participation active » du patient passe par « l'éducation et l'information » du patient. Cela nécessite au soignant des savoirs relationnels et éducatifs (55).

Avantages du modèle biopsychosocial

Engel décrit les avantages du modèle biopsychosocial (48). Tout d'abord, le modèle biopsychosocial permet de considérer le patient et sa maladie. De surcroît, l'évaluation de la situation au travers du modèle biopsychosocial est holistique et permet de tenir compte des composantes psychologiques, biologiques et sociales. Ainsi, le modèle biopsychosocial propose une conception pour prendre en compte les composantes psychosociales exclues

auparavant (51). Également, le modèle biopsychosocial permet de comprendre les différences inter-individuelles selon leur perception de la maladie. Borrell-Carrio indique que le modèle biopsychosocial permet d'appréhender l'expérience personnelle du patient (49).

Vincent Guéné ajoute des avantages au modèle proposé par Engel (56). Tout d'abord, l'auteur indique que le modèle biopsychosocial permet de compléter les limites du modèle biomédical. Ainsi, le modèle biopsychosocial est systémique et considère le corps et l'esprit comme une entité. En effet, le thérapeute doit évaluer chaque problème rapporté par le patient, sans se limiter à sa maladie. Cela permet une vision différente de la maladie, du patient et du médecin.

Principes du modèle biopsychosocial

Borrell-Carrio propose des explications des principes d'une pratique clinique orientée biopsychosocialement (49).

- L'un des principes est « l'auto-calibration ». Ainsi, les compétences du médecin dépendent des aptitudes du médecin à permettre aux patients une amélioration de la santé. Ces compétences sont étroitement liées avec la capacité à repérer le parcours de vie et les problématiques du patient et à identifier les symptômes et les composantes psychosociales. Également, le principe d'auto-calibration du soignant se développe par l'utilisation d'un timbre de voix adapté aux patients et d'adopter des réponses adéquates au vécu du patient.
- Un autre principe du modèle biopsychosocial est « la cultivation active de la confiance ». Ce principe s'inscrit dans une attitude authentique. Le soignant doit repérer les émotions du patient. Le soignant peut verbaliser ses émotions avec distance pour maintenir la relation thérapeutique.
- De plus, « cultiver la curiosité » fait partie des principes du modèle biopsychosocial. Ainsi, le soignant doit développer une ouverture d'esprit, de l'empathie et de la curiosité. De plus, le soignant doit considérer chaque rencontre avec le patient comme première.
- Un autre principe est de « reconnaître les biais ». Ainsi, le soignant doit prendre conscience que les décisions cliniques sont influencées par ses intérêts et/ ou les caractéristiques des patients.
- Également, le soignant doit « éduquer ses émotions ». Ainsi, le soignant doit contrôler ses émotions, les gérer et accepter l'incertitude. Ce principe aide à l'alliance et à la relation thérapeutique.

- Un principe du modèle biopsychosocial est d'« utiliser l'intuition ». Ainsi le soignant doit se baser sur ses intuitions même si elles ne sont pas explicables.
- Enfin, « communiquer les preuves cliniques » est un principe. Cela permet au patient de comprendre et permet l'échange avec le soignant.

L'approche centrée sur les occupations insiste sur l'importance de la prise en compte des occupations significatives de la personne. Également, le modèle biopsychosocial se focalise sur les composantes psychologiques, sociales et biologiques. Nous pouvons donc nous demander, dans quelle mesure, l'approche top-down (centrée sur l'occupation) peut être combinée avec l'approche bottom-up (biopsychosociale) ? Ainsi, comment ces deux approches peuvent être complémentaires ? De même, en quoi la prise en compte des occupations et des composantes biopsychosociales peut permettre une vision holistique de la personne ? Enfin, comment les principes de modèle biopsychosocial peuvent être appliqués dans l'approche occupationnelle ?

1.8.3 Transfert des acquis

Définition

Le transfert désigne un processus où « des connaissances et compétences construites dans un contexte particulier sont réutilisées dans un nouveau contexte » (57).

Le transfert des apprentissages est défini par Mariane Frenay et Denis Bédard « comme la capacité qu'a un apprenant de résoudre de nouvelles situations en mobilisant les connaissances apprises antérieurement dans des situations différentes » (58).

Conceptions du transfert des apprentissages

Selon les approches et courants, le transfert des apprentissages est conceptualisé différemment. Le comportementisme associe le transfert des apprentissages à la réutilisation des acquis dans des circonstances inédites. Ainsi, des éléments similaires avec des expériences antérieures doivent être présents. Pour transférer les apprentissages, il est donc nécessaire de repérer les composantes communes aux situations vécues par le passé (58). De surcroît, le paradigme cognitiviste indique que la personne doit être en capacité de repérer les éléments similaires aux situations et de mobiliser des savoirs antérieurs. Ainsi, la personne transférera les acquis par « analogie » (58). Également, le constructivisme rejoint le paradigme cognitiviste en mettant en évidence le processus d'assimilation dans le transfert des acquis. Ainsi, il est nécessaire d'intégrer les connaissances et de les utiliser dans de nouvelles situations (58).

Facteurs du transfert des acquis

Divers facteurs exercent une influence sur le transfert des apprentissages. Le transfert des acquis est influencé par la personne, le sujet d'apprentissage, l'environnement physique et social

d'apprentissage, les outils d'apprentissages utilisés, les objectifs, la tâche à transférer et la situation (58).

De surcroît, la similarité est un facteur du transfert des acquis. La similarité correspond à la ressemblance entre les situations dans lesquelles le transfert des acquis est souhaité. Ainsi, la similarité influence « l'accès et le traitement des connaissances » (59). En effet, Bracke indique que le transfert est seulement possible si la « tâche source » est ressemblante à la « tâche cible » (59). Tardif définit la « tâche source » comme la situation dans laquelle les savoirs initiaux sont créés et la « tâche cible » correspondant à la nouvelle situation (60). De plus, si la nouvelle situation est semblable à la situation antérieure, un « transfert positif » est probable (57). Le transfert positif concerne le fait qu'une personne arrive à mobiliser des acquis antérieurs dans une nouvelle situation (61). A contrario, le « transfert négatif » concerne le fait que les savoirs antérieurs empêchent une personne d'apprendre de nouvelles choses (61).

Composantes secondaires du transfert des acquis

Bracke identifie des composantes secondaires ou « sous-processus » du transfert des acquis (59).

- L'accès aux connaissances est une composante secondaire du transfert des acquis. Ainsi, l'accès aux connaissances nécessite de récupérer des savoirs stockés en mémoire à long terme. La récupération est facilitée lorsqu'il y a une similarité de surface entre deux situations. Pour Genter, la similarité de surface se repère « sur la base des objets et de leurs propriétés descriptives » entre deux situations (59).
- La mise en correspondance est une composante secondaire du transfert des acquis (59). La première étape de la mise en correspondance est l'appariement. Ainsi, l'appariement consiste à associer les caractéristiques similaires entre deux situations. Ensuite, la mise en correspondance nécessite d'associer par déduction des éléments qui ne se ressemblent pas explicitement. Cette mise en correspondance est faite grâce à la similarité de structure, repérée selon « la base des relations entre deux objets » (59). Ainsi, cette similarité n'est pas en lien avec l'apparence mais plutôt avec l'organisation logique des situations.
- L'évaluation dans le transfert des acquis a deux objectifs. Tout d'abord, l'évaluation permet d'analyser la cohérence de la mise en correspondance établie. Également, l'évaluation permet d'identifier la similarité entre les deux situations afin de repérer si le transfert est possible (59).

- L'adaptation est une composante secondaire du transfert des acquis (59). Dans le transfert des acquis, l'adaptation permet d'appliquer des connaissances antérieures dans un nouveau contexte. L'adaptation est effectuée grâce à la « re-spécialisation » qui consiste à repérer les éléments spécifiques de la nouvelle situation (tâche cible) et les différences avec la situation antérieure (tâche source) (59).

Le modèle biopsychosocial s'intéresse à des composantes, décontextualisés des occupations et de l'environnement de la personne. Nous pouvons donc nous demander, quel est l'impact d'un apprentissage de compétences décontextualisés sur le transfert des acquis ? En outre, à quel point le modèle biopsychosocial diverge avec le transfert des acquis ? Cependant, nous pouvons aussi nous demander, comment la prise en compte du contexte social et de l'expérience personnelle de la personne peut-elle permettre un transfert des acquis ?

A contrario, l'approche occupationnelle se base sur les occupations significantes et vise une similarité avec l'environnement écologique de la personne. En quoi l'approche occupationnelle est-elle complémentaire au transfert des acquis ? Dans quelle mesure la pratique basée sur l'occupation permet des opportunités de transfert des acquis ? En outre, comment l'utilisation d'occupation comme « agent thérapeutique » peut permettre une généralisation des acquis dans des situations similaires ? De surcroît, comment la similarité entre l'intervention et l'environnement écologique peut-elle permettre la mobilisation des acquis dans une nouvelle situation ? Enfin, comment les approches basées, centrées et ciblant l'occupation peuvent-elles permettre un transfert des acquis positif ?

1.8.4 Problématisation théorique et synthèse du cadre conceptuel

Le cadre conceptuel a permis de mettre en évidence les attributs essentiels de chaque concept. Les attributs essentiels de l'approche occupationnelle sont la pratique centrée, basée et ciblant l'occupation. Ces pratiques prennent en compte les occupations significantes et l'environnement écologique de la personne. L'approche occupationnelle est qualifiée de top down.

Le concept du modèle biopsychosocial comprend les composantes biologiques, psychologiques et sociales de la personne. Ainsi, cette approche tient compte de l'expérience personnelle, du ressenti et du contexte social de la personne.

Nous pouvons donc nous demander, en quoi l'approche top-down (centrée sur l'occupation) et l'approche bottom-up (biopsychosociale) peuvent-elles être complémentaires ? De surcroît, de quelle manière ces approches se combinent-elles ?

Le transfert des acquis est probable lorsque la « tâche cible » est similaire à la « tâche source ». Il existe le transfert positif et le transfert négatif. De surcroît, des composantes secondaires sont nécessaires pour transférer les acquis dans de nouvelles situations.

Ainsi, plusieurs questions semblent pertinentes. Tout d'abord, comment un apprentissage de compétences décontextualisés impacte transfert des acquis ? De surcroît, de quelle manière l'approche occupationnelle est-elle complémentaire au transfert des acquis ? De plus, en quoi la similarité (ressemblance) entre l'intervention et l'environnement écologique peut-elle permettre la mobilisation des acquis ultérieurement ?

1.8.5 Recontextualisation

Nous pouvons recontextualiser les concepts et la problématisation théorique à l'ergothérapie. Ainsi, nous pouvons nous demander dans quelle mesure l'ergothérapeute peut combiner une approche top down et bottom dans la prise en soin des personnes atteintes d'un AVC en SMR ? Ainsi, de quelle manière l'ergothérapeute peut-il associer la prise en compte des composantes biopsychosociales et des occupations dans la prise en soin des personnes atteintes d'un AVC ? Comment ses composantes peuvent-elles être prise en compte lorsque les personnes atteintes d'un AVC présentent une aphasie ou une anosognosie ? De surcroît, existe-t-il une influence des apprentissages décontextualisés en séance d'ergothérapie sur le transfert des acquis ? A contrario, l'utilisation d'occupation comme « agent thérapeutique » en séance d'ergothérapie permet-elle une généralisation des acquis dans le quotidien des personnes atteintes d'un AVC ? De surcroît, comment la similarité entre l'intervention en ergothérapie et l'environnement écologique peut-elle permettre la mobilisation des acquis dans le quotidien des personnes atteintes d'un AVC ? De plus, comment permettre le transfert des acquis pour des personnes ayant un AVC avec des troubles cognitifs ? Enfin, en quoi l'utilisation par l'ergothérapeute des approches basées, centrées et ciblant l'occupation peut-elle permettre un transfert des acquis positifs des personnes atteintes d'un AVC ?

1.9 Question de recherche

L'étayage conceptuel a permis l'élaboration d'une question de recherche :

Quelles sont les variations du transfert des acquis identifiables lorsque les ergothérapeutes utilisent une approche occupationnelle et/ou un modèle biopsychosocial, dans un contexte de prise en soin des personnes atteintes d'un AVC en SMR ?

Ainsi, l'objet d'étude concerne l'étude de la variation du transfert des acquis lors de l'utilisation approche occupationnelle et/ou un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes dans un contexte de prise en soin des personnes atteintes d'un AVC en SMR.

2 Matériel et méthode

2.1.1 Choix de la méthode de recherche

Tout d'abord, la question de recherche tente d'identifier l'influence de l'approche occupationnelle et/ ou du modèle biopsychosocial sur la variation transfert des acquis. De ce fait, l'objet de recherche vise à expliquer un phénomène selon des variables et d'identifier des liens de corrélation.

L'objet de recherche fait face à diverses méthodes de recherche. La méthode recherche clinique permet de recueillir des données en se basant sur les perceptions et des témoignages, d'un échantillon. Elle traite le discours ou l'observation de personnes en lien avec l'objet de recherche, et permet une interprétation (62). Toutefois, l'objet de recherche traité cherche à repérer un effet potentiel de l'approche occupationnelle et/ou du modèle biopsychosocial sur la variation du transfert des acquis. Ainsi, la méthode clinique et donc le témoignage des ergothérapeutes semble moins objectif dans le cadre de l'objet de recherche. La méthode de recherche expérimentale vise à expliquer. Elle recherche un lien de causalité d'un phénomène, en vue d'une généralisation. La méthode expérimentale nécessite l'observation de chercheurs sur un site d'exploration (62). Ainsi, cette méthode n'est pas retenue dans ce travail de recherche du fait des restrictions temporelles, organisationnelles et institutionnelles. Dans le cadre de l'objet d'étude, le choix retenu est celui de la méthode différentielle. Cette dernière est quantitative et cherche à vérifier des hypothèses pour décrire un lien de corrélation entre des variables (62). Cette méthode permet d'expliquer les corrélations en lien avec les variations du transfert des acquis lorsque les ergothérapeutes utilisent une approche occupationnelle et/ou un modèle biopsychosocial. La méthode différentielle se décline en diverses étapes. La première étape consiste à émettre une hypothèse théorique et à identifier des variables différentielles. La deuxième étape vise à définir la population cible. Ensuite, il est nécessaire de construire un dispositif de recherche. Dès lors que la recherche est effectuée, l'étape suivante est l'analyse descriptive et statistique. Cela permet de mettre en évidence des liens de corrélations. Enfin, la dernière étape est celle de l'interprétation des résultats et de leur problématisation (62).

2.1.2 Hypothèses de recherche

Une hypothèse a émergé à la suite de la revue de littérature, du cadre de référence et de l'étayage conceptuel. Cette dernière est réfutable et est en opposition avec une hypothèse contradictoire nommée « hypothèse nulle ». Ainsi, les hypothèses sont :

- Hypothèse générale (Hg) : le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC varie selon l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ ou d'un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes
- Hypothèse nulle (H0) : le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ne varie pas selon l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ ou d'un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes
- Hypothèse opérationnelle (H1) : le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC est amélioré selon l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ ou d'un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes

Les hypothèses secondaires sont détaillées dans le tableau 1 ci-dessous.

Hypothèses secondaires		Hypothèses nulles	Hypothèses opérationnelles
N°1	L'utilisation de l'approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC varie selon l'année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes.	L'utilisation de l'approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC ne varie pas selon l'année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes.	Plus les ergothérapeutes ont obtenu leur diplôme récemment, plus ils utilisent une approche occupationnelle.
N°2	Le nombre de patient pris en soin par jour impacte l'utilisation de l'approche occupationnelle.	Le nombre de patient pris en soin par jour n'impacte pas l'utilisation de l'approche occupationnelle.	Moins les ergothérapeutes prennent en soin des patients par jour, plus ils utilisent une approche occupationnelle.

N°3	La satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC dépend de l'approche/modèle utilisé.	La satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ne dépend pas de l'approche/modèle utilisé.	Les ergothérapeutes ont une satisfaction plus élevée en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC lorsqu'ils utilisent une approche occupationnelle.
N°4	L'utilisation d'un appartement thérapeutique ou la réalisation de visite à domicile par les ergothérapeutes influencent le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC.	L'utilisation d'un appartement thérapeutique ou la réalisation de visite à domicile par les ergothérapeutes n'influencent pas le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC.	Le transfert des acquis est amélioré lorsque les ergothérapeutes utilisent un appartement thérapeutique ou réalise des visites à domicile.
N°5	L'utilisation de l'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC impacte la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients.	L'utilisation de l'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC n'impacte pas la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients.	La satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients augmente lors de l'utilisation de l'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC.
N°6	L'importance accordée par les ergothérapeutes d'identifier les occupations significantes impacte leur satisfaction liée au transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC.	L'importance accordée par les ergothérapeutes d'identifier les occupations significantes n'impacte pas leur satisfaction liée au transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC.	L'importance accordée par les ergothérapeutes d'identifier les occupations significantes augmente leur satisfaction liée au transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC.

Tableau 1 : Rédaction des hypothèses secondaires

2.1.3 Identification des variables

L'objet de recherche fait appel à différentes variables. Il est donc nécessaire de les identifier et de les nommer.

Variables indépendantes

Les variables indépendantes sont nommées « l'approche occupationnelle » et « le modèle biopsychosocial ». Ces variables sont dites indépendantes, car elles ne varient pas en fonction du transfert des acquis (62). Les ergothérapeutes choisissent en amont leurs utilisations. De plus, ces variables sont dites invoquées, car le chercheur ne provoque pas l'utilisation de l'approche occupationnelle et du modèle biopsychosocial chez les ergothérapeutes. Également, ces variables indépendantes sont quantitatives discrètes et ordinales, car elles sont évaluées selon une échelle numérique allant de 0 à 5. Ainsi, le nombre de valeurs est limité, avec une possibilité de dénombrement, et présente un ordre.

