



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

L'Engagement occupationnel chez le patient apathique post-AVC : De l'activité analytique à l'occupation significative



Mémoire d'initiation à la recherche réalisée dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

Sous la direction de Madame **RODRIGUES Violaine**

Léane VULCAIN CLARICO

Session Juin 2026

Note aux lecteurs

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné. »

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma maître de mémoire pour ses précieux conseils et son écoute.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement à Jean François et Sarah pour leurs disponibilité, leurs conseils et leurs nombreuses relectures qui m'ont permis de mener ce travail à son terme.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble des ergothérapeutes ayant accepté de partager leurs expériences pour la réalisation de ce mémoire.

Une pensée à l'ensembles de mes tuteurs et tutrices qui m'ont permis d'apprendre et de me former pour mes futures expériences en tant qu'ergothérapeute.

Je remercie énormément ma famille et mes amis d'avoir cru en moi et pour le soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de ces années de formations ainsi qu'à mon arrière-grand-mère qui m'a connu de là-haut.

Enfin, je dédie ce mémoire à la futur MOI. Puisse ce travail me rappeler de toujours croire en mes capacités, de poursuivre mes rêves avec courage et de jamais perdre de vue ma capacité à accomplir de grande chose.

Merci,

Résumé

Titre : L'Engagement occupationnel chez le patient apathique post-AVC : de l'activité analytique à l'occupation significative

Contexte : L'apathie post-AVC représente un frein à l'engagement du patient dans sa rééducation qui interroge la valeur du sens dans les activités proposées en ergothérapie.

Objectif : Explorer comment l'ergothérapeute favorise l'engagement occupationnel des patients présentant une apathie post-AVC dans la mise en lien des activités analytiques et des occupations significatives en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR).

Méthode : Une étude qualitative a été effectuée à l'aide d'entretiens semi-directifs avec trois ergothérapeutes qui exercent en SMR neurologique et ayant une expérience auprès de patients apathiques post-AVC. Une analyse thématique a été réalisée sur les données collectées.

Résultats/Discussion : Les résultats obtenus démontrent que l'occupation significative constitue le levier principal à l'investissement du patient dans sa rééducation. Les ergothérapeutes soulignent également que l'apathie résulte d'une perte d'initiative sans forcément que le patient soit dans le refus. L'analyse thématique révèle qu'il n'existe pas d'opposition entre les approches bottom-up/topdown mais plutôt une complémentarité évidente.

Conclusion : La mise en sens des activités analytiques et des occupations significatives stimule l'engagement des patients apathiques.

Mots clés : Apathie post-AVC, Ergothérapie, Engagement occupationnel, Occupation significative, Activité analytique, Soins Médicaux et de Réadaptation

Abstract

Title: Occupational engagement in post-stroke apathic patients: From analytical activities to meaningful occupations

Context: Post-stroke apathy represents a brake on the patient's engagement to rehabilitation, which questions the value of meaning in the activities offered in occupational therapy.

Aims: To explore how occupational therapists promote occupational engagement in patient with post-stroke apathy by linking analytical activities to meaningful occupations in Medical and care Rehabilitation.

Methods: A qualitative study was conducted using semi-structured interviews with three occupational therapists practicing in neurological Medical and care Rehabilitation who have experience working with post-stroke apathic patients. A thematic analysis was performed on the collected data.

Results/Discuss: The results demonstrate that meaningful occupation is the primary drive of patient engagement in their rehabilitation. The occupational therapists also emphasize that apathy results from a loss of initiative without the patient necessarily being resistant. The thematic analysis reveals that there is no opposition between bottom-up and top-down approaches, but rather a clear complementarity.

Conclusion: The implementation of analytical activities and meaningful occupations stimulates the engagement of apathic patients.

Keywords: Post-stroke apathy, Occupational Therapy, Occupational engagement, Meaningful occupation, Analytical activities, Medical and Rehabilitation Care

Léane VULCAIN CLARICO

Sous la direction de Madame RODRIGUES Violaine

SOMMAIRE

GLOSSAIRE :	7
1.INTRODUCTION :	8
2.CADRE CONCEPTUEL :	9
2.1 L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et l'apathie post-AVC	9
2.1.1 Accident vasculaire cérébral (AVC)	9
2.1.2 Le symptôme apathique chez les personnes présentant un AVC	10
2.1.3 Les outils de mesure de l'apathie	11
2.1.4 Les traitements médicamenteux et non médicamenteux	12
2.2 L'ergothérapie en Soins Médicaux et de Réadaptation	12
2.2.1 Principes et fondements de l'ergothérapie	12
2.2.2 L'ergothérapie : rôle en rééducation fonctionnelle	13
2.2.3 Les missions de l'ergothérapeute en SMR	14
2.2.4 Le concept d'engagement occupationnel : fondements et enjeux	15
2.3 La mise en sens entre les activités analytiques et les occupations significantes	17
2.3.1 Pratique ergothérapique face à l'apathie	17
2.3.2 Les Approches Bottom up et Top-down	17
3.HYPOTHÈSE	19
4.METHODOLOGIE D'ENQUETE :	19
4.1 Outil d'enquête :	19
4.2 Population d'intérêt :	19
4.3 Contexte de mise en œuvre de la recherche :	20
4.4 Les caractéristiques et les modalités de passation de l'outil :	21
5.RÉSULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS	21
5.1 Présentation de la population	21
5.2 L'apathie post-AVC en SMR	22
5.2.1 Définition de l'apathie selon les ergothérapeutes et les signes observés	22
5.2.2 L'impact sur les séances et les difficultés rencontrées	23
5.3 La notion d'occupation signifiante	23
5.3.1 Définition	23
5.3.2 Importance de l'occupation porteuse de sens pour le patient	24
5.4 Lien entre les activités et les objectifs thérapeutique	24
5.5 L'engagement occupationnel des patients	24
5.5.1 Les facteurs favorisant et les stratégies de motivation	24

5.5.2	L'adaptation des activités	24
5.6	L'approche centrée sur l'occupation en SMR	25
5.6.1	Perception de l'approche	25
5.6.2	Freins et facilitateurs institutionnels	25
6.	ANALYSE DES RÉSULTATS.....	26
6.1	Distinction entre l'apathie post-AVC et les autres troubles	26
6.2	Le caractère signifiant de l'occupation comme levier d'engagement.....	26
6.3	L'ajustement constant de la pratique ergothérapique	27
6.4	L'association de l'approche bottom up et top down.....	28
6.5	Influence du contexte institutionnel sur l'engagement du patient.....	28
7.	DISCUSSION	29
7.1	Confrontation avec la littérature.....	29
7.1.1	La complexité de repérer le symptôme apathique.....	29
7.1.2	La notion de sens et d'engagement	30
7.1.3	Complémentarité des approches.....	30
7.2	Vérification de l'hypothèse	31
7.3	Limites et biais de la recherche	31
7.3.1	Limites.....	31
7.3.2	Biais.....	32
8.	CONCLUSION	32
9.	APPORTS ET OUVERTURE.....	33
9.1	APPORTS.....	33
9.2	OUVERTURE	33
10.	BIBLIOGRAPHIE	34
11.	ANNEXES	I
11.1	Annexe I : Formulaire de consentement.....	I
11.2	Annexe II : Guide d'entretien.....	II
11.3	Annexe III : Retranscription des entretiens	IV

GLOSSAIRE :

- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation
- SRPR : Soins de Rééducation Post Réanimation
- HDJ : Hôpital de Jour
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- HAS : Haute Autorité de Santé
- SAS : Starkstein Apathy Scale
- AES : Apathy Evaluation Scale
- LARS : Lille Apathy Rating Scale
- IA : Inventaire Apathie
- NPI : Inventaire Neuropsychiatrique
- ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education
- MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel
- MCRO : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel
- MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

1. INTRODUCTION :

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) représente 93,8 millions de cas (OMS, 2025) et constitue la 3ème cause de handicap dans le monde (OMS, 2025). Chaque année, plus de 112 000 personnes sont hospitalisées à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) (Santé Publique France, 2025). Les AVC représentent l'une des principales causes de handicap moteur non traumatique et constituent un facteur majeur de dépendance (Santé Publique France, 2025). Les conséquences motrices, cognitives, sensorielles et psychologiques qui en découlent peuvent altérer la vie quotidienne de la personne ainsi que son autonomie. (Inserm, 2017).