Variables dépendantes

La variable « transfert des acquis » est dépendante, car elle peut varier selon des variables indépendantes (62). De plus, le transfert des acquis est une variable quantitative discrète et ordinale. En effet, le transfert des acquis est aussi évalué sous la forme d'une échelle numérique allant de 0 à 5.

De plus, la variable « critères d'inclusion » est dépendante. Elle est qualitative et nominale dichotomique car les critères d'inclusion sont évalués par une modalité de réponse binaire oui/non. Également, la « date d'obtention du diplôme » est une variable indépendante et quantitative évaluée par l'année d'obtention du diplôme. Aussi, la variable dépendante nommée « patients journaliers » est quantitative évaluée par une échelle d'intervalle. De plus, la variable « description de la population » est dépendante et qualitative. Elle est évaluée par une échelle ordinale. Enfin, la variable « satisfaction » est dépendante. Elle est quantitative discrète et ordinale, car elle est évaluée selon une échelle numérique allant de 0 à 5.

De surcroît, ces variables dépendantes sont invoquées, car le chercheur n'est pas à l'origine de ces phénomènes (62).

2.1.4 Population, critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants sont recrutés selon des critères d'inclusion, d'exclusion et d'un site d'exploration. Du fait de la question de recherche, les critères d'inclusion sont d'être ergothérapeute, d'exercer auprès de personnes atteintes d'un AVC en SMR. Les critères d'exclusion sont d'être un autre professionnel que l'ergothérapeute et de ne pas travailler en SMR auprès de personnes atteintes d'un AVC. De plus, l'étude exclut les ergothérapeutes retraités pour refléter la pratique actuelle et réelle de l'ergothérapie.

2.1.5 Sites d'exploration

Du fait de l'objet d'étude, le site d'exploration concerne les SMR. Au niveau des règles d'échantillonnage du questionnaire, nous avons le choix entre un échantillonnage probabiliste et non probabiliste. Toutefois, ne disposant pas d'une liste exhaustive des ergothérapeutes, nous écartons l'échantillonnage probabiliste. De ce fait, les résultats de l'étude ne seront pas généralisables (63). Les ergothérapeutes participants seront recrutés de façon non-aléatoire, via des mails et les réseaux sociaux.

2.1.6 Cadre réglementaire et éthique

L'étude s'adresse à des professionnels de santé, ergothérapeutes. Ainsi, l'étude n'interroge pas des patients, donc elle se situe hors la loi JARDE. Pour protéger les données, les ergothérapeutes participants sont informés de l'anonymat de leurs réponses. De plus, l'enquête est confidentielle sous forme de réponses anonymes et les données seront protégées et détruites à la fin du mémoire de recherche. De surcroît, afin de suivre le règlement général sur la protection des données, les réponses aux questionnaires seront sécurisées dans un dossier avec un mot de passe.

2.1.7 Choix de l'outil théorisé de recueil des données, ses avantages et ses limites

Le choix de l'outil théorisé de recueil de données porte sur le questionnaire associé à la méthode de recherche différentielle. Le questionnaire est approprié, car il permet une analyse statistique du phénomène. Cet outil se base sur ce que les personnes indiquent faire (62). De surcroît, le questionnaire présente des avantages. Tout d'abord, cet outil permet de cibler une grande cohorte et donc d'avoir un grand nombre de participants (27). Également, la participation est anonyme ce qui peut favoriser l'authenticité des réponses. De plus, ce type d'outil théorisé de recueil de données est flexible et permet aux participants de répondre au moment souhaité et de réfléchir (27). Cependant, le questionnaire peut avoir des inconvénients (27). En effet, le participant peut répondre aux questions qu'il souhaite (27). L'authenticité des réponses ne peut pas être vérifiée. Enfin, la formulation des questions peut entraîner une incompréhension (27).

2.1.8 Anticipation de ses biais et stratégies pour les atténuer

L'outil théorisé de recueil de données peut présenter des biais. Il est donc nécessaire de les identifier et de réfléchir à des stratégies pour les atténuer :

- Biais de désirabilité sociale : ce biais peut amener à une peur du jugement et une inauthenticité des participants du fait de la formulation de la question. Pour atténuer ce biais, la stratégie est d'indiquer en début de questionnaire que les réponses sont anonymes et que les participants ne sont pas soumis à du jugement. Également, une

cohorte importante et avoir différentes réponses et visions peuvent permettre d'atténuer ce biais (64).

- Biais de sélection : ce biais engendre des sélections faussées en lien avec la population cible et le site d'exploration. Afin, de limiter ce biais, des questions en début de questionnaire sont consacrés aux critères d'inclusion des participants (65).
- Biais de confirmation : ce biais entraîne une confirmation des hypothèses du fait des questions posées. Ainsi, pour diminuer ce biais, des questions en lien avec l'hypothèse nulle seront demandées (64).
- Biais affectifs : ce biais entraîne des réponses erronées du fait de l'état affectif du participant. Pour réduire l'impact de ce biais, le questionnaire sera composé de questions principalement fermées dans l'objectif d'éviter la présence d'affect au sein des réponses (64).
- Biais méthodologiques : ce biais peut provoquer des confusions selon la formulation des questions et une lassitude des participants. Ainsi, pour atténuer ce biais, les formulations des questions seront réfléchies (précises, concises...), le questionnaire de test permettra un ajustement. De plus, les modalités de réponses seront diverses pour éviter la lassitude des participants. Également, le nombre de questions sera réduit (64).

2.1.9 Construction de l'outil théorisé de recueil des données, matérialisé par une matrice de questionnement ou une grille d'entretien ou d'observation (en annexe)

L'outil théorisé de recueil de données est construit à partir de la matrice théorique effectuée auparavant. Ainsi, l'outil théorisé de recueil de données interroge différentes variables : l'approche occupationnelle, le modèle biopsychosocial et le transfert des acquis (Cf. Annexe 7 p.82). Ces variables sont évaluées selon différents indicateurs issus de la matrice conceptuelle (Cf. Annexe 7 p.82).

Les indicateurs associés à la variable « approche occupationnelle » sont :

- La pratique centrée sur les occupations (identifier les obstacles occupationnels et favoriser la performance occupationnelle)
- La pratique basée sur les occupations (identifier les occupations significantes, évaluer la performance occupationnelle et permettre l'engagement par l'occupation)
- La pratique ciblée sur les occupations (utiliser l'occupation comme moyen et finalité, utiliser l'environnement écologique)

Les indicateurs associés à la variable « modèle biopsychosocial » sont :

- La centration sur la personne (considérer la personne et sa maladie)
- La vision holistique (prise en compte des composantes biologiques, psychologiques et sociales)
- La pratique biopsychosociale (tenir compte des facteurs influençant, rendre le patient acteur et informer)

Les indicateurs associés à la variable « transfert des acquis » sont :

- Les conceptions et capacités (intégrer des apprentissages, repérer des éléments communs et mobiliser des habiletés antérieurs)
- Les facteurs influençant (similarité de la tâche et utilisation d'un environnement écologique)
- Les dimensions (positives et négatives)

De surcroît, des questions descriptives sont ajoutées à l'outil théorisé de recueil de données. L'objectif est de vérifier les critères d'inclusion, de pouvoir décrire la population participante et de confirmer ou d'infirmer des hypothèses secondaires.

2.1.10 Le choix des outils de traitement et d'analyse des données

Le logiciel Excel permet de transformer des données descriptives en données statistiques. Ainsi, afin de réaliser une analyse descriptive de la population participante, le choix de ce logiciel est opportun. De plus, les variables évaluées sont des variables quantitatives. Ainsi, le choix des outils de traitement et d'analyse de données porte sur le test de Pearson à partir du logiciel Jamovi.

2.1.11 Le test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche auprès d'une cohorte d'entraînement

Le questionnaire est testé auprès d'une cohorte d'entraînement. Ainsi, les retours de quatre ergothérapeutes ont permis des modifications. De plus, leur participation a permis de tester le logiciel Microsoft Forms ainsi que l'analyse des résultats. En effet, la définition de performance occupationnelle est ajoutée afin de favoriser une meilleure compréhension de la question. De plus, les définitions des termes « composantes biologiques », « composantes sociales » et « composantes psychologiques » sont insérées dès lors que ces termes sont abordés dans les questions. Enfin, un exemple est mentionné afin de clarifier la question 27 portant sur le transfert des acquis.

2.1.12 Le déroulement de la recherche

Après avoir sélectionné des potentiels ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion, sur le réseau LinkedIn, des messages de demande de participation et le lien du questionnaire sont envoyés. Également, ces messages sont transmis à des ergothérapeutes travaillant sur des anciens lieux de stage. De surcroît, des publications sont postées sur divers groupes d'ergothérapeutes via le réseau social Facebook. Une relance de participation est effectuée.

3 Résultats

3.1 Analyse descriptive

Les informations générales des participants relèvent d'un effectif total de 51 ergothérapeutes travaillant en SMR. De plus, un plus grand nombre d'ergothérapeutes est diplômé en 2025. Également, une majorité des répondants déclarent toujours considérer les occupations, les dimensions biologiques, psychologiques et sociales d'une personne atteinte d'un AVC. D'autres informations descriptives sont indiquées dans le tableau 2 ci-dessous. Les graphiques sont présentés en annexe (Cf. Annexe 8 p.93).

Caractéristiques	Nombre d'occurrence	Valeurs calculées
Nombre de participant	51	/
Année de diplôme	1992 : 1	Mode = 2025 (1992-2025)
	2011 : 1	
	2016 : 4	
	2018 : 2	
	2019 : 2	
	2020 : 2	
	2021 : 1	
	2022 : 4	
	2023 : 8	
	2024 : 9	
	2025 : 15	
	Absence de données : 2	

Intervalle de patients quotidiennement suivis par les ergothérapeutes	0 à 5 : 3	Moyenne = 15 patients/jour
	5 à 10 : 24	
	10 à 20 : 23	
	Plus de 20 : 1	
Considération des occupations d'une personne atteinte d'un AVC par les ergothérapeutes	Parfois : 3	Mode = toujours
	La plupart du temps : 14	
	Toujours : 34	
Considération des dimensions biologiques, psychologiques et sociales d'une personne atteinte d'un AVC par les ergothérapeutes	La plupart du temps : 12	Mode = toujours
	Toujours : 39	
Considération des occupations et des dimensions biopsychosociales d'une personne atteinte d'un AVC par les ergothérapeutes	Parfois : 5	Mode = la plupart du temps
	La plupart du temps : 28	
	Toujours : 15	
Possibilités d'effectuer des visites à domicile ou d'utiliser un appartement thérapeutique	Jamais : 3	Mode = la plupart du temps
	Parfois : 8	
	La plupart du temps : 23	
	Toujours : 17	

Tableau 2 : synthèse des données de l'analyse descriptive

3.2 Analyse inférentielle

3.2.1 Résultat de l'hypothèse : « Le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC varie selon l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ ou d'un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes »

Pour analyser cette hypothèse, un test de Pearson est réalisé afin de mesurer le coefficient de corrélation à partir du logiciel Jamovi.

La valeur du test c'est à dire le coefficient de corrélation entre l'approche occupationnelle et le transfert des acquis est de 0,215. La p value est de 0,129 (Cf. Annexe 9 p.95). Ainsi, la valeur de p est supérieure à 0,05 et ne peut donc pas être analysée.

La valeur du test (coefficient de corrélation) entre le modèle biopsychosocial et le transfert des acquis est de 0,084. La p value est de 0,556 et supérieur à 0,05 (Cf. Annexe 9 p.95). Également, elle ne peut pas être analysée.

Donc l'hypothèse nulle : « le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ne varie pas selon l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ ou d'un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes », ne peut pas être rejetée.

3.2.2 Résultat de l'hypothèse : « L'utilisation de l'approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC varie selon l'année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes »

Pour analyser cette hypothèse, un test de Pearson est réalisé afin de mesurer le coefficient de corrélation à partir du logiciel Jamovi.

La valeur du test c'est à dire le coefficient de corrélation entre l'utilisation d'une approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC et l'année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes est de 0,010. La p value est de 0,943 (Cf. Annexe 9 p.95). Ainsi, la valeur de p est supérieure à 0,05 et ne peut donc pas être analysée.

Donc l'hypothèse nulle : « l'utilisation de l'approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC ne varie pas selon l'année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes », ne peut pas être rejetée.

3.2.3 Résultat de l'hypothèse : « Le nombre de patient pris en soin par jour impacte l'utilisation de l'approche occupationnelle »

Pour analyser cette hypothèse, un test de Pearson est réalisé afin de mesurer le coefficient de corrélation à partir du logiciel Jamovi.

La valeur du test entre le nombre de patient pris en soin par jour et l'utilisation de l'approche occupationnelle est de 0,119. La p value est de 0,405 (Cf. Annexe 9 p.95). Ainsi, la valeur de p est supérieure à 0,05 et ne peut donc pas être analysée.

Donc l'hypothèse nulle : « le nombre de patient pris en soin par jour n'impacte pas l'utilisation de l'approche occupationnelle », ne peut pas être rejetée et est retenue.

3.2.4 Résultat de l'hypothèse : « La satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC dépend de l'approche/modèle utilisé »

Pour analyser cette hypothèse, un test de Pearson est réalisé afin de mesurer le coefficient de corrélation à partir du logiciel Jamovi.

La valeur du test (coefficient de corrélation) entre la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC et l'utilisation de l'approche

occupationnelle est de 0,201. La p value est de 0,158 (Cf. Annexe 9 p.95). Ainsi, la valeur de p est supérieure à 0,05 et ne peut donc pas être analysée.

La valeur du test (coefficient de corrélation) entre la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC et l'utilisation du modèle biopsychosociale est de 0,233. La p value est de 0,099 et supérieure à 0,05 (Cf. Annexe 9 p.95). Également, elle ne peut pas être analysée.

Donc l'hypothèse nulle : « la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ne dépend pas de l'approche/ modèle utilisé », est retenue.

3.2.5 Résultat de l'hypothèse : « L'utilisation d'un appartement thérapeutique ou la réalisation de visite à domicile par les ergothérapeutes influencent le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC »

Pour analyser cette hypothèse, un test de Pearson est réalisé afin de mesurer le test à partir du logiciel Jamovi.

La valeur du test est de 0,103. La p value est de 0,470 (Cf. Annexe 9 p.95). Ainsi, la valeur de p est supérieure à 0,05 et ne peut donc pas être analysée.

Donc l'hypothèse nulle : « l'utilisation d'un appartement thérapeutique ou la réalisation de visite à domicile par les ergothérapeutes n'influencent pas le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC », est retenue.

3.2.6 Résultat de l'hypothèse : « L'utilisation de l'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC impacte la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients »

Pour analyser cette hypothèse, un test de Pearson est réalisé afin de mesurer le test à partir du logiciel Jamovi.

La valeur du test est de 0,285. La p value est de 0,043 (Cf. Annexe 9 p.95). Ainsi, la valeur de p est inférieure à 0,05 et significative. Le test peut donc être analysé. Ainsi, la valeur du test démontre d'une relation d'influence positive mais faible entre l'utilisation de l'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC et la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients.

Donc l'hypothèse nulle, « l'utilisation de l'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC n'impacte pas la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients » est rejetée. Cela signifie que l'utilisation de l'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC a bien une influence sur la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients.

3.2.7 Résultat de l'hypothèse : « L'importance accordée par les ergothérapeutes d'identifier les occupations significantes impacte leur satisfaction liée au transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC »

Pour analyser cette hypothèse, un test de Pearson est réalisé afin de mesurer le test à partir du logiciel Jamovi.

La valeur du test est de 0,348. La p value est de 0,012 (Cf. Annexe 9 p.95). Ainsi, la valeur de p est significative car elle est inférieure à 0,05. Ainsi, la valeur du test démontre d'une relation d'influence positive mais faible entre l'importance accordée par les ergothérapeutes d'identifier les occupations significantes et leur satisfaction liée au transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC.

Donc l'hypothèse nulle, « l'importance accordée par les ergothérapeutes d'identifier les occupations significantes n'impacte pas leur satisfaction liée au transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC » est rejetée. Cela signifie que l'importance accordée à l'identification des occupations significantes a bien une influence sur la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients.

4 Discussion

4.1 Interprétation des résultats

Les variables indépendantes principales, « approche occupationnelle » et « modèle biopsychosocial » ne relève pas de lien significatif avec la variable dépendante « transfert des acquis ». Ainsi, l'utilisation par les ergothérapeutes d'une approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial ne semble pas avoir d'influence significative sur le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. Ces résultats concordent partiellement avec l'analyse de la revue de littérature. En effet, des études mettent en évidence une amélioration significative des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation du bras plégique des personnes atteintes d'un AVC lors de l'utilisation de la tâche orientée, de la thérapie contrainte induite et de la thérapie miroir (21) (37) (38). Ainsi, les deux premières méthodes peuvent s'inscrire dans une approche occupationnelle. Toutefois, dans les études, l'influence de ces méthodes sur le transfert des acquis n'est pas étudiée. Il est donc probable que l'utilisation de l'approche par les ergothérapeutes influe sur la performance occupationnelle des personnes atteintes d'un AVC, sans être liée avec le processus du transfert des acquis. Ces résultats divergent avec le cadre conceptuel. La similarité des situations favorise le transfert des acquis (59). Toutefois, lorsque les ergothérapeutes visent une approche occupationnelle en utilisant les occupations de la personne et son environnement écologique, la similarité ne semble pas assez importante pour

favoriser le transfert des acquis des patients. Cependant, les outils d'apprentissages utilisés et les objectifs influencent le transfert des acquis (58). Ainsi, il est probable que les outils et objectifs mis en œuvre par les ergothérapeutes lors de l'utilisation de l'approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial ne favorisent pas le transfert des acquis des patients atteints d'un AVC.

De plus, les résultats statistiques montrent que l'utilisation de l'approche occupationnelle par les ergothérapeutes ne semble pas significativement corrélée à l'année d'obtention du diplôme. Ces résultats divergent partiellement avec la revue de littérature. En effet, des articles analysés dans une étude de la portée (scoping review) révèlent que le raisonnement clinique des ergothérapeutes peut être guidé par des outils nécessitant une approche occupationnelle (profil occupationnel, analyse de la performance occupationnelle...) (33). Or, ces outils sont présentés actuellement dans certains instituts de formation en ergothérapie. Également, une étude statistique montre que la pédagogie utilisée dans un institut de formation en ergothérapie permet aux étudiants de tester et d'assimiler une approche occupationnelle (66). Toutefois, cette étude mentionne que dans la pratique, un décalage est présent, engendrant des obstacles à l'utilisation de l'approche « fondée sur l'occupation » (66). De surcroît, les ergothérapeutes mentionnent dans l'enquête exploratoire des facteurs obstacles à la mise en place de l'approche occupationnelle tels que le manque de moyens (matériel, appartement thérapeutique) et de connaissance des autres professionnels. Également, les ergothérapeutes spécifient des contraintes liées aux capacités du patient et à l'institution. Il est donc probable que l'utilisation de l'approche occupationnelle soit influencée par les facteurs cités précédemment.

La recherche démontre que l'utilisation de l'approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC ne semble pas significativement liée au nombre de patients suivis quotidiennement par les ergothérapeutes. Ce résultat divergent avec la revue de la littérature. En effet, une étude indique que le raisonnement clinique des ergothérapeutes est influencé par les contraintes organisationnelles de l'institution (32). De plus, les résultats statistiques divergent avec ceux de l'enquête exploratoire. En effet, les ergothérapeutes mentionnent des contraintes institutionnelles, notamment temporelles, dans la mise en place de l'approche occupationnelle.

L'analyse statistique des résultats de l'étude révèle qu'il ne semble pas avoir de lien de corrélation significatif entre l'utilisation d'un appartement thérapeutique ou la réalisation de visite à domicile par les ergothérapeutes et le transfert des acquis des personnes atteintes d'un

AVC. Ces moyens font appel à une approche occupationnelle. Toutefois, ces résultats convergent en partie, avec ceux de l'enquête exploratoire. En effet, dans cette dernière, la majorité des ergothérapeutes mentionnent observer la plupart du temps, une amélioration des fonctions corporelles et de la performance occupationnelle suite à des méthodes de rééducation occupationnelle. Néanmoins, une nuance est à prendre en compte. Ces résultats concernent les fonctions corporelles et la performance occupationnelle sans questionner le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. De surcroît, l'interprétation de ces résultats au regard du cadre conceptuel est opportune. En effet, le transfert des acquis est possible si la « tâche source » est ressemblante à la « tâche cible » (59). Ainsi, la ressemblance lors de la rééducation dans un appartement thérapeutique n'est potentiellement pas assez proche de la réalité des situations quotidiennes du patient pour permettre un transfert des acquis.

Les résultats statistiques semblent montrer que la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ne dépend pas de l'utilisation de l'approche occupationnelle ou du modèle biopsychosocial. Toutefois, la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC est significativement liée à l'utilisation de l'occupation comme moyen et de l'importance accordée à l'identification des occupations significantes. Ces deux critères, qui sont englobés dans l'approche occupationnelle, influent positivement la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. Ces résultats corroborent une étude qualitative (67). Les résultats révèlent que certains ergothérapeutes ont une meilleure satisfaction vis-à-vis de leurs fonctions lorsqu'ils utilisent l'occupation, dans leur pratique (67). Les ergothérapeutes interrogés dans cette étude mentionnent que l'utilisation d'une approche occupationnelle permet de recueillir d'avantages d'informations en lien avec les occupations du patient et de favoriser l'engagement (67). Ainsi, en pratique, l'utilisation de l'occupation semble améliorer la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des patients atteints d'un AVC, les informations récoltées sur les occupations et l'engagement des personnes.

4.2 Éléments de réponse à l'objet de recherche

Pour rappel, l'objet de recherche est : l'étude de la variation du transfert des acquis lors de l'utilisation approche occupationnelle et/ou un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes dans un contexte de prise en soin des personnes atteintes d'un AVC en SMR.

Avec la participation de 51 ergothérapeutes, des éléments de réponses sont à mettre en lumière. L'analyse inférentielle des données ne semble pas montrer de lien de corrélation significatif entre l'utilisation de l'approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes et le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. Ainsi, l'utilisation de l'approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes, ne semble pas exercer de variation sur le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC.

Ainsi, le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ne semble pas varier lorsque les ergothérapeutes :

- Visent une approche plaçant l'occupation au centre de la prise en soin
- Utilisent l'occupation comme intention directe dans l'intervention
- Favorisent l'implication de la personne dans les occupations notamment en observant la performance occupationnelle
- Utilisent l'environnement écologique

Également, le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC ne semble pas fluctuer lorsque les ergothérapeutes :

- Évaluent les dimensions biologiques, psychologiques et sociales
- Interviennent auprès des dimensions biopsychosociales
- Identifient les facteurs influençant l'état de santé de la personne
- Informent les personnes atteintes d'un AVC sur la maladie ou sur le choix des méthodes de rééducation

4.3 Critique du dispositif de recherche

Le dispositif de recherche utilisé est composé de forces et de faiblesses.

Tout d'abord, il est nécessaire de mentionner le nombre de participants élevé ($n = 51$). Ainsi, l'effectif semble permettre une diversité des réponses. Toutefois, les résultats sont issus de la déclaration des ergothérapeutes. Ainsi, les réponses peuvent être biaisées (biais de désirabilité sociale). Également, des ergothérapeutes n'exerçant pas en SMR ont répondu au questionnaire. Cela fait donc appel à un biais de sélection et un biais méthodologique en lien avec le choix des participants et la formulation des questions. Néanmoins, ces données n'ont pas été traitées. De plus, les critères d'inclusion associés à l'étude sont identifiés mais ils manquent de précision. En effet, les ergothérapeutes répondants travaillent auprès des personnes atteintes d'un AVC, mais le stade, la pathologie, les séquelles associées et les modalités d'hospitalisation ne sont pas connus. Or, ces aspects peuvent influencer les réponses aux questionnaires.

De surcroît, le dispositif de recherche est construit avec une matrice de questionnement. Cette méthodologie permet d'obtenir des questions cohérentes en lien avec les variables. Cependant, le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC est étudié à partir des réponses des ergothérapeutes sans observation ou questionnement auprès des patients. De plus, les modalités de réponses notamment les échelles numériques permettent des réponses précises et quantifiables de la part des ergothérapeutes. Néanmoins, la succession de cette modalité de réponses peut engendrer une lassitude de la part des participants.

4.4 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

L'étude semble intéressante pour la pratique professionnelle en ergothérapie. En effet, la recherche peut permettre aux ergothérapeutes de prendre conscience que leur pratique n'influence pas nécessairement le transfert des acquis des patients atteints d'un AVC. Il est intéressant de comprendre que certains aspects de la pratique (utiliser l'occupation comme moyen et identifier les occupations significatives) influence probablement la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients atteints d'un AVC. Cette étude semble donc soulever la potentielle importance d'utiliser des aspects de l'approche occupationnelle afin d'augmenter la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis de leur patient.

Cette recherche met en évidence que l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial ne semble pas entraîner de variation du transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. Néanmoins, cette recherche dégage des éléments favorisant le transfert des acquis.

La recherche permet donc de développer des apports concrets.

➤ Apports concernant le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC

En pratique, l'ergothérapeute pourrait favoriser une similarité entre les tâches exercées en rééducation et la vie quotidienne du patient afin de potentiellement permettre le transfert des acquis. Concrètement, l'ergothérapeute pourrait utiliser le modèle transactionnel de l'occupation (MTO) pour comprendre l'occupation du patient, au préalable. En effet, le MTO conceptualise l'influence entre les éléments spécifiques à une occupation, la performance occupationnelle, la participation et l'expérience vécue par la personne durant cette occupation (68,69) (Cf. Annexe 10 p.100). Ainsi, ce modèle pourrait permettre à l'ergothérapeute d'obtenir des éléments liés à une occupation spécifique : temporalité, lieu, matériels, personnes impliquées, routines... L'ergothérapeute obtiendrait ces éléments en questionnant le patient. Ce

recueil pourrait permettre une ressemblance plus importante entre les moyens utilisés en ergothérapie et l'occupation de la personne.

Par exemple, si l'occupation problématique était la toilette, l'ergothérapeute, pourrait en se basant sur le MTO, questionner la personne atteinte d'un AVC en lui demandant différentes questions comme : où effectuez-vous cette occupation ? Quand la faites-vous ? En combien de temps réalisez-vous cette occupation ? Quel matériel utilisez-vous ? Quel est le but, pour vous, de cette occupation ? Quelles sont les étapes de cette occupation ? Ainsi, cet échange permettrait d'avoir davantage de détails sur l'occupation du patient afin de permettre une ressemblance plus réaliste entre la rééducation et l'occupation réalisée par le patient, dans son quotidien.

De plus, l'ergothérapeute pourrait utiliser des mises en situation afin de permettre cette ressemblance et de favoriser le transfert des acquis. Dans l'exemple, la mise en situation serait effectuée dans la salle de bain du patient (en SMR ou à domicile), avec ses produits et au moment de la journée où le patient effectue habituellement sa toilette. L'utilisation de ce modèle pourrait permettre de comprendre les éléments influençant la participation et la performance occupationnelle du patient.

De plus, afin de favoriser l'utilisation du bras plégique et les activités de la vie quotidienne d'une personne atteinte d'un AVC, l'ergothérapeute pourrait utiliser la thérapie contrainte et la tâche orientée. Au travers de ces méthodes, l'ergothérapeute pourrait co-construire, avec le patient, un programme qui se base sur ses occupations. L'environnement utilisé tenterait de se rapprocher de la réalité notamment par l'utilisation des objets du patient. Ces éléments pourraient également favoriser le transfert des acquis de la personne atteinte d'un AVC.

Enfin, il est possible que la mise en place par l'ergothérapeute d'outils d'apprentissage et l'établissement des objectifs puissent permettre le transfert des acquis. L'utilisation d'une méthode qui permettrait de co-construire des objectifs avec le patient, d'effectuer des mises en situation et d'enseigner au patient une démarche pour minimiser les difficultés semble intéressante pour favoriser le transfert des acquis. Toutefois, l'objet de recherche ne permet pas d'obtenir des méthodes à ce sujet.

➤ **Apports concernant l'utilisation de l'approche occupationnelle et du modèle biopsychosocial**

Leur utilisation en pratique reste judicieuse. En effet, leur application peut permettre une vision holistique et complémentaire de la personne, son environnement et ses occupations.

De surcroît, l'utilisation du modèle biopsychosocial peut potentiellement faciliter l'identification des éléments influençant l'état de santé de la personne notamment à travers la modélisation de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. En effet, le modèle schématise les liens entre les dimensions biopsychosociales (70) (Cf. Annexe 11 p.100). Ainsi, l'ergothérapeute pourrait créer une grille d'entretien, lui servant de support lors du premier bilan. Cette grille recueillerait des informations en lien avec :

- Les occupations significantes
- Les problématiques occupationnelles
- L'environnement physique et social
- Les symptômes, capacités et incapacités
- La participation dans le quotidien
- L'état psychologique

Néanmoins, ces éléments restent à questionner et à évaluer au cours de l'intervention afin de connaître les éléments pouvant influencer l'état de santé du patient ou ses occupations.

➤ **Apports concernant la mise en place de l'approche occupationnelle**

L'utilisation de l'approche occupationnelle par les ergothérapeutes ne semble pas être influencée par le nombre de patients pris en soin par jour. Ainsi, l'ergothérapeute pourrait probablement utiliser une approche occupationnelle quel que soit le nombre de patients suivi quotidiennement. Toutefois, dans le but de diminuer les obstacles à l'utilisation de l'approche occupationnelle en pratique, il semble opportun que l'ergothérapeute promeuve l'approche occupationnelle au sein des équipes pluridisciplinaires. En effet, la promotion peut permettre d'accroître les connaissances en lien avec l'ergothérapie, des professionnelles. Concrètement, l'ergothérapeute pourrait effectuer une présentation lors d'une réunion institutionnelle. L'objectif serait d'informer les professionnels de la structure sur l'approche occupationnelle. Pour permettre l'engagement des professionnels durant cette présentation et favoriser l'acquisition des connaissances, des outils interactifs seraient utilisés. Dans un premier temps, cette présentation nécessiterait un état des lieux des savoirs des professionnelles, grâce à un brainstorming. Dans un deuxième temps, une table ronde permettrait une réflexion commune sur l'approche occupationnelle et les moyens pour la mettre en place. Également, des études scientifiques seraient présentées afin de démontrer les effets de l'approche occupationnelle. Enfin, un questionnaire serait proposé pour évaluer l'intérêt et l'impact de cette présentation. L'ergothérapeute pourrait aussi créer un support visuel expliquant l'approche occupationnelle, et l'afficher dans une salle de repos ou de réunion et dans des bureaux afin d'informer les

professionnels.

De surcroît, l'ergothérapeute pourrait argumenter les interventions proposées afin de disposer de moyens, d'un environnement adapté et de temps pour mettre en place une approche occupationnelle. Concrètement, l'ergothérapeute pourrait énoncer les objectifs travaillés, les moyens utilisés, l'évolution du patient et les obstacles rencontrés durant l'intervention. Ce partage auprès du cadre de santé pourrait permettre l'émergence de solution. L'ergothérapeute pourrait aussi rédiger un argumentaire auprès de la hiérarchie, mentionnant les moyens et le temps nécessaire à la mise en place de l'approche occupationnelle.

➤ **Apports concernant la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des patients atteints d'un AVC**

Afin de favoriser la satisfaction des ergothérapeutes quant au transfert des acquis des patients atteints d'un AVC, l'utilisation de l'occupation comme moyen et l'identification des occupations significantes sont opportunes. Ainsi, en pratique, l'ergothérapeute pourrait utiliser des occupations choisies par le patient, au sein de l'intervention. Ces occupations pourraient être identifiées à partir d'un entretien en utilisant la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnelle (MCRO). Cet outil permet à l'ergothérapeute d'identifier les occupations problématiques que le patient souhaite améliorer (71). Pour favoriser l'expression du patient, l'ergothérapeute pourrait demander au patient : « Quelles occupations souhaitez-vous améliorer aujourd'hui ? ». Ainsi, l'utilisation de la MCRO permettrait d'introduire dans la prise en soin, les occupations significantes de la personne atteinte d'un AVC. Également, cet outil permettrait d'estimer avec une échelle numérique le rendement et la satisfaction du patient en lien avec ses occupations.

Néanmoins, les apports et recommandations sont discutables, car les résultats de l'étude présentent des limites. En effet, les résultats ne sont pas généralisables, car l'échantillon est choisi de façon non-aléatoire. De plus, l'étude ne permet pas d'expliquer la variation du transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. La recherche permet seulement de comprendre que l'utilisation d'une approche occupationnelle/et ou d'un modèle biopsychosocial n'impacte potentiellement pas le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. Enfin, la perception des personnes atteintes d'un AVC, concernant le transfert des acquis, n'est pas pris en compte.

4.5 Transférabilité pour la pratique professionnelle

La recherche amène des éléments pouvant être transférés à la pratique professionnelle. En effet, il est probable que l'utilisation de l'approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial par les ergothérapeutes n'engendre pas de variation du transfert des acquis des personnes suivies en SMR, en lieu de vie ou à domicile. Cette hypothèse pourrait concerner les enfants, adultes et personnes âgées.

L'utilisation de l'approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial peut être intéressante, de manière générale en ergothérapie. En effet, leur utilisation permet de viser les occupations du patient et de tenir compte des facteurs biopsychosociaux lors de l'intervention en ergothérapie.

L'ergothérapeute pourrait probablement permettre le transfert des acquis de ces patients en favorisant une similarité entre les séances d'ergothérapie et les occupations. Ainsi, l'utilisation du MTO pourrait être opportune avec des enfants, adultes et personnes âgées pour comprendre les occupations et proposer des moyens d'intervention se rapprochant du quotidien des personnes.

Également, le transfert des acquis des enfants, adultes et personnes âgées pourrait potentiellement être amélioré selon les outils d'apprentissage utilisés par l'ergothérapeute et l'établissement des objectifs. Ainsi, quel que soit le lieu d'exercice, l'ergothérapeute pourrait utiliser une méthode qui permettrait une co-construction des objectifs, d'effectuer des mises en situation, et de guider la réflexion du patient afin de diminuer les difficultés rencontrées. Il semble donc intéressant de se demander quelles méthodes et outil d'apprentissage l'ergothérapeute peut-il utiliser pour permettre le transfert des acquis des patients ?