Dans les services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), les prises en soins visent à contribuer à une récupération des capacités fonctionnelles et à l'engagement du patient dans son processus de rééducation (Article R.6123-118 du Code de la Santé Publique, 2022). Toutefois, lors de mon stage en SMR, une patiente présentait un désinvestissement face aux soins proposés. Ceci s'apparentait à un symptôme d'apathie se manifestant par une perte d'élan vital notamment lorsque les activités thérapeutiques semblaient peu significantes pour elle. L'objectif de l'équipe pluridisciplinaire résidait dans la restauration des capacités déficitaires de la patiente. Ainsi, l'accompagnement en ergothérapie était rythmé par des activités analytiques avec des exercices à visée de récupération motrice, de stimulation cognitive et enfin de transferts des acquis dans les activités quotidiennes. Ce manque d'investissement et la passivité lors des séances devenaient un frein à son engagement. Elle a verbalisé son souhait de reprendre la cuisine, tout en admettant qu'elle ne saisissait pas le sens ni l'utilité des exercices de rééducation actuels. Cette incompréhension entre les objectifs et les moyens mis en place et le manque d'engagement dans la rééducation m'ont questionné.

L'enjeu de l'ergothérapeute est donc de trouver des leviers pour motiver le patient. C'est précisément dans cette optique que "cibler l'occupation" consiste à "développer des objectifs occupationnels non seulement comme "fins" à l'intervention mais aussi comme "cibles" durant l'intervention " (Fisher, 2013).

Cette expérience et les recherches que j'ai pu effectuer autour de l'apathie post-AVC et de l'engagement occupationnel ont soulevé la question de recherche suivante : **En quoi l'ergothérapeute par la mise en sens des activités analytiques et des occupations significantes favorise-t-il l'engagement occupationnel des patients apathiques à la suite d'un AVC en SMR ?**

Ce mémoire s'articulera autour de plusieurs parties. La première partie est consacrée au cadre conceptuel et abordera les notions suivantes : l'AVC, l'apathie post-AVC, l'ergothérapie en SMR et l'engagement occupationnel. La seconde partie du cadre conceptuel permettra d'explorer la mise en sens des activités analytiques et des occupations significatives. Enfin, le cadre exploratoire présente l'hypothèse de recherche, la méthodologie d'enquête mise en œuvre, l'analyse des résultats collectés puis une discussion des données obtenus avant de conclure ce travail.

2. CADRE CONCEPTUEL :

2.1 L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et l'apathie post-AVC

2.1.1 Accident vasculaire cérébral (AVC)

Un accident vasculaire cérébral est “ une urgence médicale qui survient lorsque le flux sanguin vers le cerveau est interrompu, à cause soit d'une obstruction soit d'un saignement ” (OMS, 2025).

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (2017) distingue deux types d'AVC : l'AVC ischémique causé par un caillot de sang bouchant un vaisseau sanguin (80% de l'ensemble d'AVC) et l'AVC hémorragique qui survient à la suite de la rupture d'une artère dans le cerveau (20% des AVC). Cela nécessite une prise en charge immédiate de la personne. Plusieurs manifestations de signes cliniques prédominants permettent d'identifier l'urgence :

- Des atteintes motrices ou sensorielles : avec une parésie ou une hémiplégie (paralysie d'un ou plusieurs membres et/ou d'une moitié du corps) qui s'accompagne de paresthésies sur plusieurs membres ou sur le visage.
- Des déficits visuels
- Des troubles de la communication : qui se manifestent par une dysarthrie (incapacité à articuler) ou une aphasie (incapacité à s'exprimer ou comprendre le langage oral ou écrit), associée à des céphalées intenses, des vertiges ainsi que des troubles de l'équilibre. (Inserm, 2017)

L'AVC peut engendrer différentes complications affectant plusieurs parties du corps qui sont parfois à l'origine d'une perte d'autonomie. Ces conséquences varient en fonction de la zone du cerveau affectée ainsi que de la gravité de l'atteinte (Santé Publique France, 2025). D'après l'Inserm (2017), les conséquences les plus courantes sont l'aphasie et l'hémiplégie. Il existe

d'autres conséquences telles que : les conséquences cognitives, sensorielles, visuelles et psychologiques.

En France, la prise en charge s'intègre dans une démarche de politique de santé publique. Le Plan d'actions national AVC élaboré par le Ministère de la Santé et des Sports (2010) vise à améliorer la qualité de vie des patients et à limiter les conséquences. Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (2012) a publié des recommandations de bonnes pratiques concernant les méthodes de rééducation motrices et cognitives. A travers le Guide du Parcours de santé post-AVC (HAS, 2025), la HAS assure que la réussite du projet de vie du patient repose sur la collaboration de l'équipe pluriprofessionnelle (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, médecins MPR, infirmières, orthophonistes...).

Cependant, l'organisation structurée du parcours de soins requiert une participation active de la part du patient. Or, l'apparition d'un symptôme apathique pourrait perturber cette dynamique rendant la rééducation difficile.

2.1.2 Le symptôme apathique chez les personnes présentant un AVC

Parmi ces conséquences, l'apathie concerne 1/3 des patients après un AVC (Godefroy et al., 2022). Bien que les chiffres varient selon les études : l'Institut du Cerveau (2026) estime que ce trouble touche 40% des personnes ayant subi un AVC. L'apathie reste encore sous diagnostiquée notamment en raison de sa ressemblance clinique avec la dépression.

Contrairement à la dépression, l'apathie se définit comme un symptôme témoignant d'une perte d'intérêt ou d'émotions (Marin, 1991). Elle se traduit par une altération de la motivation et un émoussement affectif ce qui mène à une perte d'initiative sans nécessairement présenter de tristesse ou de détresse émotionnelle (Marin, 1991). Cette difficulté met le patient dans une position d'isolement et de retrait de tout son environnement social (Levy et al., 2006). Cette passivité est une réelle barrière clinique qui impacte l'état de santé global et la qualité de vie.

Selon les travaux de l'Institut du Cerveau (2026), l'apathie résulte d'un dysfonctionnement au sein des réseaux cérébraux interconnectés reliant le cortex préfrontal, les ganglions de la base et le système limbique. Au moment où les circuits sont perturbés, le patient éprouve des difficultés à rassembler l'énergie indispensable pour initier une action spontanée.

Plus précisément, les travaux de Levy et Dubois (2006) permettent de décomposer l'apathie en trois dimensions : « émotionnel » où le patient peine à associer une valeur affective à ses actes. Puis, on distingue l'apathie « cognitive » qui affecte la planification et l'organisation des tâches

nécessaire à l'activité. Enfin, les mécanismes d' « auto activation » se caractérisant par une incapacité à déclencher spontanément une pensée ou une action, alors même que les capacités motrices sont préservées. Ces dimensions cliniques sont cruciales pour souligner que l'apathie post-AVC se différencie de la dépression notamment par l'absence de souffrance émotionnelle marquée.

L'impact fonctionnel de l'apathie après un AVC est majeur. Les patients présentent souvent une diminution de leur participation aux activités de la vie quotidienne et une réduction de l'engagement dans la rééducation (Tay et al., 2021). On constate en particulier des problèmes liés aux activités instrumentales qui requièrent de la planification et de l'initiative comme faire les courses et la gestion du foyer. Cette restriction de l'autonomie est également contributive par les troubles cognitifs associés notamment les atteintes des fonctions exécutives, de l'attention et de la mémoire (Tay et al., 2021).

Face à ce symptôme, l'ergothérapeute en service de soins médicaux et de réadaptation occupe une place centrale. L'ergothérapeute va chercher à mobiliser les leviers restants du patient pour restaurer son autonomie malgré la persistance de l'apathie.

2.1.3 Les outils de mesure de l'apathie

Pour évaluer ce symptôme d'apathie, il existe plusieurs outils standardisés permettant de comprendre le comportement et d'objectiver les troubles motivationnels de la personne ainsi que d'adapter sa prise en soin. Parmi les échelles les plus retrouvées figurent la Starkstein Apathy Scale (SAS), l'Apathy Evaluation Scale (AES) et la Lille Apathy Rating Scale (LARS) (Tay et al., 2021). Ces outils permettent d'évaluer les dimensions comportementales, émotionnelles et sociales de l'apathie. Un score élevé d'apathie aura un impact considérable sur les activités de la vie quotidienne.