Également, il est possible que l'utilisation de l'occupation comme moyen et l'identification des occupations signifiantes améliore la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients en SMR, en lieu de vie ou à domicile. Ainsi, afin de favoriser sa satisfaction, l'ergothérapeute pourrait accorder du temps à l'identification des occupations signifiantes quel que soit le lieu de soin. Cette démarche pourrait être réalisée à partir d'un questionnaire ou à l'aide d'un outil comme le MCRO. Également, utiliser l'occupation en séance d'ergothérapie quelle que soit la pathologie pourrait permettre d'améliorer la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients. L'ergothérapeute pourrait donc utiliser dans toutes ses séances les occupations du quotidien.

Il semble donc important d'utiliser, en pratique, une approche occupationnelle pour permettre une similarité entre les séances d'ergothérapie et le quotidien des patients afin de favoriser le transfert des acquis des patients et améliorer la satisfaction des ergothérapeutes.

Toutefois, la mise en place de l'approche occupationnelle peut être éventuellement difficile quel que soit le lieu d'exercice. En effet, le manque de moyens et de temps peut être aussi présent, par exemple, en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et à domicile. Ainsi, promouvoir cette approche et l'intervention en ergothérapie peut être un potentiel levier afin d'obtenir des moyens financiers et temporels.

4.6 Perspectives de recherche

Compte tenu des résultats de l'étude, différentes perspectives de recherche émergent.

Tout d'abord, il serait intéressant d'effectuer une étude qualitative. Cette dernière permettrait de connaître la perception des ergothérapeutes quant à l'utilisation de l'approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial sur la variation du transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. Les données peuvent être recueillies grâce à des entretiens en présentiel ou en distanciel avec des ergothérapeutes. L'analyse des données permettrait de dégager des thématiques en lien avec l'objet de recherche. Également, cette recherche pourrait permettre d'obtenir des informations sur leur satisfaction liée au transfert des acquis des patients.

Également, il pourrait être opportun d'effectuer une recherche quantitative expérimentale par un groupe témoin et groupe test. Cette recherche permettrait d'expérimenter l'effet de l'approche occupationnelle et d'un modèle biopsychosocial sur le transfert des acquis des patients atteints d'un AVC. Ainsi, l'observation dans une structure de soin (SMR) permettrait de recueillir des éléments liés au transfert des acquis des patients. Un échantillon de patients serait choisi à partir de critères. Les personnes incluses seraient celles, ayant un AVC subaiguë ou chronique et suivies en ergothérapie. Les critères d'exclusion seraient d'avoir un AVC aiguë ou autre pathologie ayant un impact fonctionnel et de ne pas être suivis en ergothérapie. Un protocole précis avec des moyens spécifiques visant une approche occupationnelle et un modèle biopsychosocial serait élaboré avant l'étude. Cette recherche pourrait être complémentaire à une étude qualitative interrogeant les patients quant à leur perception du transfert des acquis. Ainsi, des entretiens consentis pourraient être menés afin de connaître le ressenti des patients atteints d'un AVC en lien avec leur transfert des acquis et les méthodes utilisées en rééducation.

De plus, une étude différentielle pourrait être effectuée afin de connaître la variation de la performance occupationnelle selon l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial. Au préalable, un étayage conceptuel serait réalisé afin de connaître les attributs essentiels de la performance occupationnelle. Par la suite une analyse statistique serait réalisée. Cette étude permettrait de tester des hypothèses et d'identifier si des liens de corrélation sont existants entre les variables.

Aussi, il serait intéressant d'effectuer une recherche quantitative différentielle afin d'identifier les variables intrinsèques et extrinsèques faisant varier le transfert des acquis des patients atteints d'un AVC. Les variables intrinsèques pourraient être la motivation et l'engagement. Les variables extrinsèques étudiées pourraient être liées à l'ergothérapeute, aux méthodes de rééducation et aux modalités de l'intervention (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, nombre d'heure de rééducation...). Une revue de littérature en lien avec le sujet et étayage des concepts de motivation, d'engagement devraient être effectués afin de rédiger une matrice de questionnement cohérente. Par la suite, des potentiels liens de corrélation pourraient émerger. Dans ces cas-là, cette étude pourrait permettre d'élaborer un modèle conceptualisant les facteurs influençant le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. Toutefois, le modèle devrait être utilisé en pratique et expérimenté avec des patients afin de l'améliorer. Pour le diffuser, une explication des liens d'influence entre les concepts et des intérêts pour la pratique en ergothérapie serait nécessaire.

De surcroît, la recherche menée ne permet pas d'obtenir des éléments sur l'évaluation du transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. Ainsi, une recherche qualitative par des entretiens pourrait être effectuée. Cette étude permettrait d'obtenir la perception des ergothérapeutes quant à l'évaluation du transfert des acquis des patients atteints d'un AVC. Cette étude et les éléments recueillis dans la recherche actuelle pourraient potentiellement permettre de créer un outil en ergothérapie, d'auto-évaluation du transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC. L'outil pourrait consister à une liste de questions auxquelles la personne répondrait avec l'aide de l'ergothérapeute. Les questions concerneraient probablement les compétences nécessaires au transfert des acquis (capacité à repérer les caractéristiques similaires entre deux situations, capacité à réutiliser des compétences antérieures...) et l'atteinte des objectifs travaillés et non travaillés. D'autres questions seraient susceptibles d'émerger à la suite de l'étude qualitative. Les modalités de réponses pourraient être une échelle numérique de 0 (jamais) à 5 (toujours) afin de permettre une graduation des réponses. Un score serait obtenu dans l'objectif de quantifier le transfert des acquis du patient.

Néanmoins, pour comparer les scores à une norme et réaliser un étalonnage, l'auto-évaluation devrait être testée auprès d'un large échantillon représentant la population des personnes atteintes d'un AVC. Des normes pourraient ensuite être définies à partir d'analyses statistiques (moyenne et écart-type). Également, afin de valider l'outil, un deuxième test auprès du même échantillon devrait être nécessaire. Toutefois, une variation des résultats pourrait être envisageable selon l'évolution du patient.

Également, il pourrait être judicieux de connaître l'effet d'une méthode visant une approche occupationnelle sur le transfert des acquis des personnes ayant un AVC ou une autre atteinte neurologique.

Ainsi, la recherche amène différentes perspectives de recherche afin de potentiellement faire évoluer la pratique en ergothérapie.

Bibliographie

1. Charret L, Samson ST. Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*. 27 avr 2017;45(1):17-36. doi:10.3917/cont.045.0017
2. Barral C. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*. 2007;27(2):231-46. doi:10.3917/cont.027.0231
3. 1469.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2025]. Disponible sur: <https://archive.wfot.org/wfot2010/program/pdf/1469.pdf>
4. Bernspång B. Focusing on occupation in assessment and intervention. *World Fed Occup Ther Bull*. 1 mai 1998;37(1):8-16.
5. La profession. ANFE [Internet]. [cité 22 août 2025]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
6. Meyer S. L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *Ergothérapies*. avr 2020;(77):37-44.
7. RÉÉDUCATION : Définition de RÉÉDUCATION [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9%C3%A9ducation>
8. Therapists WF of O. WFOT [text/html] [Internet]. WFOT; 2025 [cité 28 févr 2025]. About Occupational Therapy. Located at: <https://wfot.org/>. Disponible sur: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
9. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Revue générale des accidents vasculaires cérébraux - Troubles neurologiques. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/accident-vasculaire-cerebral/revue-generale-des-accidents-vasculaires-cerebraux>
10. Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. 2022-25. 11 janv 2022.
11. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=Soins+M%C3%A9dicaux+et+R%C3%A9adaptation+>
12. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000485> doi:10.1161/CIR.0000000000000485
13. Accident vasculaire cérébral [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>
14. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Qu'est-ce que l'AVC ? Disponible sur:

- <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires-et-avc/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/qu-est-ce-que-l-avc>
15. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites
 16. Baccino E, Barbin JM, Barrois B, Blain H, Bonneau D, Calmels P, et al. Inscrivez-vous en ligne sur.
 17. JMAVC [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Accueil. Disponible sur: <https://www.accidentvasculairecerebral.fr>
 18. R H, A F, M AH, E D, J D, S D, et al. Correlation Between the Severity of Stroke and Post-Stroke Functional Independence in Cotonou: Corrélation entre Gravité de l'Accident Vasculaire Cérébral et Indépendance Fonctionnelle Post-AVC à Cotonou. *Health Res Afr*. 27 janv 2025;3(2):2. doi:10.5281/hra.v3i2.6378
 19. Rosso C. Prédiction de la récupération motrice après un accident vasculaire cérébral (AVC). *Prat Neurol - FMC*. 30 janv 2025. doi:10.1016/j.praneu.2025.01.002
 20. De Boeck Supérieur [Internet]. 2025 [cité 28 févr 2025]. L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807351417-l-ergotherapie-centree-sur-la-personne-et-ses-occupations>
 21. Almhdawi KA, Mathiowetz VG, White M, delMas RC. Efficacy of Occupational Therapy Task-oriented Approach in Upper Extremity Post-stroke Rehabilitation. *Occup Ther Int*. déc 2016;23(4):444-56. doi:10.1002/oti.1447 PubMed PMID: 27761966.
 22. Obembe AO, Eng JJ. Rehabilitation Interventions for Improving Social Participation After Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neurorehabil Neural Repair*. mai 2016;30(4):384-92. doi:10.1177/1545968315597072 PubMed PMID: 26223681; PubMed Central PMCID: PMC4868548.
 23. Fiche_parours_de_reeducation_readaptation_des_patients_apres_la_phase_initiale_de_la_vc.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche_parours_de_reeducation_readaptation_des_patients_apres_la_phase_initiale_de_lavc.pdf
 24. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 22 avr 2026]. Accident vasculaire cérébral : améliorer le parcours de santé et la prise en charge des patients. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3702555/fr/accident-vasculaire-cerebral-ameliorer-le-parcours-de-sante-et-la-prise-en-charge-des-patients
 25. Marie-Catherine J. Guide du parcours de santé – Accident vasculaire cérébral de l'adulte.
 26. Accident vasculaire cérébral [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>

27. Eymard C, Moncet MC. Initiation à la recherche en soins et santé. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2003. 1 vol. (XII-243 p.). (Formation).
28. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JCM, Cup EHC, van den Ende CHM. Occupational Therapy for Stroke Patients. *Stroke*. mars 2003;34(3):676-87. doi:10.1161/01.STR.0000057576.77308.30
29. SPF. Impact de la rééducation à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral en France en 2016 [Internet]. [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/impact-de-la-reeducation-a-la-phase-subaigue-d-un-accident-vasculaire-cerebral-en-france-en-2016>
30. Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation. ResearchGate. 7 août 2025. doi:10.3390/medicina44030028
31. Mehdizadeh M, Hassani Mehraban A, Zahediyanasab R. The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors: Pilot Trial, Neuro-Occupational View. *Basic Clin Neurosci*. janv 2017;8(1):69-76. doi:10.15412/J.BCN.03080109 PubMed PMID: 28446952; PubMed Central PMCID: PMC5396176.
32. Kristensen HK, Borg T, Hounsgaard L. Aspects affecting occupational therapists' reasoning when implementing research-based evidence in stroke rehabilitation. *Scand J Occup Ther*. mars 2012;19(2):118-31. doi:10.3109/11038128.2011.556197 PubMed PMID: 21355706.
33. da Silva Araujo A, Anne Kinsella E, Thomas A, Demonari Gomes L, Quevedo Marcolino T. Clinical Reasoning in Occupational Therapy Practice: A Scoping Review of Qualitative and Conceptual Peer-Reviewed Literature. *Am J Occup Ther*. 31 mai 2022;76(3):7603205070. doi:10.5014/ajot.2022.048074
34. Cormican A, Hirani SP, McKeown E. Healthcare professionals' perceived barriers and facilitators of implementing clinical practice guidelines for stroke rehabilitation: A systematic review. *Clin Rehabil*. mai 2023;37(5):701-12. doi:10.1177/02692155221141036 PubMed PMID: 36475911; PubMed Central PMCID: PMC10041573.
35. Juckett LA, Wengerd LR, Faieta J, Griffin CE. Evidence-Based Practice Implementation in Stroke Rehabilitation: A Scoping Review of Barriers and Facilitators. *Am J Occup Ther*. 2020;74(1):7401205050p1-14. doi:10.5014/ajot.2020.035485 PubMed PMID: 32078516; PubMed Central PMCID: PMC7018459.
36. Apollon-Roy D, Miéville C, Poissant L. Portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes en réadaptation post-AVC. *Rev Francoph Rech En Ergothérapie*. 16 déc 2021;7(2):63-84. doi:10.13096/rfre.v7n2.194
37. Corbetta D, Sirtori V, Castellini G, Moja L, Gatti R. Constraint-induced movement therapy for upper extremities in people with stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2017(10). doi:10.1002/14651858.cd004433.pub3

38. Wen X, Li L, Li X, Zha H, Liu Z, Peng Y, et al. Therapeutic Role of Additional Mirror Therapy on the Recovery of Upper Extremity Motor Function after Stroke: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. *Neural Plast.* 2022;2022:8966920. doi:10.1155/2022/8966920 PubMed PMID: 36624743; PubMed Central PMCID: PMC9825233.
39. Fisher A. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scand J Occup Ther.* 12 août 2014;21:96-107. doi:10.3109/11038128.2014.952912
40. Nielson C. How Can the Academic Culture Move Toward Occupation-Centered Education? *Am J Occup Ther.* 1 mai 1998;52(5):386-7. doi:10.5014/ajot.52.5.386
41. Meyer S. L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgOTHérapies* [Internet]. 2020 [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: <https://arodes.hes-so.ch/record/5990>
42. Fisher AG, Griswold LA. Performance skills: Implementing performance analyses to evaluate quality of occupational performance. In: Willard and Spackmans *Occupational Therapy*, 13th Edition. 2013. p. 249-64.
43. Trombly C. Anticipating the Future: Assessment of Occupational Function. *Am J Occup Ther.* 1 mars 1993;47(3):253-7. doi:10.5014/ajot.47.3.253
44. Price P, Miner S. Occupation Emerges in the Process of Therapy. *Am J Occup Ther.* 1 juill 2007;61(4):441-50. doi:10.5014/ajot.61.4.441
45. Fisher AG, Short-DeGraff M. Improving Functional Assessment in Occupational Therapy: Recommendations and Philosophy for Change. *Am J Occup Ther.* 1 mars 1993;47(3):199-201. doi:10.5014/ajot.47.3.199
46. Trombly CA. Occupation: Purposefulness and Meaningfulness as Therapeutic Mechanisms. *Am J Occup Ther.* 1 nov 1995;49(10):960-72. doi:10.5014/ajot.49.10.960
47. Gray JM. Putting Occupation Into Practice: Occupation as Ends, Occupation as Means. *Am J Occup Ther.* 1 mai 1998;52(5):354-64. doi:10.5014/ajot.52.5.354
48. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Fam Syst Med.* 1 sept 1992;10(3):317-31. Located at: 1993-18472-001. doi:10.1037/h0089260
49. Borrell-Carrio F. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med.* 1 nov 2004;2(6):576-82. doi:10.1370/afm.245
50. Trombly CA. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Williams & Wilkins; 1995. 942 p.
51. Engel GL. THE CLINICAL APPLICATION OF THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL.
52. ALGO NEWS 4 - 2022 (002).pdf [Internet]. [cité 7 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.chrhautesenne.be/sites/default/files/2025-09/ALGO%20NEWS%204%20-%202022%20%28002%29.pdf>

53. Piano V, Bioy A, Conradi S, Barfety-Servignat V, Mick G, Poisbeau P. Du modèle biopsychosocial à la démarche intégrative. *Douleur Analgésie*. 28 avr 2025;38(1):3-18. doi:10.1684/dea.2025.0316
54. Wade D. Rehabilitation – a new approach. Part two: the underlying theories. *Clin Rehabil*. 1 déc 2015;29(12):1145-54. doi:10.1177/0269215515601175
55. Berquin - 2010 - Le modèle biopsychosocial beaucoup plus qu'un supplément d'empathie pdf [Internet]. [cité 7 déc 2025]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/view/543797/4376227/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2010-28s_sa08_art08.pdf
56. Guêné V. Le modèle biopsychosocial : de quoi parle-t-on ? *Arch Mal Prof Environ*. 1 avr 2018;79(2):161-7. doi:10.1016/j.admp.2018.02.009
57. Presseau A, Frenay M. *Le transfert des apprentissages: comprendre pour mieux intervenir*. Presses Université Laval; 2004. 332 p.
58. Frenay M, Bédard D. Chapitre 8. Le transfert des apprentissages. In: *Apprendre et faire apprendre* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2011 [cité 16 nov 2025]. p. 125-37. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/apprendre-et-faire-apprendre--9782130583912-page-125> doi:10.3917/puf.brgeo.2011.01.0125
59. Bracke D. Vers un modèle théorique du transfert : les contraintes à respecter. *Rev Sci L'éducation*. 1998;24(2):235-66. doi:10.7202/502010ar
60. Legendre MF, Tardif, J. (1999). *Le transfert des apprentissages*. Montréal : Les Éditions Logiques. *Rev Sci L'éducation*. 2001;27(2):441-4. doi:10.7202/009941ar
61. Misko J. *Transfer: Using Learning in New Contexts*. National Centre for Vocational Education Research, 252 Kensington Road, Leabrook, South Australia 5068, Australia.; 1995.
62. 2004-Travail_fin_etude.pdf [Internet]. [cité 4 févr 2026]. Disponible sur: http://www.michelvial.com/boite_01_05/2004-Travail_fin_etude.pdf
63. Gouvernement du Canada SC. 3.2 Échantillonnage [Internet]. 2021 [cité 24 janv 2026]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/5214895-fra.htm>
64. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2026]. Disponible sur: https://www.cmvrh.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
65. Devilliers H. Fiche 2 - Les trois biais : sélection, classement, confusion.
66. Poriel G. Enseignement de la science de l'occupation : retombées d'un dispositif pédagogique à l'Institut de formation en ergothérapie de Laval (France). *Rev Francoph Rech En Ergothérapie*. 5 oct 2018;4(2):121-9. doi:10.13096/rfre.v4n2.127
67. Bolt B, Lalor A, Barclay L, Brown S, Growse L. Occupational therapists' experiences of implementing occupation-based practice in neurology, and its impact on professional identity. *Br J Occup Ther*. 1 août 2022;85(8):595-602. doi:10.1177/03080226211058368

68. Atler KE, Fisher AG. Validity and reliability of the Occupational Experience Profile. *Scand J Occup Ther.* août 2023;30(6):811-21. doi:10.1080/11038128.2022.2027009 PubMed PMID: 35038283.
69. Turpain T, Mignet G, Sorita É. 7. Le modèle transactionnel de l'occupation (MTO) (Fisher & Marterella, 2019). In: *Les modèles conceptuels en ergothérapie* [Internet]. De Boeck Supérieur; 2024 [cité 10 mai 2026]. p. 136-46. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/les-modeles-conceptuels-en-ergotherapie--9782807359567-page-136> doi:10.3917/dbu.morel.2024.01.0136
70. Weltgesundheitsorganisation - 2001 - Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé CIF [Internet]. [cité 11 mai 2026]. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4fb5c8ba-41cd-4047-b244-ff9703906ec7/content>
71. LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Sept2019_43_1.pdf [Internet]. [cité 10 mai 2026]. Disponible sur: https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Sept2019_43_1.pdf

Annexes

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Matrice de questionnaire	59
Annexe 2 : schémas des résultats de l'enquête exploratoire	67
Annexe 3 : Synthèse des résultats d'articles selon l'équation de recherche en français ...	70
Annexe 4 : Synthèse des résultats d'articles selon l'équation de recherche en anglais	70
Annexe 5 : Tableau synthèse d'analyse critique de la revue de littérature.....	71
Annexe 6 : Matrice conceptuelle	78
Annexe 7 : Outil théorisé de recueil de données	82
Annexe 8 : Graphiques de l'analyse descriptive.....	93
Annexe 9 : Matrices de corrélation et graphiques	95
Annexe 10 : Modèle Transactionnel de l'Occupation	100
Annexe 11 : Modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé	100

Annexe 1 : Matrice de questionnaire

Type de données	Modalités de la données attendus	Objectif visé	Typologie de la question	Formulation exacte de la question
	Participation	Valider la participation	Binaire oui/non	Acceptez-vous de participer à cette enquête ?
Critères d'inclusion	Ergothérapeute	Valider la profession	Binaire oui/non	Êtes-vous ergothérapeutes ?
	Année du diplôme	Savoir l'année d'obtention du diplôme d'ergothérapie	Ouverte	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapie ?
	Intervalle d'âge	Connaitre l'âge des ergothérapeutes participants	Intervalle 20-30 ans 31 et 40 ans 41 et 50 ans 51 et 60 ans 61 ans et 70 ans + de 70 ans	Votre âge est entre :
	Site d'intervention	Vérifier le site d'intervention de l'ergothérapeute pour la suite de l'enquête	Binaire oui/non	Travaillez-vous en SMR depuis plus de 6 mois ?

	Patient AVC	Vérifier que l'ergothérapeute intervient auprès de patients atteints d'AVC	Binaire oui/non	Prenez-vous en soin des patients atteints d'un AVC ?
Raisonnement	Étape de raisonnement	Connaître l'étape prioritaire de l'ergothérapeute dans son intervention	Binaire - évaluer puis émettre des hypothèses - prioriser les problématiques occupationnelles et observer la performance occupationnelle	Quelle étape vous effectuez en premier lorsque vous rencontrez un nouveau patient ?
	Objectif et importance de l'approche occupationnelle et de la rééducation fonctionnelle	Connaître l'objectif prioritaire de l'ergothérapeute dans l'intervention Connaître l'importance des ergothérapeutes à utiliser une approche occupationnelle	Binaire - la récupération des fonctions et habiletés - l'amélioration des occupations Échelle entre 1 (pas important du tout) et 10 (très important)	Dans votre intervention en ergothérapie, quel objectif est prioritaire ? A combien estimez-vous l'importance d'utiliser une approche occupationnelle lors d'une intervention auprès de personnes atteintes d'un AVC ? 1 définissant pas important du tout et 10 très important

		Connaître l'importance des ergothérapeutes à utiliser la rééducation fonctionnelle	Échelle entre 1 (pas important du tout) et 10 (très important)	A combien estimez-vous l'importance d'utiliser la rééducation fonctionnelle lors d'une intervention auprès de personnes atteintes d'un AVC ? 1 définissant pas du tout important et 10 très important
	Modèles conceptuels	Savoir si les ergothérapeutes utilisent des modèles conceptuels	Binaire oui/non	Utilisez-vous des modèles conceptuels ?
		Savoir quels modèles conceptuels sont utilisés	Semi-ouverte - MCREO - MOH - CIF - PPH - PEO - autres - aucun	Cocher les modèles conceptuels utilisés, précisez si vous utilisez d'autres modèles ou aucun
		Savoir la fréquence d'utilisation des modèles conceptuels	Semi-ouverte - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	A quelle fréquence, utilisez-vous un modèle conceptuel ?

Approche occupationnelle et rééducation fonctionnelle	Bilans	Connaître comment les ergothérapeutes identifient les problématiques occupationnelles	Semi ouverte -Entretien avec le patient -Entretien avec la famille - Entretien avec le service de soins (infirmières / aides- soignantes...) - MCRO - OCAIRS - OSA - autres	Comment identifiez-vous les problématiques occupationnelles des personnes atteintes d'AVC ?
		Savoir si les ergothérapeutes évaluent les fonctions corporelles	Binaire oui/non	Évaluez-vous les fonctions corporelles des personnes atteintes d'AVC ?
		Savoir comment les ergothérapeutes évaluent les fonctions corporelles	- Goniométrie - Testing musculaire - Bilan fonctionnel de l'épaule - Jamar - Purdue pegboard test - Box and block test - Test de préhension et prises maison	Avec quels bilans évaluez-vous les fonctions corporelles des personnes atteintes d'AVC ?

			- Évaluation des praxies - Bilan de la coordination - Moca - ERFC - MMS - Trophique - Monnofilaments - EMNSA - Vigorimètre - Ashworth - Cahai - La MAL - Bilan du graphisme - Mise en situation Autre :			A quelle fréquence, utilisez-vous des mises en situation pour évaluer les personnes atteintes d'AVC ?
			Savoir la fréquence d'utilisation de mise en situation Semi-ouverte - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais			

	Moyens	Savoir la fréquence d'utilisation d'un environnement écologique et des objets de la vie quotidienne	Semi-ouverte - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	A quelle fréquence utilisez-vous un environnement écologique et des objets de la vie quotidienne lors de vos séances avec des personnes atteintes d'AVC?
		Savoir les types d'exercices proposés en rééducation	Semi-ouverte - Jeux de société - cônes, pions, pinces à linge - activités manuelles - activités de la vie quotidienne - autres	Quel type d'exercice proposez-vous le plus souvent en séance de rééducation à des personnes atteintes d'AVC ? (Cocher les exercices utilisés)
			Semi-ouverte - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	A quelle fréquence utilisez-vous un environnement écologique et des objets de la vie quotidienne lors de vos séances avec des personnes atteintes d'AVC?
			Binaire oui/non	Utilisez-vous la tâche orientée en méthode de rééducation avec des personnes atteintes d'AVC ?
			Binaire oui/non	Utilisez-vous la rééducation bi manuelle dans un milieu écologique (atelier cuisine, bricolage...) avec des personnes atteintes d'AVC ?

	Savoir les méthodes utilisées		Binaire oui/non	Utilisez-vous la thérapie miroir en méthode de rééducation avec des personnes atteintes d'AVC ?
			Binaire oui/non	Utilisez-vous l'imagerie motrice en méthode de rééducation avec des personnes atteintes d'AVC ?
			Binaire oui/non	Utilisez-vous la méthode bobath en rééducation avec des personnes atteintes d'AVC ?
			Binaire oui/non	Utilisez-vous la thérapie par contrainte induite avec des personnes atteintes d'AVC ?
			Binaire oui/non	Utilisez-vous les nouvelles technologies robotisées (Arméo, Reaplan...) avec des personnes atteintes d'AVC ?
	Impact	Connaître l'avis des ergothérapeutes de l'approche occupationnelle et de la rééducation fonctionnelle sur la récupération AVC	Semi-ouverte - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	Dans le cadre de la rééducation des AVC, observez-vous une amélioration des fonctions corporelles suite à une rééducation fonctionnelle au travers des bilans ?
			Semi-ouverte - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	Dans le cadre de la rééducation des AVC, observez-vous une amélioration de la performance occupationnelle suite à une rééducation fonctionnelle ?

			Semi-ouverte - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	Dans le cadre de la rééducation des AVC, observez-vous une amélioration de la performance occupationnelle suite à des méthodes de rééducation se basant sur l'occupation ?
			Semi-ouverte - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	Dans le cadre de la rééducation des AVC, observez-vous une amélioration des fonctions corporelles suite à des méthodes de rééducation se basant sur l'occupation ?
	Éléments obstacles ou facilitateurs	Savoir s'il y a des limites de l'approche occupationnelle en pratique	Binaire oui/non	Identifiez-vous des éléments obstacles ou facilitateurs à la mise en place de l'approche occupationnelle en pratique ?
		Comprendre les éléments obstacles ou facilitateurs de l'approche occupationnelle en pratique	Ouverte	Pouvez-vous préciser quels sont les éléments obstacles et facilitateurs de la mise en place de l'approche occupationnelle en pratique ?

Annexe 2 : schémas des résultats de l'enquête exploratoire

Schéma 1 : Nombre d'ergothérapeute selon leur estimation d'importance accordée à l'utilisation de la rééducation fonctionnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC.

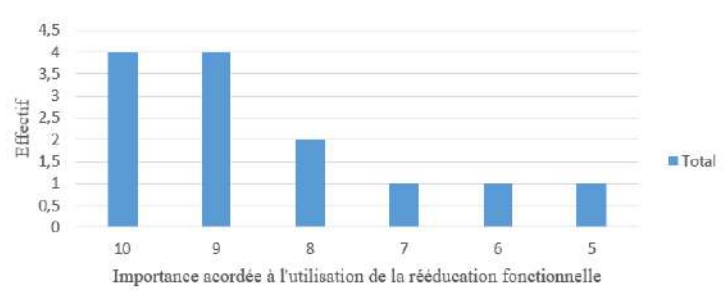


Schéma 2 : Nombre d'ergothérapeute selon leur estimation d'importance accordée à l'utilisation d'une approche occupationnelles auprès des personnes atteintes d'un AVC.

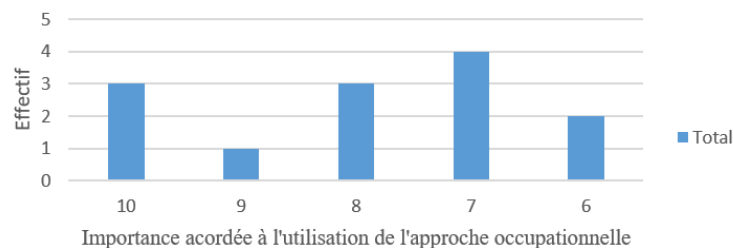


Schéma 3 : Nombre d'ergothérapeute selon l'utilisation des modèles conceptuels.

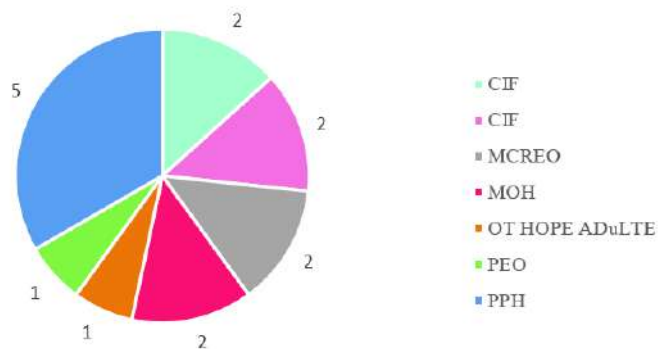


Schéma 4 : Proportion d'ergothérapeute selon l'étape prioritaire lors de la première rencontre d'un patient atteint d'un AVC.

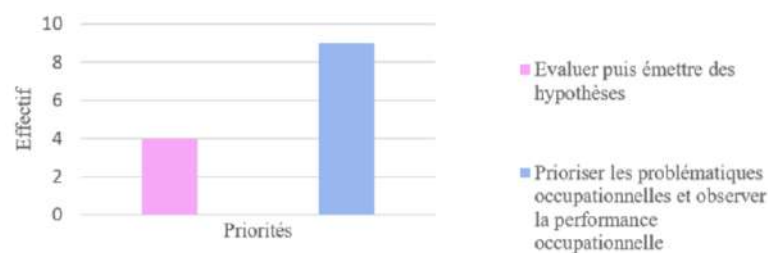


Schéma 5 : Proportion d'ergothérapeute selon l'objectif prioritaire lors de la première rencontre d'un patient atteint d'un AVC.

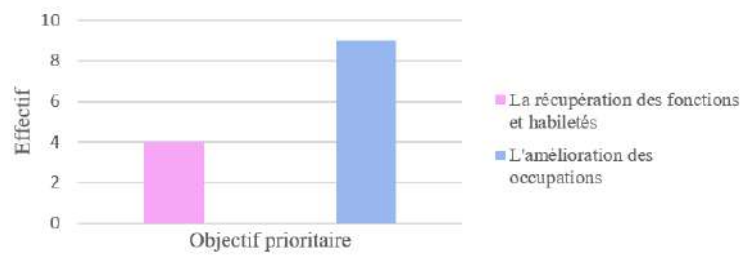


Schéma 6 : Effectif d'ergothérapeute selon les bilans d'évaluation utilisés.

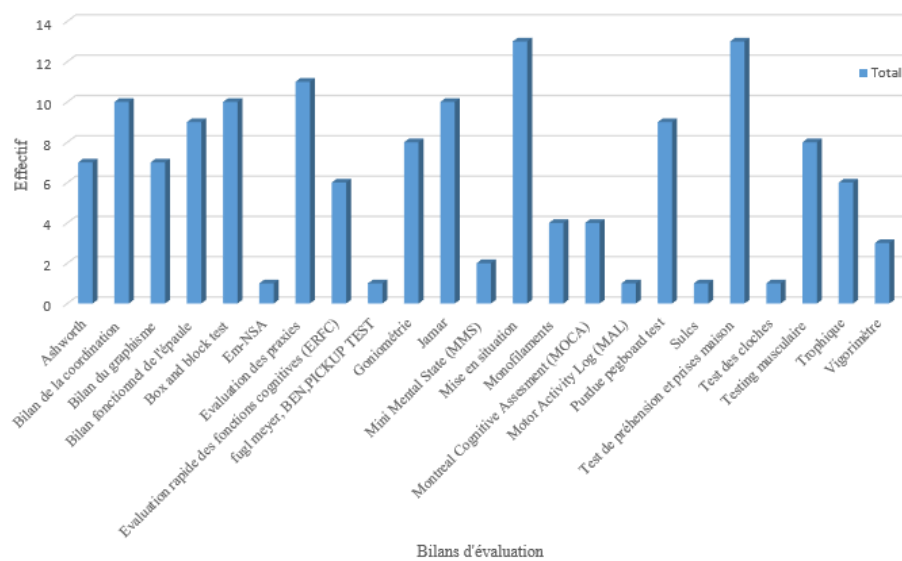


Schéma 7 : Moyens d'identification des problématiques occupationnelles par les ergothérapeutes.

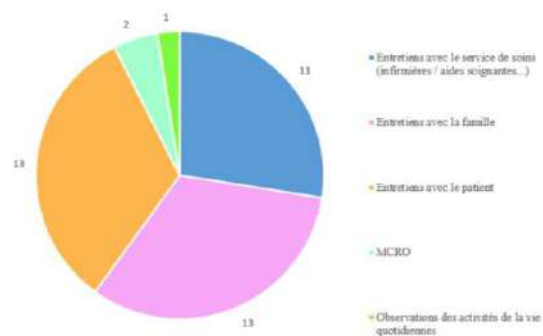


Schéma 8 : Moyens de rééducation utilisés auprès des personnes atteintes d'un AVC par les ergothérapeutes.

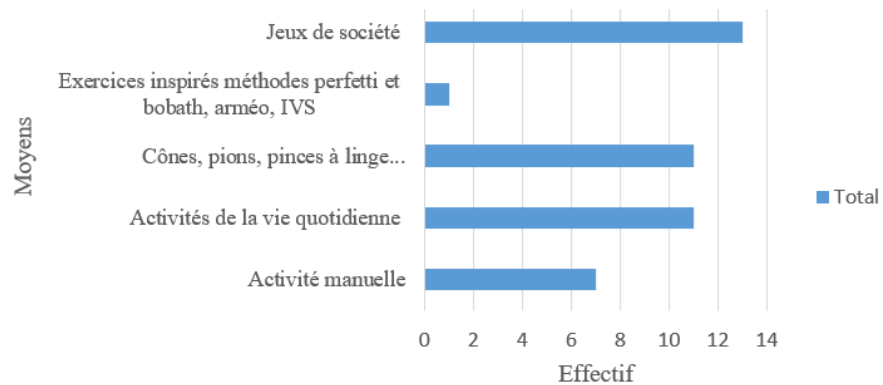


Schéma 9 : Nombre d'ergothérapeute indiquant des éléments obstacles ou facilitateurs à la mise en place de l'approche occupationnelle en pratique.