Néanmoins, l'évaluation peut s'affiner en fonction de la pathologie cible. Tandis que des outils tel que l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) englobent l'apathie au sein d'une évaluation comportemental globales, des outils spécialisés tel que l'Inventaire d'Apathie (IA) offrent une étude plus détaillée (HAS, 2014). L'Inventaire d'Apathie est constitué de deux questionnaires, l'un à l'usage de l'accompagnant et l'autre destiné au patient. Cet outil établit avec précision le manque d'initiative, d'intérêt et d'émoussement affectif pour distinguer l'apathie d'autres syndromes (Benoît et al., 2005).

Après l'évaluation du niveau d'apathie du patient, l'étape suivante est la mise en œuvre d'un plan de traitement approprié faisant appel soit à des moyens médicamenteux ou non médicamenteux.

2.1.4 Les traitements médicamenteux et non médicamenteux

Concernant les traitements de l'apathie post-AVC, la littérature souligne qu'il n'y a pas encore de traitement standard clairement approuvé. Il semblerait que les antidépresseurs aient une action limitée sur l'apathie lorsqu'elle est présente seule et sans syndrome dépressif associé (Tay et al., 2021). Cependant, certaines stratégies pharmaceutiques reposent sur les systèmes dopaminergiques et cholinergiques impliqués dans les mécanismes de motivation et d'initiation de l'action. D'autres approches thérapeutiques telles que les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ou la stimulation magnétique transcrânienne répétitive font également l'objet d'études mais il est nécessaire d'améliorer la qualité de leurs essais pour attester de leur efficacité (Garcia-Pinteno et al., 2025).

Dans cette gestion de l'apathie, les traitements non médicamenteux tiennent un rôle central en ce qui concerne la rééducation et l'ergothérapie. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2014) privilégient des méthodes personnalisées pour encourager l'engagement du patient dans des activités porteuses de sens. L'accent sur les habitudes de vie, la valorisation et l'adaptation de l'environnement permettent également à favoriser l'autonomie et la participation occupationnelle (HAS, 2014).

2.2 L'ergothérapie en Soins Médicaux et de Réadaptation

2.2.1 Principes et fondements de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui s'intéresse aux activités quotidiennes que l'individu réalise pour établir « un profil occupationnel » qui aide à comprendre ce qui est important pour lui et les difficultés qu'il rencontre (Criquillon-Ruiz et al., 2023). Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, « l'objectif de l'ergothérapeute est d'aider toute personne, quel que soit son âge et les difficultés qu'elle rencontre, à réaliser les activités qui sont importantes et nécessaires pour elle dans sa vie quotidienne et dans son environnement habituel. » (ANFE, 2026). Afin d'atteindre ce but, « l'ergothérapeute ne s'intéresse pas uniquement aux difficultés de la personne, mais aussi à son environnement et aux conditions dans lesquelles les activités sont réalisées » (ANFE, 2026).

Les fondements de l'ergothérapie reposent sur l'idée que l'engagement dans des occupations significatives contribue à la santé, au bien-être de la personne. Comme le soulignent Charret et Thiébaud Samson (2017), l'ergothérapie s'est historiquement construite sur une vision humaniste du soin dans laquelle l'activité est perçue comme un vecteur de sens. L'ergothérapie ne se limite pas à la restauration des fonctions déficitaires mais vise avant tout à permettre à la personne d'agir dans son quotidien de manière significative.

Ceci est soutenu par un support réglementaire : issu d'une formation encadrée par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, l'exercice de l'ergothérapeute est défini par l'article L.4331-1 du Code de la Santé Publique. En effet, celui-ci précise que le champ d'intervention de l'ergothérapeute concerne la rééducation, la réadaptation fonctionnelle, la lutte contre les maladies mentales, et la gériatrie.

L'ergothérapie doit donc adapter ses pratiques tout en préservant ses valeurs principales : une approche centrée sur la personne, orientée vers l'occupation, la participation sociale et l'autonomie (Morel-Bracq, 2017). Cette approche personnalisée constitue l'un des principes fondamentaux de la pratique ergothérapique notamment dans le champ de la rééducation fonctionnelle.

2.2.2 L'ergothérapie : rôle en rééducation fonctionnelle

Les Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) sont importants dans le système hospitalier français, anciennement appelée Soins de Suite et de Réadaptation. D'après l'article R.6123-118 du Code de la Santé publique : « l'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales ».

Les établissements SMR exercent leurs activités autour de plusieurs domaines tels que l'appareil locomoteur, le système nerveux, cardiovasculaires, respiratoires etc... La prise en charge se caractérise par une collaboration pluridisciplinaire et globale avec des accès à des plateaux techniques spécifiques. Ces actes s'intégrant dans des démarches à visées préventives, d'éducation thérapeutique, de rééducation et de réadaptation. Elle contribue à l'amélioration fonctionnelle des patients à leur retour à l'autonomie et à leur réinsertion professionnelle et sociale. Dans ce contexte de SMR, l'ergothérapeute a un rôle bien défini par le biais de missions et dans un environnement de travail pluridisciplinaire.

2.2.3 Les missions de l'ergothérapeute en SMR

Selon le Ministère de la Santé, l'ergothérapeute intervient dans des contextes variés allant de la rééducation à la réadaptation, en adaptant les activités et l'environnement pour améliorer la qualité de vie des patients (Ministère de la Santé, s.d.). L'article L4331-1 du Code de Santé Publique : “ les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale ou dans le cadre d'un adressage vers une prise en charge pluriprofessionnelle à laquelle ils participent ”, spécifie que l'exercice des ergothérapeutes est soumis à la prescription médicale.

En SMR, l'ergothérapeute joue un rôle auprès de patients adultes et enfants hospitalisés pour favoriser leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne tels que les déplacements, les activités de soins d'hygiène et les activités domestiques. Son intervention repose sur une approche centrée sur l'occupation qui permet à la personne de réaliser des activités significatives malgré les limitations liées à sa pathologie (ANFE, 2019)

Dans un premier temps, l'ergothérapeute réalise une évaluation globale des capacités du patient et de son environnement afin de déterminer les éventuels obstacles à l'accomplissement des occupations significatives. Puis dans un second temps, il met en œuvre un plan d'intervention personnalisé pour restaurer, maintenir ou compenser ces capacités en utilisant des activités thérapeutiques, préconiser des aides techniques et des moyens d'adaptation de l'environnement (Ministère de la Santé, s.d.).

Ces interventions permettent de favoriser l'autonomie et de sécuriser le retour à domicile des patients dans le but de faciliter la réalisation des activités quotidiennes. De plus, l'ergothérapeute intervient dans l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage en les aidants à comprendre les problèmes liés à la maladie. En SMR, ces tâches s'inscrivent dans une démarche pluridisciplinaire où l'ergothérapeute travaille conjointement avec les autres professionnels de santé tels que : les médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, enseignants en activités physique adaptée (EAPA)... afin d'assurer une prise en charge globale (HAS, 2025). Enfin, l'ergothérapeute utilise des concepts spécifiques qui vont lui permettre d'orienter son intervention. Parmi ceux-ci, l'engagement occupationnel constitue un support pour la prise en soin.

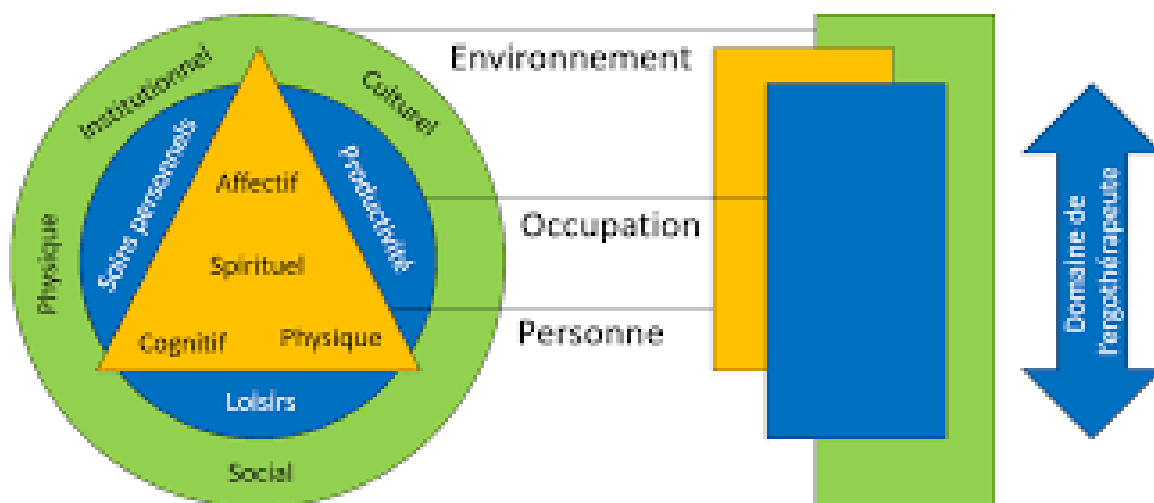
2.2.4 Le concept d'engagement occupationnel : fondements et enjeux

Pour comprendre comment favoriser l'investissement du patient apathique, il est essentiel de définir le concept d'engagement occupationnel. Selon Polatajko (2008, p. 28), s'appuyant sur les travaux de la Houghton Mifflin Company (2004), « les termes s'engager et engagement englobent tout ce que nous mettons en œuvre pour nous impliquer, nous investir ou nous occuper ». Dans cette perspective, l'investissement du patient est intrinsèquement lié à des activités qui font sens pour lui, mobilisant ainsi sa motivation et ses centres d'intérêt. Le groupe European Network of Occupational Therapy Higher Education (ENOTHE) définit la notion comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013).