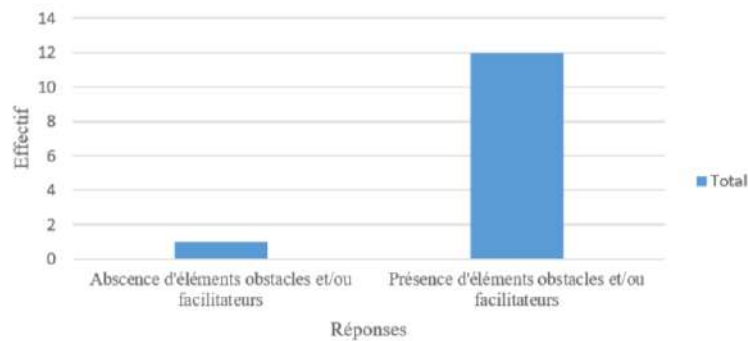
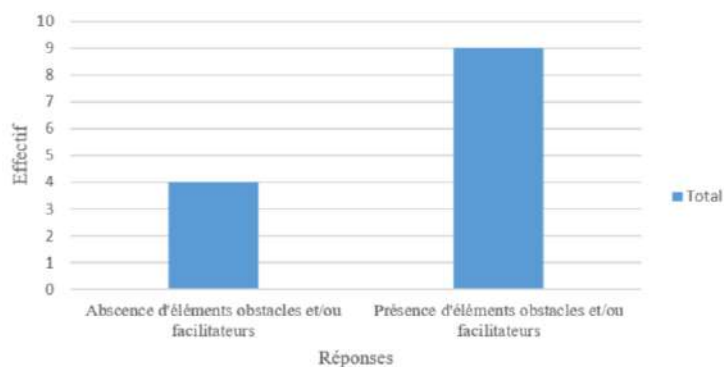


Schéma 10 : Nombre d'ergothérapeute indiquant des éléments obstacles ou facilitateurs à la mise en place de la rééducation fonctionnelle en pratique.



Annexe 3 : Synthèse des résultats d'articles selon l'équation de recherche en français

Total à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
	Cairn	67	0	0	
1920	Google scholar	1850	/	3	
	Sciences direct				
	Lectures opportunistes				2
					Total : 2

Annexe 4 : Synthèse des résultats d'articles selon l'équation de recherche en anglais

Total à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
22979	Pubmed	4398	4070	51	7
	Ot seeker	681	3	3	
	Google scholar	17900	/	158	
	Saje journals				1
	Lectures opportunistes				3
					Total : 11

Annexe 5 : Tableau synthèse d'analyse critique de la revue de littérature

Sources	Niveau de scientificité	Thème/ Objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'étude	Principaux résultats/ limites	Problématisation pratique
1. Santé publique Littérature grise Littérature française 2016 Impact de la rééducation à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral en France en 2016	Pas référencé	L'étude vise à déterminer l'effet de l'intensité de la rééducation en phase subaiguë sur l'amélioration fonctionnelle des personnes atteintes d'un AVC.	Etude quantitative	12 122 patients en soin de suite et de réadaptation en phase subaiguë d'un AVC	Biomédicale	Sciences médicales Sciences de la réadaptation Santé publique	Résultats : Plus l'intensité de la rééducation est importante, plus la probabilité d'autonomisation et de retour à domicile est importante. Une rééducation précoce dès la première semaine suivant l'AVC est en lien avec une meilleure récupération fonctionnelle. Limites : - le niveau d'autonomie antérieur à l'AVC des patients n'est pas connu - l'évaluation de l'autonomie peut être biaisée car elle est mesurée tous les jours - la durée de rééducation est liée aux objectifs thérapeutiques	Sur quels autres paramètres agir en ergothérapie pour favoriser l'autonomisation et le retour à domicile ? Par quels moyens les ergothérapeutes peuvent favoriser le transfert des acquis pour améliorer l'autonomie ?
2. Lecture opportuniste Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie Données scientifiques Littérature francophone 2021 Portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes en réadaptation post-avc	Pas référencé	L'étude a pour objectif d'identifier les outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes lors de la rééducation des AVC au Québec et de décrire l'écart avec les recommandations canadiennes.	Etude quantitative	735 dossiers de patients en réadaptation interne ou externe	Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC	Sciences de l'occupation Sciences de la réadaptation Santé publique	Résultats : Les activités de la vie quotidiennes (AVQ) sont problématiques chez 72,5% des personnes. Cette composante est plus significativement évaluée en réadaptation interne. Elle est évaluée par la MIF, le profil des AVQ, la SMAF, et des mises en situation. Limites : - possible erreur d'exportation des données des dossiers - les dossiers de travail des professionnels ne sont pas exploités	Quel est l'intérêt de combiner des évaluations « top-down » (mise en situation) et des évaluations « bottom up » (SMAF, MIF) en ergothérapie ?

3. PubMed Données scientifiques Littérature anglophone 2016 Efficacy of Occupational Therapy Task-oriented Approach in Upper Extremity Post-stroke Rehabilitation	Q1 - Occupational Therapy International	L'étude a pour but de mesurer l'efficacité de la tâche orientée lors de la rééducation en ergothérapie du membre supérieur des personnes atteintes d'un AVC.	Etude quantitative	Patients post-AVC en phase subaiguë et chronique ayant une atteinte du membre supérieure	Approche occupationnelle Apprentissage moteur	Neurosciences Sciences de l'occupation Rééducation par la technologie	<u>Résultats :</u> Amélioration significative de l'utilisation du bras plégique, de la performance occupationnelle et de la satisfaction lors de l'utilisation de la tâche orientée. Cette méthode ne montre pas de résultat significatif sur l'amélioration de la force musculaire. <u>Limites :</u> - critères d'inclusion larges - évaluation finale biaisée selon l'objectivité de l'ergothérapeute	Comment alier en ergothérapie la tâche orientée et des exercices analytiques pour améliorer l'utilisation du bras plégique et la force musculaire ?
4. PubMed Données scientifiques Littérature anglophone 2022 Therapeutic Role of Additional Mirror Therapy on the Recovery of Upper Extremity	Q2 - Neural plasticity	L'étude évalue le rôle de la thérapie miroir en complément de la rééducation fonctionnelle pour améliorer la fonction motrice du membre supérieur des personnes ayant un AVC en phase aigüe et subaigüe	Etude quantitative	52 patients ayant un AVC depuis moins de 6 mois avec une hémiplegie du membre supérieur droit et droitier	Neuroplasticité	Neurosciences Sciences de la réadaptation	<u>Résultats :</u> Amélioration significative de la fonction motrice du membre supérieure et des activités de la vie quotidienne par rapport au groupe bénéficiant d'une rééducation simple. <u>Limites :</u> - faible échantillon, il y a donc une limite dans la généralisation des résultats - les patients sont très motivés	En quoi la motivation du patient peut impacter le transfert des acquis et l'amélioration fonctionnelle ?

5. PubMed Données scientifiques Littérature anglophone 2003 Occupational Therapy for Stroke Patients A Systematic Review	Q1 - Stroke	L'étude mesure l'effet de l'intervention en ergothérapie sur les personnes atteintes d'un AVC	Revue de littérature	Patients post-AVC	Clinique et scientifique	Sciences de la réadaptation Sciences médicales Sciences de l'occupation	Résultats : L'intervention en ergothérapie permet une amélioration modérée et significative des occupations de soins personnels, une amélioration modeste et significative des occupations de productivité et de la participation sociale Limites : - comparaison difficile des interventions car hétérogénéité selon le contexte - certains résultats ne sont pas significatifs - domaine sans essais randomisés de qualité	L'ergothérapie permet-elle une amélioration des occupations de loisirs post-AVC ?
6. PubMed Données scientifiques Littérature Anglophone 2016 Rehabilitation Interventions for Improving Social Participation After Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis	Q1 - Neurorehabilitation and Neural Repair	L'étude a pour objectif de mesurer l'impact de la rééducation sur la participation sociale après un AVC.	Quantitative Revue systématique	2042 Patients post-AVC	/	Sciences de la réadaptation Sciences médicales	Résultats : l'exercice physique seul a un léger effet positif sur la participation. L'exercice physique combiné a un effet modéré. Les services de soutien indépendants des autres interventions n'ont pas d'effet significatif. Limites : - seules les études en anglais ont été prises en compte - les auteurs n'ont pas contacté directement les experts - pas de suivi à long terme	De quelle manière évaluer durablement la participation sociale les personnes atteintes d'un AVC ?

7. Sage Journals Données scientifiques Littérature anglophone 2015 Constraint-induced movement therapy for upper extremities in people with stroke (Review)	Q1 - Cochrane Database of Systematic Reviews	La revue de littérature montre l'effet de la Thérapie Contrainte Induite (CIMT) sur l'amélioration du la fonction du membre supérieur pour des personnes atteintes d'un AVC.	Revue de littérature systématique et méta analyse	1453 patients atteints d'un AVC	Plasticité cérébrale	Sciences de la réadaptation Neurosciences	<u>Résultats :</u> La CIMT permet : - amélioration significative modeste de la motricité du bras - amélioration significative utilisation du bras plégique - pas effet significatif sur l'indépendance dans les AVQ <u>Limites :</u> - différence entre les interventions - l'effet sur le long terme n'est pas évalué	Comment généraliser les progrès obtenus de la personne dans son quotidien ? En quoi une amélioration de la fonction motrice permet-elle une meilleure participation sociale ? De quelle manière les caractéristiques du patient influencent-elles la récupération post-AVC ?
8. Pubmed Données scientifiques Littérature anglophone 2008 Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation	Q3 - Medicina	L'étude traite le thème de l'évaluation de l'activité et de l'efficacité de l'ergothérapie chez les patients post-AVC.	Quantitative	100 patients / AVC aigu		Sciences médicales Neurosciences Sciences de la réadaptation Sciences de l'occupation	<u>Résultats :</u> Les séances d'ergothérapie individuelles ont un effet significatif sur l'autonomie dans les AVQ mais la plupart des personnes sont dépendantes pour certaines AVQ. <u>Limites :</u> - hétérogénéité patients - spécifiquement AVC précoce - spécifiquement un territoire - absence de groupe contrôle	En quoi l'ergothérapie combinée à d'autres interventions ou thérapies permet-elle une amélioration des patients atteints d'un AVC ?

9. PubMed Données scientifiques Littérature anglophone 2017 The effect of group-based occupational therapy on performance and satisfaction of stroke survivors : pilot trial, neuro-occupational view	Q3 - Basic and Clinical Neuroscience	L'étude mesure l'effet de la thérapie occupationnelle en groupe sur la performance occupationnelle et la satisfaction des patients ayant un AVC chronique	Quantitative	14 patients AVC	Neuro-occupationnelle	Sciences de l'occupation Neurosciences Sciences de l'occupation	<u>Résultats :</u> - les séances d'ergothérapie de groupe améliorent significativement la performance occupationnelle, la satisfaction, et l'autonomie dans les AVQ des patients. - les séances individuelles améliorent significativement la performance occupationnelle mais n'ont aucun effet sur la satisfaction et l'autonomie dans les AVQ. <u>Limites :</u> - pas d'évaluation pour mesurer l'humeur des patients et l'impact des activités artisanales - faible échantillon - intervention courte	Comment l'approche CCT peut-elle être mise en place en séance d'ergothérapie individuelle ?
10. PubMed Données scientifiques Littérature anglophone Etude menée entre 2006 et 2008, publiée en 2012 Aspects affecting occupational therapists' reasoning when implementing research-based evidence in stroke rehabilitation	Q2- Scandinavian Journal of Occupational Therapy	L'étude décrit les paramètres influençant le raisonnement clinique des ergothérapeutes lors de la mise en place de pratiques probantes en rééducation post-AVC.	Qualitative	25 femmes	Approche phénoménologique é-herméneutique (Ricoeur)	Sciences de l'occupation Sciences sociales	<u>Résultats :</u> Le raisonnement clinique des ergothérapeutes est influencé par leurs expériences professionnelles et croyances, la culture des institutions, le cadre de santé ou la hiérarchie et l'organisation des institutions, les évaluations utilisées, l'approche centrée sur la personne et l'écoute des besoins des patients, l'environnement institutionnel et les contraintes institutionnelles Concernant l'approche occupationnelle, les ergothérapeutes basent leurs raisonnements sur les activités significatives des personnes. L'approche occupationnelle permet la transférabilité des acquis dans le quotidien des personnes. <u>Limites :</u> - échantillon faible - les résultats ne sont pas généralisables	Comment allier l'approche occupationnelle et la culture des institutions?

11. Lecture opportuniste Données scientifiques Littérature anglophone Etude menée en 2020 Evidence-Based Practice Implementation in Stroke Rehabilitation: A Scoping Review of Barriers and Facilitators	Q1 - American Journal of Occupational Therapy	L'étude explore la mise en place des pratiques fondées sur des preuves (EBP) par les Occupation ergothérapeutes lors de la rééducation post-AVC.	Revue de littérature/ scoping review	Soignants /	Sciences de l'occupation Sciences de la réadaptation Santé publique	<u>Résultats :</u> Facilitateurs : présence de ressources (supports, vidéos éducatives), aide de la part de la hiérarchie, perception positive des professionnels, préférences des patients Obstacles : manque de ressources (professionnels, temps ou fond financier), manque de connaissances, fidélité légère des interventions, méthode difficile à mettre en place en pratique <u>Limites :</u> - l'étude ne se limite pas aux ergothérapeutes spécifiquement	Comment permettre l'utilisation de pratiques fondées sur les preuves en pratique ?
12. Lecture opportuniste Données scientifiques Littérature anglophone Etude menée en 2023 Healthcare professionals' perceived barriers and facilitators of implementing clinical practice guidelines for stroke rehabilitation: A systematic review	Q1 - Clinical Rehabilitati on	L'étude traite les barrières et facilitateurs concernant la mise en place des recommandations de bonne pratique lors de la rééducation post-AVC.	Revue de littérature systématique	Soignants de réadaptation	Pratiques fondées sur les preuves	<u>Résultats :</u> Facilitateurs : présence de ressources, formation en lien avec les pratiques, soutien de la hiérarchie, organisation adéquate, certifications Obstacles : manque de ressources (professionnels, temporels), manque de moyens, manque de connaissances et de formations suffisantes , croyances concernant les pratiques <u>Limites :</u> - l'étude ne se limite pas aux ergothérapeutes spécifiquement - contexte des études différents	En quoi l'utilisation de pratiques fondées sur les preuves en pratique peut avoir un meilleur impact sur la récupération des personnes atteintes d'un AVC ?

13. Lecture opportuniste	Q1 - American Journal of Occupational Therapy	L'étude traite le raisonnement clinique des ergothérapeutes.	Revue de littérature	Ergothérapie	Raisonnement clinique	Sciences de l'occupation Sciences sociales Sciences humaines	Résultats : Le raisonnement clinique est influencé par l'expérience, les connaissances, les routines des professionnelles, l'engagement, les moyens financiers, l'organisation des institutions, les évaluations utilisées Le raisonnement clinique peut être guidé par le profil occupationnel, l'analyse de la performance occupationnelle, le cadre de référence reconnu par l'Américain Occupational Therapy Association Limites : - faible nombre d'étude - études anglaises et qualitatives seulement	Quelle place à la raisonnement clinique dans la mise en place de l'approche occupationnelle des ergothérapeutes ?
Données scientifiques Littérature anglophone Etude menée en 2019 Clinical Reasoning in Occupational Therapy Practice: A Scoping Review of Qualitative and Conceptual Peer-Reviewed Literature								

Annexe 6 : Matrice conceptuelle

Concepts	Critères	Attributs	Indicateurs
Approche occupationnelle	Dimensions	Centrée sur l'occupation : occupation comme enjeu central dans la prise en soin	Repérer les obstacles occupationnels Intervention qui vise à reprendre, modifier ou créer des occupations Se concentrer sur les occupations et non sur les fonctions corporelles Améliore la performance occupationnelle et l'engagement
		Basée sur l'occupation : permettre l'engagement de la personne dans l'occupation	Évaluation et intervention qui permettent l'engagement Identifier les occupations significantes Observer la performance occupationnelle et l'analyse d'activité Identifier les performances occupationnelles passées et actuelles Permet un meilleur impact sur la performance occupationnelle
		Ciblée sur l'occupation : considérer l'occupation comme objet immédiat de l'évaluation ou comme intention directe de l'intervention	Occupation est un élément primordial et direct de l'évaluation et de l'intervention Utiliser l'occupation comme moyen Utiliser l'environnement écologique de la personne Occupation comme moyen : occupation utilisée comme « agent thérapeutique » pour améliorer les capacités/ habiletés et occupation comme finalité : l'intervention se concentre sur les composantes sous-jacentes sans utiliser l'occupation / analyse de l'occupation

Approche biopsycho- sociale	Dimensions	Centré sur la personne	Considérer le patient et sa maladie
		Holistique	Évaluer les composantes biologiques (état physique, symptômes liés à la maladie, impact des traitements, fonctionnement immunitaire et génétique, réactions corporelles liées au stress) Évaluer les composantes psychologiques (état mental, besoins, estime de soi, ressentis, spiritualité, stratégies de coping, maîtrise du stress) Évaluer les composantes sociales (environnement social, rites, profession, profil socio-économique, relations sociales)
		Systémique	Comprendre la perception de la maladie et les facteurs influençant
	Pratique biopsycho- sociale	Élargissement des perspectives	Avoir conscience des facteurs influençant la santé du patient Travailler simultanément dans l'intervention les dimensions biologiques, psychologiques et sociales
		Participation active du patient	Patient participe Repérer les croyances et les besoins du patient Éducation et information du patient
		Auto-calibration	Repérer le parcours de vie et les problématiques du patient Identifier les symptômes et les composantes psychosociales

	Principes	Cultivation active de la confiance	Attitude authentique et repérage des émotions du patient
		Cultiver la curiosité	Ouverture d'esprit, empathie et curiosité du médecin
		Reconnaître les biais	Prendre conscience de l'influence des intérêts du médecin et/ ou les caractéristiques des patient
		Utiliser l'intuition	Se baser sur ses intuitions même si elles ne sont pas explicables
		Communiquer les preuves cliniques	Expliquer au patient les données probantes
Transfert des acquis	Conceptions	Béhaviorisme	Repérer des composantes communes aux situations
		Cognitivisme	Repérer composantes communes et mobiliser des savoirs antérieurs
		Constructivisme	Intégrer des connaissances
	Facteurs influençant	Personne	Capacités de la personne
		Objectifs	Objectifs signifiants
		Outils d'apprentissages	/
		Tâche à transférer	Difficultés de la tâche, sens accordé à la tâche
		Environnement physique et social	Environnement écologique, rôle des personnes
		Similarité des situations	Ressemblance entre la tâche source et la tâche cible
	Dimensions	Transfert positif	Patient mobilise des compétences acquises dans une nouvelle situation
		Transfert négatif	Savoirs antérieurs du patient l'empêchent d'apprendre

	Composantes secondaires	Accès aux connaissances	Patient récupère des savoirs stockés en mémoire à long terme Facilité si similarité de surface (objets) entre deux situations
		Appariement Mise en correspondance	Patient associe les caractéristiques similaires entre deux situations
			Patient associe par déduction des éléments qui ne se ressemblent pas explicitement Facilité si similarité de structure (organisation logique) entre deux situations
		Évaluation	Patient analyse la cohérence de la mise en correspondance Patient identifie la similarité entre deux situations
		Adaptation	Patient parvient à appliquer des connaissances antérieures dans un nouveau contexte

Annexe 7 : Outil théorisé de recueil de données

N°	Variables étudiées	Indicateurs	Objectif visé	Typologie de la question	Formulation exacte de la question
1.	Consentement	Participation	Valider la participation	Binaire oui/non	Acceptez-vous de participer à cette enquête ?
2.	Critères d'inclusion	Ergothérapeute	Valider la profession	Binaire oui/non	Êtes-vous ergothérapeute ?
3.		Site d'intervention	Vérifier le site d'intervention de l'ergothérapeute pour la suite de l'enquête	Binaire oui/non	Travaillez-vous actuellement en SMR ?
4.		Patient AVC	Vérifier que l'ergothérapeute intervient auprès de patients atteints d'AVC	Binaire oui/non	Prenez-vous en soin des patients atteints d'un AVC ?
5.		Date d'obtention du diplôme	Savoir l'année d'obtention du diplôme d'ergothérapie	Ouverte	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapie ?

6.	Patients journaliers	Nombre de patients pris en soin par jour	Estimer le nombre de patients journalier par les ergothérapeutes	Intervalle : - 0 à 5 - 5 à 10 - 10 à 20 - Plus de 20	Combien de patient prenez-vous en soin par jour ?
7.	Description de la population	Approche et modèle utilisé	Estimer la proportion d'ergothérapeute déclarant utiliser une approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC	Échelle ordinale : - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	Est-ce que vous considérez les occupations de la personne atteinte d'un AVC ?
8.			Estimer la proportion d'ergothérapeute déclarant utiliser un modèle biopsychosocial auprès des personnes atteintes d'un AVC	Échelle ordinale : - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	Est-ce que vous considérez l'état de santé, les ressentis et l'environnement social de la personne atteinte d'un AVC ?

9.			Estimer la proportion d'ergothérapeute déclarant utiliser simultanément une approche occupationnelle et un modèle biopsychosocial auprès des personnes atteintes d'un AVC	Échelle ordinale : - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	Dans le cadre de la prise en soin d'une personne atteinte d'un AVC, considérez-vous prendre en compte simultanément ses occupations, son état, ses ressentis, et son environnement social ?
10.		Utilisation de l'environnement écologique	Estimer la proportion d'ergothérapeute utilisant un appartement thérapeutique ou effectuant des visites à domicile	Échelle ordinale : - toujours - la plupart du temps - parfois - jamais	Avez-vous la possibilité d'utiliser un appartement thérapeutique ou d'effectuer des visites à domicile ?

11.	Approche occupationnelle	Pratique centrée sur les occupations	Estimer la place accordée à l'occupation lors de la prise en soin des patients atteints d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Accordez-vous une plus grande place à l'occupation plutôt qu'aux fonctions corporelles, dans le cadre d'une prise en soin des patients atteints d'un AVC ?
12.			Estimer la fréquence d'identification des obstacles occupationnels des patients atteints d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Repérez-vous les obstacles occupationnels des patients atteints d'un AVC ?
13.			Estimer si l'intervention permet de favoriser la performance occupationnelle	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	A quel point votre intervention permet-elle d'améliorer la manière dont les personnes atteintes d'un AVC réalisent leurs occupations ?
14.			Estimer l'importance d'identification des occupations significantes des patients atteints d'un AVC	Numérique 0 = faible importance 5 = grande importance	Quelle importance accordez-vous au fait d'identifier les occupations significantes des personnes atteintes d'un AVC ?

15.	Pratique basée sur l'occupation	Estimer la fréquence d'observation de la performance occupationnelle des patients atteints d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	A quelle fréquence observez-vous la performance occupationnelle (manière dont la personne réalise une occupation) des patients atteints d'un AVC ?
16.	Pratique ciblée sur l'occupation	Estimer la fréquence d'utilisation d'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Utilisez-vous l'occupation comme moyen lors de vos séances dans l'objectif d'améliorer les habiletés des personnes atteintes d'un AVC ?
17.		Estimer la fréquence d'utilisation d'occupation comme finalité auprès des patients atteints d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Lors de vos séances auprès des patients atteints d'un AVC, est-ce que cela vous arrive de réduire les habiletés nécessaires à une occupation sans utiliser cette dernière (<i>exercices de préhension, de force...</i>) ?

18.			Estimer la fréquence d'utilisation de l'environnement écologique des personnes atteintes d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	A quelle fréquence utilisez-vous l'environnement écologique de la personne atteinte d'un AVC lors de vos séances (<i>domicile, chambre du SMR...</i>) ?
19.	Modèle biopsychosocial	Centré sur la personne	Estimer à quel point les ergothérapeutes considèrent la personne et sa maladie	Numérique 0= faible importance 5 = grande importance	Quelle importance accordez-vous au fait de considérer le patient atteint d'un AVC et sa maladie (<i>symptômes, ressentis, émotions, besoins...</i>) ?
20.		Holistique	Estimer la fréquence d'évaluation des composantes biologiques, sociales, psychologiques des personnes atteintes d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Évaluez-vous les composantes biologiques, lors des bilans auprès des personnes atteintes d'un AVC ? <i>Les composantes biologiques sont composées de l'état physique de la personne, des symptômes liés à la maladie, de l'impact des traitements, du fonctionnement immunitaire et génétique, et des réactions corporelles liées au stress.</i>

21.				Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Évaluez-vous les composantes psychologiques (état mental, estime de soi, ressentis) des patients atteints d'un AVC ? <i>Les composantes psychologiques sont composées de l'état mental de la personne, des besoins, de l'estime de soi, des ressentis, de la spiritualité, des stratégies de coping, et de la maîtrise du stress.</i>
22.				Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Évaluez-vous les composantes sociales (environnement social, relations), lors des bilans auprès des personnes atteintes d'un AVC ? <i>Les composantes sociales sont composées de l'environnement social, des rites, de la profession, du profil socio-économique, et des relations sociales.</i>

23.			Estimer à quel point les ergothérapeutes se concentrent sur les composantes biologiques, sociales, psychologiques lors d'une prise en soin de patient atteint d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Lors de votre intervention auprès des patients atteints d'un AVC, à quel point vous sollicitez les dimensions biologiques, psychologiques et sociales ?
24.		Pratique biopsychosociale	Identifier si les ergothérapeutes prennent en compte les facteurs influençant la santé de la personne atteinte d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Tenez-vous compte des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent influencer l'état de santé de la personne atteinte d'un AVC ?
25.			Identifier la fréquence d'information auprès de la personne atteinte d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Arrivez-vous à informer la personne atteinte d'un AVC (choix de méthodes, maladie...) ?

26.	Transfert des acquis	Capacités et conceptions	Identifier la fréquence où le patient atteint d'un AVC parvient à intégrer des apprentissages	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	A la fin d'une séance, considérez-vous que le patient atteint d'un AVC ait intégré des apprentissages pour améliorer son quotidien ?
27.			Identifier la fréquence où le patient atteint d'un AVC parvient à repérer des éléments communs	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Lors d'une nouvelle séance/ exercice, est-ce que le patient parvient à repérer des éléments communs à une situation antérieure (<i>exemple : éléments obstacles et facilitateurs</i>) ?
28.			Identifier la fréquence où le patient atteint d'un AVC arrive à mobiliser des habiletés antérieures / transfert positif	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Lors d'une nouvelle séance/ exercice, est-ce que le patient arrive à mobiliser des habiletés antérieures ?
29.			Identifier la fréquence du transfert négatif des personnes atteintes d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	A quel point constatez-vous que les savoirs antérieurs du patient l'empêchent d'apprendre ?

30.		Facteurs influençant	Identifier la fréquence où la similarité des situations permet un transfert des acquis des patients atteints d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Observez-vous un transfert des acquis des patients atteints d'un AVC lorsque la tâche est similaire à une tâche effectuée auparavant ?
31.			Identifier la fréquence où l'environnement écologique permet un transfert des acquis des patients atteints d'un AVC	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Lors de l'utilisation de l'environnement écologique de la personne atteinte d'un AVC, observez-vous plus favorablement un transfert des acquis, chez elle ?
32.	Satisfaction	/	Estimer la satisfaction en lien avec l'approche/modèle utilisé et le transfert des acquis	Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Êtes-vous satisfait lorsque vous vous basez sur les occupations d'une personne atteinte d'un AVC pour favoriser son transfert des acquis ?

33.					Numérique 0 = jamais 5 = toujours	Êtes-vous satisfait lorsque vous tenez compte des dimensions biologiques, psychologiques et sociales d'une personne atteinte d'un AVC pour favoriser son transfert des acquis ?
-----	--	--	--	--	--	--

Annexe 8 : Graphiques de l'analyse descriptive

Schéma 1 : Année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes

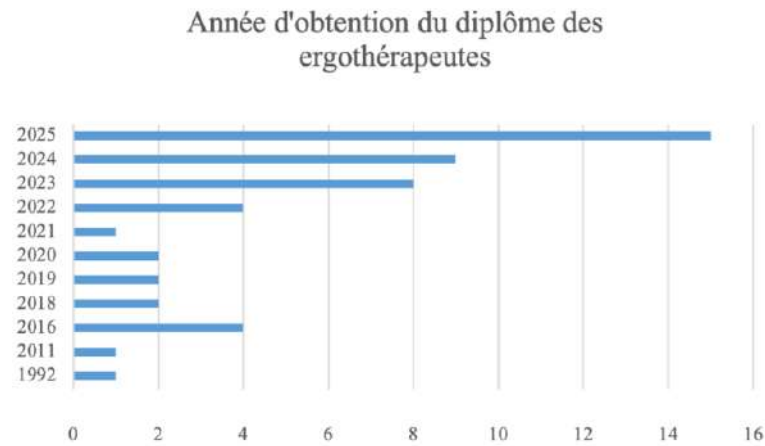


Schéma 2 : Intervalle de patients quotidiennement suivis par les ergothérapeutes

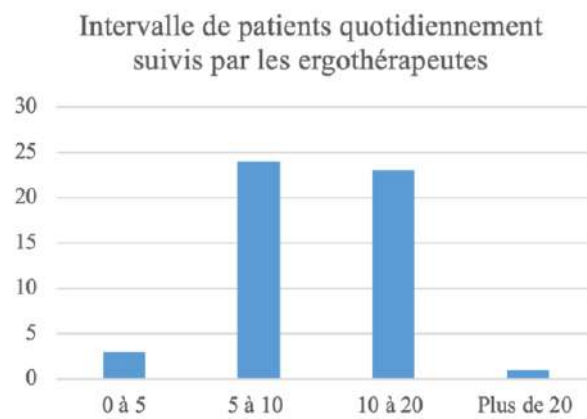


Schéma 3 : Considération des occupations d'une personne atteinte d'un AVC par les ergothérapeutes

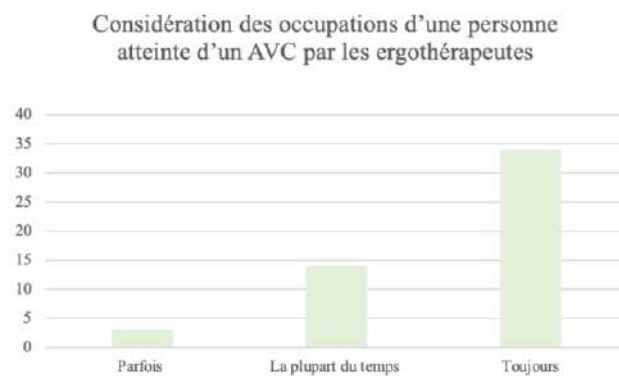


Schéma 4 : Considération des dimensions biologiques, psychologiques et sociales d'une personne atteinte d'un AVC par les ergothérapeutes

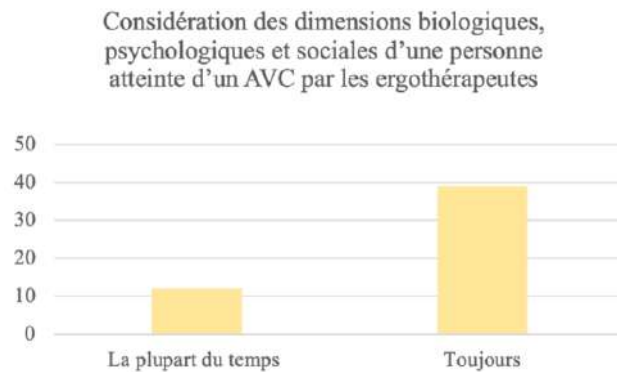


Schéma 5 : Considération simultanée des occupations et des dimensions biopsychosociales d'une personne atteinte d'un AVC par les ergothérapeutes

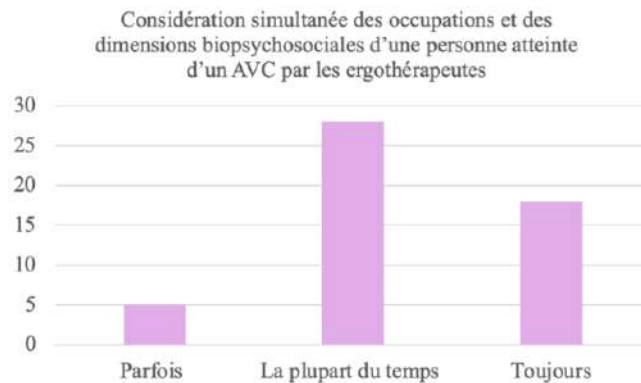
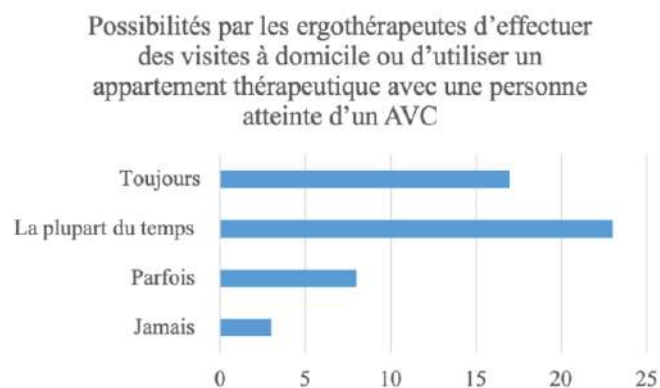
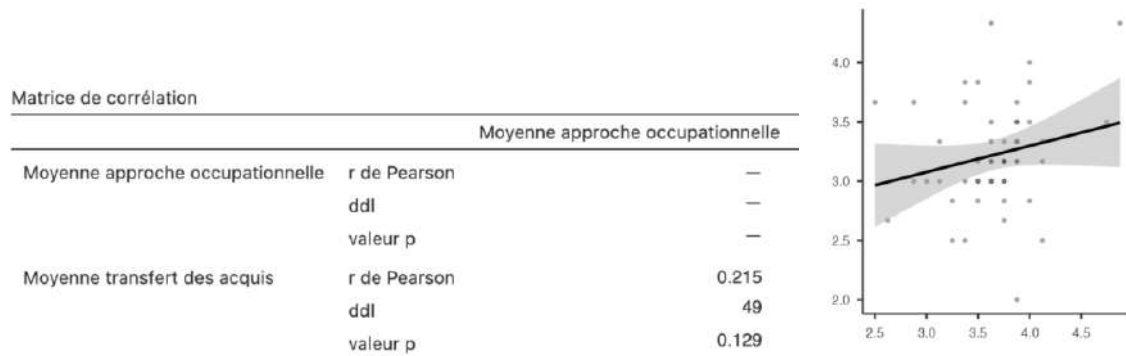