Les ergothérapeutes analysent l'engagement à travers quatre aspects :

- La nature de l'engagement :
 - L'engagement passif, le patient va se limiter à l'acceptation des soins.
 - L'engagement actif, le patient prend l'initiative ou réalise un effort volontaire.
- L'intensité de l'engagement :
 - L'engagement sporadique, le patient manifeste un engagement fluctuant, caractérisé par une intensité d'investissement irrégulière selon les séances.
 - L'engagement constant, le patient reste motivé et volontaire durant les séances.
- Degré d'établissement :
 - Apport de longue date, le patient réinvestit une activité connue, s'appuyant sur ses routines antérieures pour compenser ses difficultés actuelles.
 - Apport nouveau, le patient effectue une nouvelle activité, ce qui demande une participation plus intensive et une concentration plus renforcée.
- Capacité de rendement :
 - Rendement novice, le patient mobilise énormément ses fonctions exécutives ce qui entraîne une fatigabilité cognitive.
 - Rendement expert, le patient a déjà ancré des automatismes ce qui libère sa charge mentale.

Figure 1 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) par Townsend et Polatajko (2013)



Pour structurer cette approche de l'engagement, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) développé par l'Association Canadienne des ergothérapeutes. Ce modèle est particulièrement intéressant car il met au centre l'occupation qui résulte de l'interaction entre la personne et l'environnement (Townsend et al., 2013). Il met en évidence l'importance de l'occupation de chacun, soulignant ainsi que l'ergothérapeute s'efforce de favoriser l'engagement des patients (Townsend et al., 2013). Pour évaluer ces éléments, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) a été introduite en 1991. C'est un outil standardisé en adéquation avec le modèle qui permet au patient de coter l'importance, la satisfaction et le rendement associés à ses occupations (Law et al., 2014).

L'intégration de la MCREO dans la pratique de l'ergothérapeute se fonde sur une approche centrée sur l'occupation. Le recours à la MCRO comme base initiale contribue à transformer les plaintes ou difficultés du patient apathique en objectifs occupationnels concrets et classés par ordre d'importance (ANFE, 2019). Après l'identification de ces priorités, l'ergothérapeute effectue une analyse de l'interaction entre les trois composantes du modèle : il détermine si le manque d'engagement est dû à l'environnement (institutionnel, physique, social, culturel), à une contrainte personnelle (spiritualité, affectif, physique, cognitif) ou à l'activité en elle-même (soins personnels, productivité, loisirs). Concrètement, l'ergothérapeute va chercher à proposer des activités dont le sens est immédiatement perceptible par le patient (ANFE, 2019).

Bien qu'il y ait divers aspects de l'engagement occupationnel. Accompagner un patient à s'investir pleinement dans ses occupations constitue un rôle prépondérant pour l'ergothérapeute. (Kielhofner, 2008 ; Morel-Bracq, 2009). Tout compte fait, l'engagement occupationnel ne se réduit pas à un simple sentiment mais demande une participation active du patient dans sa rééducation. Pour résumer, l'engagement du patient dépend de plusieurs facteurs. Même si l'apathie est un obstacle, il est essentiel de comprendre comment nous pouvons nous en servir comme d'un levier pour faire progresser la rééducation.

2.3 La mise en sens entre les activités analytiques et les occupations signifiantes

2.3.1 Pratique ergothérapique face à l'apathie

Pour pallier le défaut d'initiation, l'ergothérapeute se concentre sur l'emploi d'activités signifiantes au cœur de son intervention. L'étude menée par Maida et al.,(2022) révèle que le choix d'activités porteuses de sens pour le patient favorise l'amélioration de l'engagement mais également à diminuer les troubles comportementaux associés notamment chez les patients apathiques post-AVC (Maida et al., 2022).

Par ailleurs, des méthodes comme le “strategy training” visent à accompagner le patient progressivement dans la gestion de problèmes, la planification des tâches et l'auto-évaluation de ses réussites en vue de renforcer son sentiment d'efficacité (Skidmore et al., 2015). Les séances sont organisées en fonction des objectifs sélectionnés par le patient lui-même. L'ergothérapeute guide le patient à travers diverses étapes comprenant : la définition d'objectif, la création d'un plan d'action, la réalisation de l'activité puis l'évaluation du résultat obtenu pour apporter les ajustements nécessaires aux stratégies (Skidmore et al., 2015).

Enfin, l'ergothérapeute adapte l'environnement et la complexité des activités pour éviter les situations d'échec pouvant réduire la motivation. Il valorise les réussites et suggère des activités graduées permettant au patient de vivre des succès (Verrienti et al., 2023).

2.3.2 Les Approches Bottom up et Top-down

a) Bottom-up

Pour Meyer (2013), l'activité se définit comme “une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations”. Cette pratique s'inscrit dans l'approche Bottom up. Comme le

soulignent Brown et Chien (2010), cette méthode centrée sur le déficit considère d'abord les capacités et les habiletés de la personne. L'ergothérapeute cherche ainsi à intervenir sur les fonctions déficitaires pour permettre au patient de gagner en performance dans ses occupations.

Dans cette perspective, l'activité est qualifiée d'analytique c'est-à-dire pour cibler une fonction spécifique. L'apport de Gleyze et. al.(2011), permet de préciser le rôle de cette approche : elle constitue une phase essentielle de rééducation segmentaire indispensable pour restaurer les prérequis nécessaires à la réalisation des activités de la vie quotidienne. En se concentrant sur un aspect spécifique, l'ergothérapeute vise à traiter les éléments déficients pour aider le patient à améliorer sa performance occupationnelle. Au-delà de cette approche, l'ergothérapeute s'appuie sur les sciences de l'occupation pour redonner du sens et de la motivation au patient.

b) Top-down

Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs.” (ENOTHE, 2004 cité par Meyer, 2013). Au-delà de cette définition, l'occupation devient signifiante lorsqu'elle a du sens pour la personne. Pour mieux comprendre cette vision, la profession s'appuie désormais sur les Sciences de l'Occupation (Yerxa et al, 1989). Les Sciences de l'occupation nous permettent d'avoir des connaissances sur tout ce qui concerne l'utilisation de l'occupation. Cela contribue à rendre la pratique davantage efficace (Pierce, 2014).

Ces savoirs justifient l'approche Top Down. L'approche descendante centrée sur l'occupation vise à intervenir directement sur les occupations qui posent problèmes que par les déficiences. L'ergothérapeute évalue d'abord ce qui a du sens pour la personne et ce qui entrave sa participation sociale (Trombly,1993 cité dans Brown et al, 2010). Enfin, fonder sa pratique sur l'occupation permet d'affirmer notre pratique d'ergothérapeute et de distinguer nos interventions des autres professionnels de santé (Fisher, 2013).

3. HYPOTHÈSE

Rappel de la question de recherche : **En quoi l’ergothérapeute par la mise en sens des activités analytiques et des occupations significantes favorise-t-il l’engagement occupationnel des patients apathiques à la suite d’un AVC en SMR ?**

L’hypothèse principale de ce travail est que l’ergothérapeute en mettant en place une occupation significative, la personne devient actrice de sa prise en soin. Elle comprend le sens de l’activité et cela diminue le symptôme apathique.

4. METHODOLOGIE D’ENQUETE :

4.1 Outil d’enquête :

Dans le cadre de mon enquête, je souhaite recueillir des données riches et uniques en choisissant l’entretien semi-directif pour mener une enquête qualitative. Comme le souligne Tétreault (2014) : “ l’entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. “ En effet, l’entretien semi-directif permet de poser un cadre structuré et une souplesse dans l’échange. L’intérêt pour moi de cet outil est de pouvoir laisser l’interlocuteur s’exprimer librement sur ses ressentis et mettre des mots sur sa pratique.

Bien que l’entretien soit le plus adapté, son utilisation comporte des limites inhérentes. L’entretien ne donne pas accès à la réalité objective mais plutôt à la représentation subjective qu’en a l’ergothérapeute. Il peut de manière inconsciente construire son récit de manière à le rendre plus cohérent et conforme aux bonnes pratiques théoriques (Blanchet et. Al. 2015). De plus, cet outil est un processus chronophage car il faut que les ergothérapeutes mobilisent du temps puis suivent toutes les étapes de transcription et d’analyse.

4.2 Population d’intérêt :

Dans le but d’explorer la mise en sens des activités analytiques et les occupations significantes et d’appuyer mon hypothèse de travail, j’ai choisi de solliciter des ergothérapeutes exerçant en SMR.

En outre, les participants doivent avoir accompagné au moins un patient apathique post-AVC. Cette expérience clinique est nécessaire pour analyser les caractéristiques de ce symptôme. Afin de mener à bien cette enquête, la sélection des participants repose sur des critères spécifiques.

Tableau 1 : Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion	Critère d'exclusion
• Ergothérapeutes Diplômés • Ergothérapeutes exerçant en service de soins médicaux et de réadaptation spécialisé en neurologie • Ayant accompagné un patient apathique post-AVC • Adoptant une pratique centrée sur l'engagement occupationnel	• Professionnels de santé autres que des ergothérapeutes • Ergothérapeutes ne s'inscrivant pas dans une approche centrée sur l'occupation	• Ne réponds pas à toutes les questions • Interrompt l'entretien avant la fin • Souhaite retirer son consentement

4.3 Contexte de mise en œuvre de la recherche :

L'enquête s'est déroulée sur une période allant de février à mars 2026. Les entretiens ont été réalisés pour la plupart en présentiel au sein des structures des participants. Ils ont duré au minimum trente minutes. J'ai contacté par mail et par téléphone plusieurs services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) en France. J'ai aussi mis mon annonce sur les réseaux sociaux.

Conformément à la réglementation sur les recherches impliquant les personnes humaines (Décret n°2012-305, 2012) : les enregistrements conservés sont anonymisés et détruits après la

transcription. Avant ces entretiens, le professionnel a signé un consentement libre et éclairé (cf annexe 1) qui pourra à tout moment retirer sans justification.

4.4 Les caractéristiques et les modalités de passation de l'outil :

En amont, un guide d'entretien a été élaboré autour de questions ouvertes correspondant aux axes suivants afin de vérifier l'hypothèse : l'apathie post-AVC, l'engagement occupationnel, l'explicitation du lien et l'approche centrée sur l'occupation. L'enquête s'est effectuée en trois étapes pour encourager une expression libre tout en veillant à la collecte des informations.

La première étape est une phase d'introduction qui m'a permis d'instaurer un climat de confiance avec les ergothérapeutes. Adopter une posture bienveillante et ce climat a permis de traiter les réponses de façon juste et précise. Il y a un rappel de l'objectif de l'étude et des réglementations éthiques puis la signature du formulaire de consentement.

La deuxième étape a mis l'accent sur les questionnements et les réponses fournies. Enfin, la troisième étape a permis de clôturer l'entretien. L'ergothérapeute a pu s'il le souhaite ajouter des éléments ou non abordés. Ces entretiens se sont terminés par des remerciements.

5. RÉSULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits dans l'intégralité. Tout ceci a été fait en respectant les trois commandements du traitement des données : fidélité, neutralité et exhaustivité. Afin de mettre en lien les entretiens et les éléments importants, une analyse thématique a été effectuée.

5.1 Présentation de la population

Pour préserver l'identité de chacun des participants, les ergothérapeutes sont identifiés par les codes **E1**, **E2**, **E3**.

Suivant la méthodologie exposée auparavant, des ergothérapeutes travaillant en milieu hospitalier ont été contactées pour mener des entretiens semi-directifs. Trois ergothérapeutes ont accepté de participer à l'étude après que dix demandes ont été envoyées par mail. Un guide d'entretien a été élaboré en amont afin d'uniformiser les échanges et d'aborder différentes thématiques.

Tableau 2 : Présentation des ergothérapeutes interrogés

	Année de Diplôme	Type de structure /service	Expériences principales
E1	2008	SMR neurologique et SRPR	Orthopédie, Neurologie, grands brûlés, cardiologie aiguë, cérébrolésés
E2	2015	SMR neurologique (gériatrie)	Gériatrie aiguë, Hôpital de jour (Pôle gériatrique)
E3	2021	SMR neurologique et HDJ neurologique	Orthopédie, Traumatologie, Gériatrie

Les professionnelles interrogées travaillent dans divers services de SMR spécialisés en neurologie et en gériatrie. Les participants ont obtenu leur diplôme en 2008, 2015 et 2021, ce qui assure des expériences variées. Ils décrivent des parcours centrés sur la rééducation spécifiquement dans les domaines de la neurologie, de la gériatrie, de l'orthopédie et de la rééducation post-réanimation.

5.2 L'apathie post-AVC en SMR

5.2.1 Définition de l'apathie selon les ergothérapeutes et les signes observés

Tableau 3 : Les signes observés selon les ergothérapeutes

Signes observés	E1	E2	E3
Manque d'initiative	X	X	X
Désengagement dans les activités	X	X	X
Difficulté attentionnelle	X	X	
Peu d'échanges			X
Retrait/ Clinophilie			X
Besoin de stimulation constante		X	X

Selon les trois ergothérapeutes, l'apathie se manifeste par une diminution de l'initiative et de l'engagement du patient dans les activités et les interactions. **E1** évoque principalement un « manque d'initiative » davantage qu'une absence d'envie. **E2** décrit des patients qui requièrent une stimulation importante pour initier une activité. Il met en évidence la complexité de distinguer l'apathie des troubles exécutifs ou de la dépression. **E3** détaille différents symptômes observés chez les patients : peu d'expressions faciales, une participation minimale aux échanges, une tendance à être renfermé et un manque d'initiative lors du contact « C'est des patients qui parlent pas beaucoup qui ont pas envie de faire grand-chose » (**E3**) . Ils indiquent aussi que l'apathie est fréquemment liée à d'autres troubles cognitifs ou émotionnels.

5.2.2 L'impact sur les séances et les difficultés rencontrées

Des problèmes de participation des patients aux séances de rééducation sont signalés par les ergothérapeutes. **E2** mentionne que certains patients ont besoin d'une présence continue du thérapeute pour maintenir leur engagement dans la séance : « c'est les patients à qui on doit vraiment être à côté, guider au maximum essayer d'aller chercher la motivation du patient » (**E2**). Les participants notent aussi que l'apathie peut rendre difficile l'adhésion à la rééducation, la participation active lors des séances et le maintien de l'attention. **E3** évoque des problèmes lors des évaluations initiales en particulier dans le recueil des habitudes de vie et des occupations signifiantes du patient : « on va avoir une difficulté à établir un profil occupationnel à récolter des informations sur comment ça se passait avant » (**E3**). Malgré ces difficultés les trois professionnels indiquent que les refus de soins restent peu fréquents.

5.3 La notion d'occupation signifiante

5.3.1 Définition

Ils caractérisent l'occupation signifiante comme une activité qui a de l'importance pour le patient. **E1** associe l'occupation signifiante à une activité permettant au patient de retrouver de l'autonomie. **E2** considère que le caractère signifiant est directement lié à la notion même d'occupation : « l'occupation c'est déjà une activité qui a du sens sur le patient » (**E2**).

5.3.2 Importance de l'occupation porteuse de sens pour le patient

Les participants soulignent l'importance d'utiliser des activités en lien avec les loisirs, les habitudes de vie ou les objectifs du patient. Les occupations sont présentées comme des aides qui favorisent l'investissement dans les séances, la compréhension des objectifs thérapeutiques et l'engagement du patient. **E2** rapporte l'utilisation d'activités appréciées par certains patients telles que la musique, les jeux vidéos, le coloriage les amène à s'investir.