Schéma 6 : Possibilités par les ergothérapeutes d'effectuer des visites à domicile ou d'utiliser un appartement thérapeutique avec une personne atteinte d'un AVC

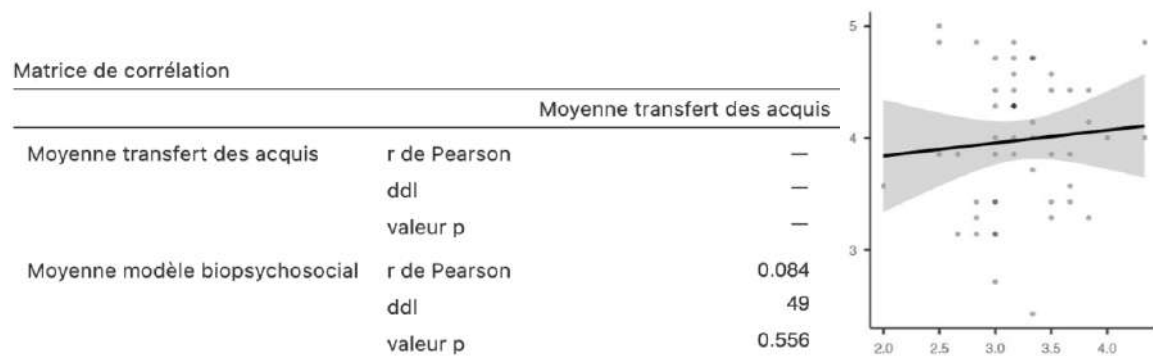


Annexe 9 : Matrices de corrélation et graphiques

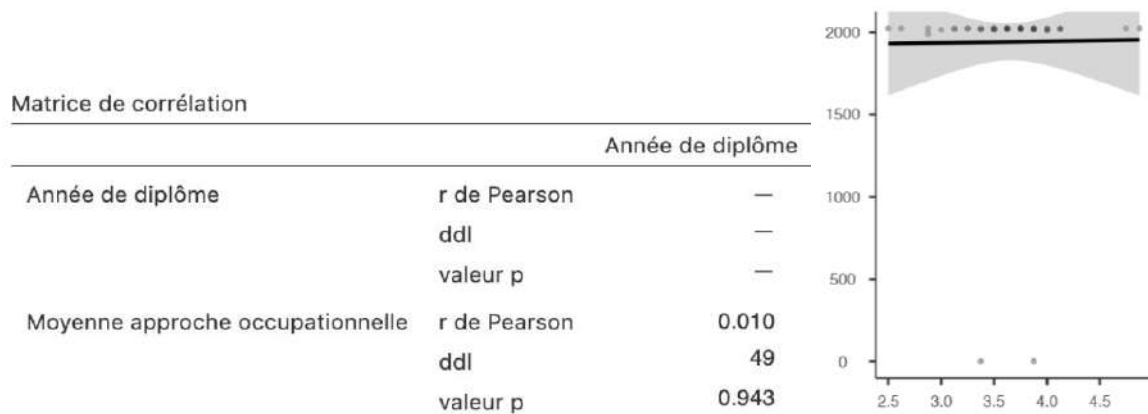
Matrice de corrélation et graphique 1 : représentant le coefficient de corrélation entre l'approche occupationnelle et le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC :



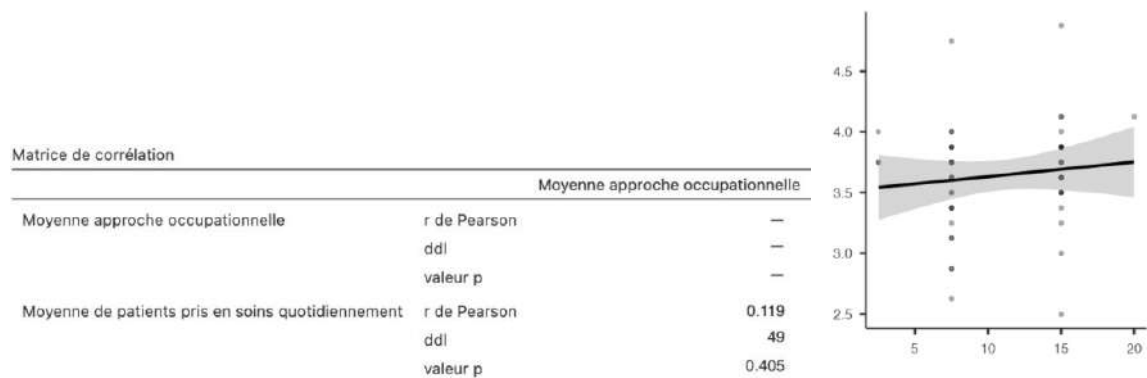
Matrice de corrélation et graphique 2 : représentant le coefficient de corrélation entre le modèle biopsychosocial et le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC :



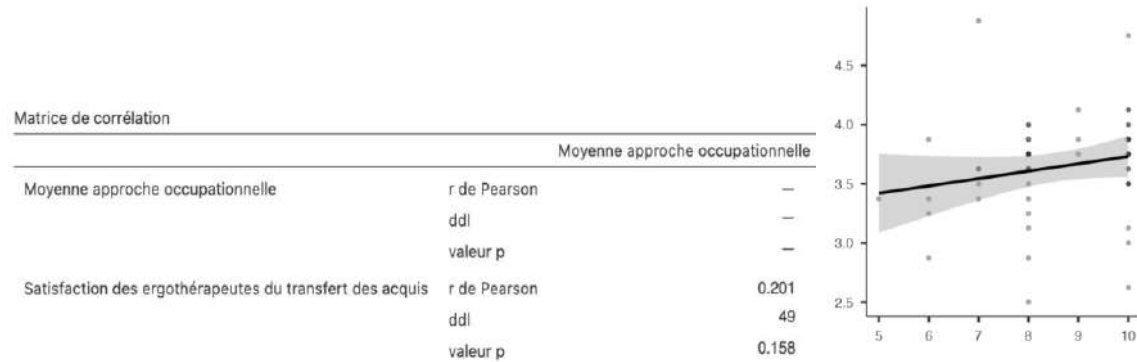
Matrice de corrélation et graphique 3 : représentant le coefficient de corrélation entre l'utilisation de l'approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC et l'année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes :



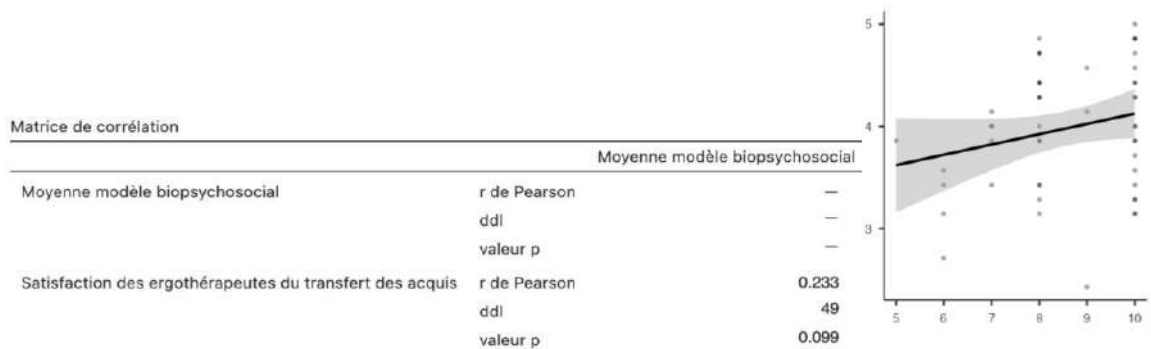
Matrice de corrélation et graphique 4 : représentant le coefficient de corrélation entre l'utilisation de l'approche occupationnelle auprès des personnes atteintes d'un AVC et le nombre de patients pris en soin quotidiennement par les ergothérapeutes :



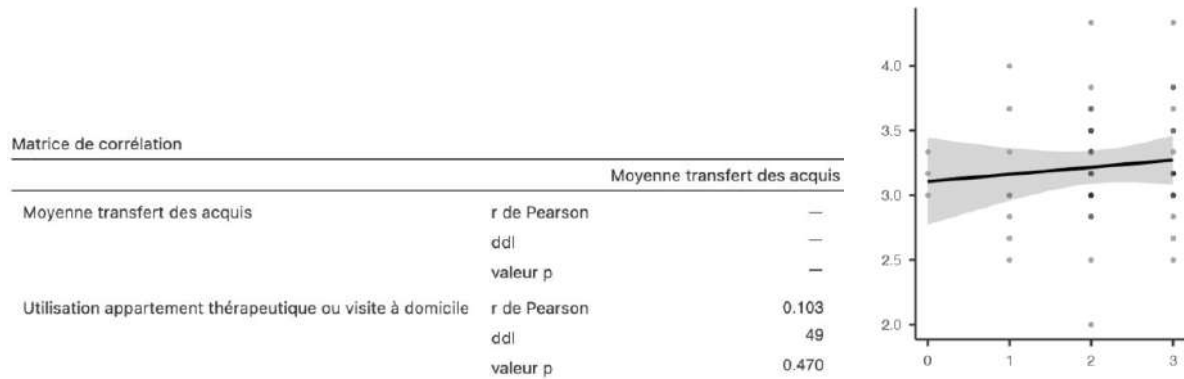
Matrice de corrélation et graphique 5 : représentant le coefficient de corrélation entre la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC et l'utilisation de l'approche occupationnelle :



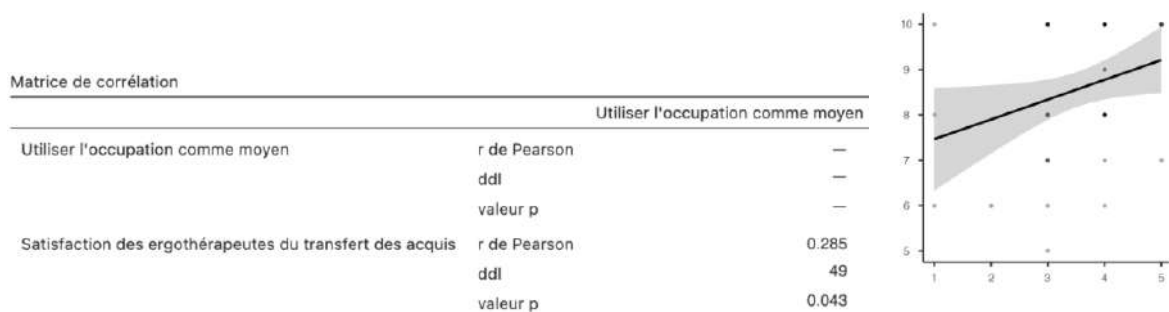
Matrice de corrélation et graphique 6 : représentant le coefficient de corrélation entre la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC et l'utilisation du modèle biopsychosocial :



Matrice de corrélation et graphique 7 : représentant le coefficient de corrélation entre l'utilisation d'un appartement thérapeutique ou de visite à domicile par les ergothérapeutes et le transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC :



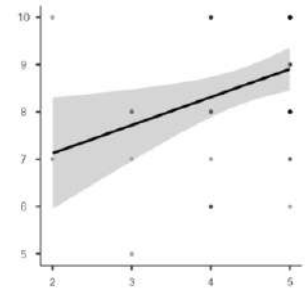
Matrice de corrélation et graphique 8 : représentant le coefficient de corrélation entre l'utilisation de l'occupation comme moyen auprès des personnes atteintes d'un AVC et la satisfaction des ergothérapeutes liée au transfert des acquis des patients :



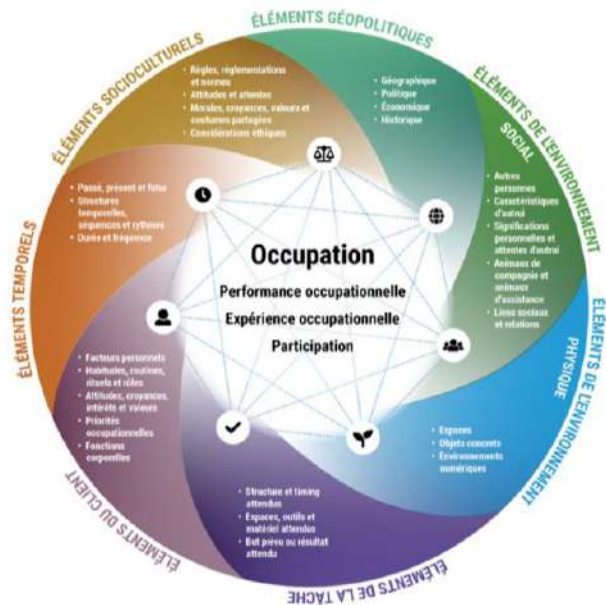
Matrice de corrélation et graphique 9 : représentant le coefficient de corrélation entre l'importance accordée par les ergothérapeutes d'identifier les occupations signifiantes et leur satisfaction liée au transfert des acquis des personnes atteintes d'un AVC :

Matrice de corrélation

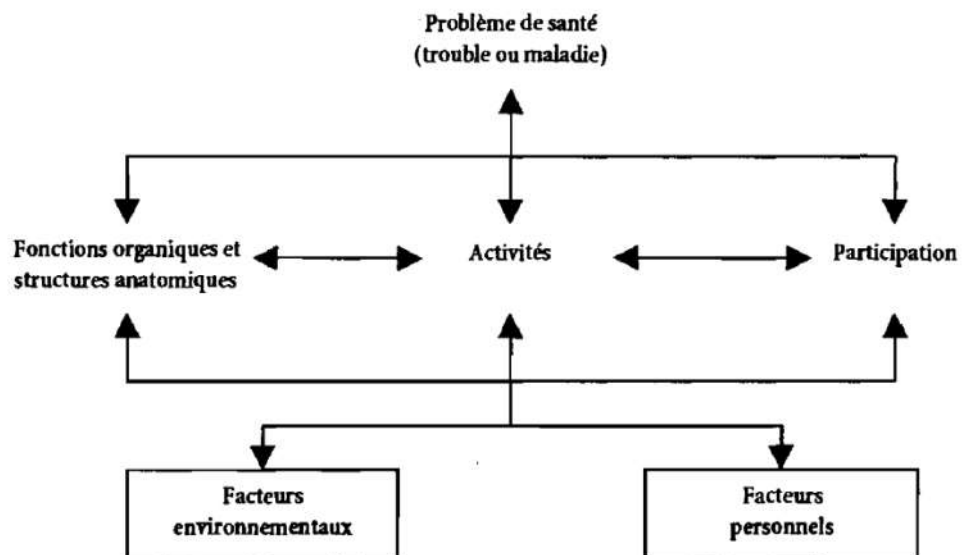
	Importance d'identifier les occupations signifiantes		
Importance d'identifier les occupations signifiantes	r de Pearson	—	
	ddl	—	
	valeur p	—	
Satisfaction des ergothérapeutes du transfert des acquis	r de Pearson	0.348	
	ddl	49	
	valeur p	0.012	



Annexe 10 : Modèle Transactionnel de l'Occupation



Annexe 11 : Modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé



Résumé :

En service de réadaptation, les ergothérapeutes interviennent auprès des personnes atteintes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) en utilisant différentes approches. Cette recherche s'intéresse à la variation du transfert des acquis lors de l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial, auprès des patients AVC. Une méthode quantitative avec un questionnaire envoyé à des ergothérapeutes suivie d'une analyse différentielle sont menées. Les tests inférentiels réalisés sur 51 réponses semblent démontrer une variation du transfert des acquis des patients AVC, non-significative, lors de l'utilisation d'une approche occupationnelle et/ou d'un modèle biopsychosocial ($r=0,215$; $p \text{ value}=0,129$ / $r=0,084$; $p \text{ value}=0,556$). La satisfaction des ergothérapeutes relative au transfert des acquis des patients semble augmenter significativement lorsqu'ils utilisent l'occupation comme moyen et identifient des occupations significantes ($r = 0,285$; $p \text{ value} = 0,043$ / $r = 0,348$; $p \text{ value} = 0,012$). L'étude met en évidence l'importance d'utiliser des méthodes d'apprentissage par l'ergothérapeute et de permettre une ressemblance entre la rééducation et la vie quotidienne des patients, pour potentiellement favoriser leur transfert des acquis.

Mots clés : Ergothérapeute, Approche occupationnelle, Biopsychosocial, Transfert des acquis, Accident Vasculaire Cérébral

Abstract :

In rehabilitation service, occupational therapists provide care for people with cerebral stroke by using different approaches. This research investigate variation in the transfer of skills when using an occupation-based approach and/or a biopsychosocial model among people who have had a stroke. A quantitative study involving a questionnaire sent to occupational therapists was followed by a comparative analysis. The inferential tests performed on 51 responses appear to indicate not significant variation in the transfer of skills among cerebral stroke patients when using an occupation-based approach and/or a biopsychosocial model ($r= 0.215$; $p\text{-value} = 0.129$ / $r = 0.084$; $p\text{-value} = 0.556$). Occupational therapists' satisfaction with the transfer of skills among patients increases significantly when they use occupation as a means and identify meaningful occupations ($r = 0.285$; $p\text{-value} = 0.043$ / $r = 0.348$; $p\text{-value} = 0.012$). The study highlights the importance of occupational therapists using appropriate teaching methods and ensuring that rehabilitation closely mirrors the patient's daily life, in order to potentially facilitate the transfer of learned skills.

Keywords: Occupation Therapist, Occupation-Based approach, Biopsychosocial, Transfer of skills, Cerebral stroke