5.4 Lien entre les activités et les objectifs thérapeutique

Les ergothérapeutes expliquent qu'ils cherchent à montrer le lien entre les activités analytiques et les objectifs fonctionnels du patient. Ils décrivent l'utilisation de mises en situation, d'explications verbales et d'exemples concrets issus du quotidien. **E1** explique partir d'activités concrètes afin d'identifier les difficultés rencontrées par le patient puis proposer des exercices ciblés : « Donc on part d'une situation concrète souvent pour les aider à visualiser où ils en sont » (**E1**). **E3** explique qu'il faut montrer au patient l'intérêt du mouvement travaillé dans ses occupations. Ils décrivent également l'importance de répéter régulièrement ces explications au patient et à son entourage.

5.5 L'engagement occupationnel des patients

5.5.1 Les facteurs favorisant et les stratégies de motivation

Plusieurs stratégies visant à maintenir l'implication du patient lors des séances sont décrites par les ergothérapeutes : les encouragements, objectifs définis et précis, la valorisation des progrès ainsi que l'implication de la famille. **E1** évoque la force du travail pluridisciplinaire et de la communication avec l'entourage. **E2** explique se servir de tableaux d'objectifs et de progression avec des feedbacks visuels afin de montrer les réussites réalisées : « C'est important aussi de leur rappeler de verbaliser qu'ils mettent des mots aussi sur les progrès » (**E2**).

5.5.2 L'adaptation des activités

Ils mentionnent adapter leurs séances aux capacités cognitives, motrices, aux intérêts du patient, au moment de la journée et au niveau de fatigue. **E1** et **E3** expliquent alterner entre l'approche analytique, les occupations et les mises en situations. **E3** précise que certaines prises en soin

s'orientent davantage vers l'occupationnel tandis que d'autres restent principalement analytiques selon le profil du patient.

5.6 L'approche centrée sur l'occupation en SMR

5.6.1 Perception de l'approche

Les ergothérapeutes considèrent l'approche centrée sur l'occupation comme « importante » dans la pratique en ergothérapie. **E3** décrit cette approche comme : « C'est le cœur de notre métier » (**E3**). **E1** met l'accent sur la nécessité d'allier l'approche analytique et l'approche centrée sur l'occupation en fonction des besoins du patient : « C'est l'un ou c'est l'autre ce qui fonctionne c'est les deux et c'est l'association des deux » (**E1**). Ils annoncent également utiliser différents modèles conceptuels dans leur pratique principalement : le Modèle de l'occupation Humaine (MOH) et le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO).

5.6.2 Freins et facilitateurs institutionnels

Tableau 4: Freins et facilitateurs identifiés à l'approche centrée sur l'occupation selon les ergothérapeutes

Freins identifiés	Facilitateurs identifiés
Manque de temps des soignants	Travail en équipe pluridisciplinaire
Méconnaissance du métier d'ergothérapeute	Possibilité de sorties thérapeutiques
Contraintes organisationnelles	Présence d'espaces pour les mises en situation (cuisine thérapeutique, appartement...)
Confusion entre kinésithérapie et ergothérapie	Soutien des médecins MPR
Troubles cognitifs et communicationnels	Participation de l'entourage

Les participants identifient plusieurs freins et facilitateurs influençant la mise en place d'une approche centrée sur l'occupation en SMR. Les principaux freins incluent le manque de temps des professionnelles et la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute. Au contraire, la présence d'une équipe pluridisciplinaire et le soutien des médecins MPR sont évoquées comme des éléments facilitateurs majeurs.

6. ANALYSE DES RÉSULTATS

6.1 Distinction entre l'apathie post-AVC et les autres troubles

Les entretiens mettent en évidence la difficulté à distinguer clairement l'apathie post-AVC d'autres troubles comme les troubles exécutifs ou encore la dépression. **E2** note qu'il est « difficile de différencier est-ce que c'est juste un syndrome dysexécutif ? Est-ce que c'est plutôt de l'apathie ? » (**E2**).

Ils décrivent le manque d'initiative, le désengagement ou la diminution des interactions tout en révélant que ces comportements peuvent avoir plusieurs étiologies. **E1** précise d'ailleurs : « je parlerai plus du manque d'initiative que d'apathie, lié à la difficulté de savoir comment faire autrement quand c'est une problématique motrice ou de communication et plus qu'une absence d'envie de faire » (**E1**). Ils déterminent ce manque d'initiative comme signe central de l'apathie. Sur le plan sémiologique, l'apathie se traduit par des signes cliniques prononcés comme une « amimie », un « visage plutôt fermé » ou la « clinophilie » (**E3**).

De plus, les entretiens menés s'accordent à verbaliser que les patients apathiques ne sont pas dans un refus spécifique. Enfin, **E1** évoque la notion d'« apragmatisme » pour décrire certaines difficultés observées chez le patient. Ceci met en évidence la similitude entre l'apathie et les autres troubles. Cette difficulté à faire la distinction rend d'autant plus complexe l'accompagnement et l'interprétation des comportements du patient.

6.2 Le caractère signifiant de l'occupation comme levier d'engagement

Le sens accordé à l'activité apparaît pour compenser l'absence d'initiation. L'occupation ne se limite pas à être une activité mais elle sert également d'outil pour relier le patient et son identité. Selon les participants, l'occupation signifiante désigne avant tout une activité importante pour

le patient et ses habitudes de vie. Comme le souligne E3 : « l'occupation est déjà quelque chose qui a un sens pour la personne soit pour ses rôles dans la société, soit personnellement pour son épanouissement » (E3). E2 aborde le fait d'utiliser des supports variés. Ces résultats décèlent que les occupations significatives favorisent la compréhension des objectifs thérapeutiques. En s'appuyant sur des activités concrètes du patient, les ergothérapeutes visent à rendre la rééducation plus stimulante. Toutefois le caractère « significatif » ne dépend pas de l'activité mais plutôt de la manière dont le patient la perçoit. Pour E1, une activité écologique telle que la cuisine peut devenir inefficace si le patient ne perçoit aucun avantage pour sa récupération : « si lui il met pas de sens c'est qu'il comprend pas l'intérêt de le faire (...) Et ben ce sera peut-être moins efficace que si on lui fait comprendre qu'il a des difficultés d'attention et qu'on lui monte sur un exercice plus abstrait » (E1).

L'importance accordée au sens de l'activité semble donc participer au maintien de l'engagement occupationnel en dépit des difficultés liées à l'apathie : « Et si je vois que c'est l'occupationnelle qui vraiment l'accroche, bah je vais m'engouffrer là-dedans » (E3). Ainsi, les ergothérapeutes tentent de relier les activités proposées aux occupations propres et au quotidien du patient.

6.3 L'ajustement constant de la pratique ergothérapique

Face à cette inaction, les ergothérapeutes adaptent continuellement leur pratique en fonction des capacités, des besoins et de l'état du patient. L'adaptation passe d'abord par la prise en compte du rythme du patient : « En tout cas, un patient qui veut dormir le matin et qui réagit pas et qu'on sait qu'il est en retard, on va plutôt essayer de le voir l'après-midi par exemple. Donc mettre toutes les conditions qu'on peut modifier au voyant vert pour s'adapter dans l'optimisation de sa participation » (E1).

Cette adaptabilité se caractérise également par une présence active et une verbalisation constante pour maintenir l'engagement. Il s'agit de « lever cette inertie » en étant « actif autour du patient » (E1). Il y a aussi un aspect psychologique pour le thérapeute notamment pour les jeunes diplômés et les stagiaires face au silence de l'apathie : « c'est un peu déstabilisant, on sait pas trop quoi faire parce qu'on passe du coup à pas échanger avec le patient » (E3). Ce silence impose au thérapeute une gestion de ses propres affects.

Ces ajustements semblent essentiels dans l'accompagnement et le soutien de l'engagement occupationnel du patient malgré les fluctuations de motivation ou d'attention.

6.4 L'association de l'approche bottom up et top down

Les participants prônent l'association des deux approches pour surmonter l'apathie. Les mises en situations sont fréquemment employées comme point de départ pour faire prendre conscience des capacités : « (...) vraiment par les mises en situation c'est plus parlant pour le patient » (E2). Après ce constat, le travail peut s'orienter davantage vers de l'analytique pour viser une fonction précise en veillant toujours à maintenir le lien avec l'occupation finale. E3 explique : « c'est tel mouvement du coup aujourd'hui qu'on va travailler tel mouvement qui vous permettra de faire telle tâche dans votre occupation » (E3).

Enfin, l'utilisation d'outils comme le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et le Modèle Canadien et du Rendement Occupationnel (MCRO) permettent de hiérarchiser les priorités du patient : « je fais beaucoup passer la MCRO en première intention » (E3). Cela illustre l'importance de l'approche centrée sur l'occupation dans leur pratique.

6.5 Influence du contexte institutionnel sur l'engagement du patient

Le contexte institutionnel, ici le cadre du SMR offre des ressources facilitantes aux ergothérapeutes. Les participants mettent en avant dans un premier temps, la présence de « cuisine thérapeutique » ou d'un « environnement écologique » (E3) qui permet d'être au plus près de l'approche par l'occupation. Cette organisation paraît fournir une certaine autonomie dans les modalités d'intervention : « globalement on a une liberté de déplacement de mobilité, on peut très bien aller dans certains cas au domicile du patient » (E1). Cette flexibilité de déplacement aide à lutter contre l'apathie en exposant le patient à son environnement réel favorisant ainsi une « prise de conscience de certaines difficultés » (E1) que le cadre hospitalier pourrait dissimuler.

Cependant, cette liberté professionnelle est fondée sur une crédibilité que l'ergothérapeute doit établir. Pour E1 « c'est aussi l'expertise qu'on donne dans notre expérience qui fait foi et qui permet aux médecins ou aux autres professionnels de comprendre nos manières de faire » (E1). La force du cadre SMR réside dans la dynamique pluridisciplinaire : « le contexte c'est un peu une force de travailler en équipe finalement. » (E2).

Malgré ces avantages, des freins persistent concernant la méconnaissance globale du métier d'ergothérapeute alimentée par des pratiques hétérogènes au sein même de la profession : « la différence entre les kinés et les ergothérapeutes est mal comprise, il y a des ergothérapeutes qui ne pratiquent pas d'ergothérapie, occupation centrée et qui du coup alimentent cette confusion » (E3). Face à ce manque de clarté, l'ergothérapeute doit adopter une posture proactive en affirmant son identité et en démontrant l'intérêt de l'occupation : « il faut essayer de le véhiculer, de le montrer aux gens, montrer aussi aux patients d'emblée ce qu'on fait et pourquoi c'est hyper important d'être dans les occupations dès le début » (E3).

7. DISCUSSION

La partie discussion vise à mettre en parallèle les données recueillies lors des entretiens avec la partie théorique. Cette confrontation sert à confirmer ou réfuter l'hypothèse de recherche en réponse à la question de recherche.

7.1 Confrontation avec la littérature

7.1.1 La complexité de repérer le symptôme apathique

L'apathie est décrite dans la littérature comme une perte de motivation et d'initiative qui se distingue de la dépression (Marin, 1991; Godefroy et al., 2022). Bien que la littérature mette l'accent sur l'utilisation d'échelles standardisées comme l'AES, la LARS ou l'IA (Tay et al., 2021), les données de l'enquête montrent une tout autre réalité. Les ergothérapeutes s'appuient sur une observation clinique. Il est surprenant de constater que E1 emploie le terme « apragmatisme » et la description d'un « visage assez fermé » par E3 montrent que l'apathie est perçue comme une inertie globale.

Cela met en évidence que dans la pratique la frontière entre les troubles cognitifs et l'apathie corroborent les études de Levy et Dubois (2006) concernant les dimensions cognitives de l'apathie. Le patient n'est pas uniquement non motivé ; il est dans l'incapacité de planifier les étapes de l'action. L'ergothérapeute ne traite pas non simplement une « envie » mais restaure le mécanisme de planification perturbé par l'AVC.

7.1.2 La notion de sens et d'engagement

Le concept d'engagement occupationnel défini par Polatajko (2008) se trouve au centre des pratiques observées. Les résultats soulignent l'importance de la Personne (centre du MCREO: spiritualité, affectif, cognitif, physique) pour impliquer un patient apathique, il est nécessaire de toucher à ce qui constitue son identité. **E3** illustre cette approche et utilise une posture de partenariat pour limiter le désinvestissement : « c'est de leur dire que l'accompagnement en ergothérapie, en fait-on est deux, c'est le patient et moi. Et que je ne ferai pas quelque chose qui n'a pas d'intérêt pour lui » (**E3**).

De plus, lorsque l'apathie est trop ancrée et que le patient peine à exprimer ses propres intérêts, les ergothérapeutes s'appuient sur l'environnement social. L'ensemble des participants s'alignent sur le fait que la famille est un pilier indispensable. Comme le précise **E2** « ça peut-être aussi un levier d'utiliser la famille ». La famille devient alors un facteur favorisant et authentique pour faire adhérer le patient.

Néanmoins, une nuance majeure est apportée par les entretiens (**E1**) qui modère cette théorie que l'occupation signifiante n'est pas un « remède miracle immédiat ». Si le patient ne voit pas le lien entre l'activité et sa récupération, l'engagement demeure inactif. Cela concorde avec la pensée de Fisher (2013) sur le fait que l'occupation doit servir à la fois de « fin » et de « cible ». **E2** complète en précisant qu'il faut parfois recourir à des « supports variés » pour garder l'attention. L'engagement du patient apathique n'est donc pas un état constant mais une flamme que doit nourrir l'ergothérapeute à travers l'importance de l'activité sélectionnée.

7.1.3 Complémentarité des approches

L'analyse des entretiens montre que l'opposition théorique entre l'approche Bottom-up et l'approche Top-down n'est pas pertinente dans la prise en soin de l'apathie. **E1**, **E2**, **E3** expliquent partir de mises en situations concrètes et évaluatives pour ensuite travailler certaines fonctions problématiques de manières plus analytiques. Cette complémentarité rejoint les travaux de Brown et Chien (2010) qui soulignent que ses approches peuvent être combinées. Enfin, les ergothérapeutes ne semblent pas opposer les deux termes centraux de ce mémoire : l'activité analytique et l'occupation signifiante au contraire ils cherchent à garder ce lien constant.

7.2 Vérification de l'hypothèse

L'hypothèse principale de ce travail était que : « *En mettant en place une occupation signifiante, la personne devient actrice de sa prise en soin. Elle comprend le sens de l'activité et cela diminue le symptôme apathique.* »

Les résultats obtenus permettent partiellement de confirmer cette hypothèse. Le recours à l'occupation signifiante permet effectivement de « lever l'inertie » et de favoriser l'engagement du patient. En proposant des activités liées à ses intérêts personnelles, le patient apathique parvient à initier une action. La compréhension des objectifs à l'aide d'outils comme la MCRO aide le patient à lui redonner une place en tant qu'acteur.

En revanche, les résultats nuancent l'idée que l'occupation « diminue » le symptôme apathique. Etant le résultat de lésions neurologiques, l'apathie demeure une réalité clinique. Les ergothérapeutes interrogés mettent en évidence que l'occupation ne guérit pas l'apathie mais offre une stratégie pour la surmonter. L'étude démontre que la mise en sens ne suffit pas, elle doit être associée à : l'environnement, et la complémentarité des approches. Le patient n'adhère pas seulement parce que l'activité est signifiante mais aussi parce que l'ergothérapeute a su donner du sens à l'effort.

7.3 Limites et biais de la recherche

7.3.1 Limites

Ce travail d'initiation à la recherche comprend un certain nombre de limites qui doivent être pris en compte lors de l'analyse des résultats.

La principale limite est la dimension de l'échantillon. En ayant trois entretiens, les résultats ne peuvent prétendre à une généralisation pour l'ensemble des services SMR en France. En outre, la recherche s'est concentrée sur la perspective des professionnels et le manque de données directement auprès des patients apathiques restreint la compréhension de leur expérience personnelle.

Enfin, le champ des profils de patients mentionnées par les ergothérapeutes constitue également une limite. L'apathie, les troubles cognitifs associés et les contextes institutionnels variaient

selon les situations décrites. Cette hétérogénéité complique la comparaison des pratiques professionnelles.

7.3.2 Biais

Les résultats obtenus ont également pu être influencés par plusieurs biais.

Les participants qui ont répondu volontairement à mon mail sont fréquemment des professionnels souvent engagés dans une réflexion théoriques. Ceci peut engendrer un décalage avec la pratique standard.

En tant qu'étudiante en formation, mon expérience vécues lors de mon stage en SMR m'a sûrement incitée à axer mes recherches pour prouver l'efficacité de l'occupation significative plutôt que d'analyser les potentiels échecs à l'utilisation de celle-ci.

8. CONCLUSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche a permis d'explorer la place de l'occupation significative l'activité analytique face à l'accompagnement des patients apathiques à la suite d'un AVC en service de soins médicaux et de réadaptation.

Il avait donc pour but de répondre à la question suivante : **En quoi l'ergothérapeute par la mise en sens des activités analytiques et des occupations significatives favorise-t-il l'engagement occupationnel des patients apathiques à la suite d'un AVC en SMR ?**

Ce travail ainsi qu'avec la littérature et les entretiens affirme que la mise en lien des activités analytiques et les occupations significatives en ergothérapie sont indispensables pour engager le patient activement dans son processus de rééducation. L'attribut « significatif » est un facteur favorisant l'investissement du patient. Cette démarche s'inscrit dans une pratique ergothérapique centrée sur l'occupation tout en conservant l'aspect analytique.

Enfin, l'ergothérapeute s'adapte au patient apathique tout au long de sa rééducation en ayant une aide précieuse de son équipe. Cela met en évidence l'importance du rôle de l'ergothérapeute au sein du parcours de patient.

9. APPORTS ET OUVERTURE

9.1 APPORTS

La réalisation de ce mémoire a permis d'enrichir et de faire évoluer ma posture de futur ergothérapeute. Il m'a aidé à approfondir ma compréhension de la notion d'apathie post-AVC et ses impacts sur l'engagement du patient. J'ai compris que l'approche centrée sur l'occupation ne néglige pas l'analytique, mais s'en sert pour lui en attribuer le sens.

L'un des apports majeurs de ce travail est que l'intervention en ergothérapie doit être « perméable ». Elle doit s'ajuster et personnaliser en fonction des circonstances clinique et du patient. Tout ceci est possible que si l'on place le patient au cœur de sa pratique en agissant avec lui et non sans lui.

Enfin, ce travail a consolidé mon identité professionnelle en soulignant la particularité de l'ergothérapie. Il m'a aussi fait prendre conscience de l'importance d'affirmer notre expertise.

9.2 OUVERTURE

Au-delà de la prise en soin de l'apathie, ce travail de recherche invite à une réflexion sur les approches utilisées en ergothérapie. Il serait pertinent d'explorer la réelle plus-value de l'approche centrée sur l'occupation dans les services de rééducation et de réadaptation qui est fortement marqué par le modèle biomédical. Ainsi dans ses recherches futures comprendre la spécificité de l'ergothérapie et de consolider la légitimité de notre expertise.

10. BIBLIOGRAPHIE

- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2026). *Accompagnement en hôpital de jour de rééducation/ réadaptation*.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2019). *Sciences de l'occupation : de la théorie à la pratique*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Sept2019_43_1.pdf
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, Journal officiel de la République française n°0156 du 8 juillet 2010. *Légifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Article R6123-118. (2022, 1er juin) Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044965151
- Blanchet, A., Gotman, A. (2015). *L'Entretien*. Collection 128. Collin 2e Edition
- Braun, V., Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*. <https://fr.scribd.com/document/922184591/Braun-et-Clarke-2006-Utiliser-l-analyse-thematique-en-psychologie>
- Benoit, M., Andrieu, S., Lechowski, L., Gilette-Guyonnet, S., Robert P. H., Touchon, J. (2005). *Inventaire Apathie : évaluation de l'apathie chez les sujets présentant une maladie d'Alzheimer ou un trouble cognitif léger*. L'Année Gériatologique. https://www.researchgate.net/profile/Michel-Benoit-2/publication/233425031_Inventaire_Apathie_evaluation_de_l'apathie_chez_les_sujets_presentant_une_maladie_d'Alzheimer_ou_un_trouble_cognitif_leger/links/0912f50a8e0404b239000000/Inventaire-Apathie-evaluation-de-lapathie-chez-les-sujets-presentant-une-maladie-dAlzheimer-ou-un-trouble-cognitif-leger.pdf
- Criquillon-Ruiz, J., Soum-Pouyalet, F., & Tétreault, S. (2023). *L'évaluation en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Charret, L., Thiébaud Samson, S. (2017). *Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie*. *Contraste*, 45(1).17-36.
- Décret n°2012-305, 5 mars 2012. *Relatif aux recherches impliquant la personne humaine*. Journal Officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025441587>

- Fisher, A.G. (2013). *Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different ?* Scandinavian Journal of Occupational Therapy. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Godefroy, O., Roussel, M., (2022). *Apathie post-AVC : rôle majeur des troubles cognitifs, de la dépression et des déficits neurologiques comparés aux localisations lésionnelles en analyses mVLSM*. DOI: 10.1016/j.neurol.2022.02.310
- Gleyze, P., Georges, T., Flurin, P.-H., Laprelle, E., Katz, D., Clavert, P., Charousset, C., Lévine, C. (2011). *Analyse critique et comparative des exercices de rééducation et d'autorééducation dans le traitement des raideurs de l'épaule : étude prospective multicen-trique de 148 cas*. Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie. <https://doi.org/10.1016/j.rcot.2011.09.090>
- Haute Autorité de Santé. (2012). *Accident vasculaire cérébral : méthode de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Apathie : Fiche de synthèse*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/apathie_fiche_de_synthese_2014-10-07_16-36-45_104.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Note de problématique : SSR et AVC*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app_260_note_de_problematique_ssr_avc_cd_2019_05_22_vfinale.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2022). *Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte: pertinence, indications et modalités*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites
- Haute Autorité de Santé. (2025). *AVC-Guide de parcours de santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3445524/fr/parcours-de-sante-accident-vasculaire-cerebral-de-l-adulte#voirAussi
- Haute Autorité de Santé. (2025). *Fiche pédagogique 6e cycle : SMR*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202509/dir12/fiche_pedagogique_6e_cycle_smr.pdf
- Institut du cerveau. (2026). *Apathie*. <https://institutducerveau.org/lexique/apathie>

- Inserm. (2017). *Accident vasculaire cérébral*. <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy* (4th ed.). Philadelphia : Davis
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J. et Pollock, N. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel* (5e éd.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Levy R, Dubois B. (2006). *Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits*.<https://doi.org/10.1093/cercor/bhj043>
- Loi n°2025-1403 du 30 décembre 2025 portant sur le financement de la sécurité sociale pour 2026, (2025). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000053283082
- Marin, RS. (1991). *Apathy: a neuropsychiatric syndrome*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. <https://doi.org/10.1176/jnp.3.3.243>
- Maida, D., Takeuchi, N., Motoyama, M. (2022). *L'impact de la mise en place d'“activités signifiantes” sur la motivation et les troubles du comportement chez les patients présentant une apathie post-AVC*. Japanese Occupational Therapy Research, 41(2), 239-246. https://doi.org/10.32178/jotr.41.2_239
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles: De Boeck-ANFE-Solal.
- Ministère de la Santé et des Sports. (2010). *Liste des actions du « Plan d'actions national AVC 2010-2014 » et leur niveau de pilotage* [Fichier PDF]. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/liste_des_actions_du_plan_AVC.pdf
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (s. d.) *Ergothérapeute. Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux*. Paris: De Boeck Supérieur.
- Organisation mondiale de la santé. (2025, 19 décembre). *Accident vasculaire cérébral*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/stroke>
- Pierce, D. (2014). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Traduction de l'américain dirigée par M. Morel-Bracq. De Boeck Supérieur.

- Polatajko, H.J., Townsend, E.A., & Craik, J. (2008). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Ruiz-Franco, M. L., Amaya-Pascasio, L., Gil-Rodriguez, M., Arjona-Padillo, A., Garcia-Pinteno, J., Rodriguez-Sanchez, A. J., Sanchez-Khun, A., Flores, P., Martinez-Sanchez, P. (2025) *Treatment of apathy in stroke patients; A systematic review*. *Journal of Clinical Medicine*. doi: [10.3389/fneur.2025.1702325](https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1702325)
- Santé Publique France. (2025). *Accident vasculaire cérébral (AVC): La maladie*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/la-maladie/#tabs>
- Skidmore, E. R., Whyte, E. M., Butters, M. A., Terhost, L., Reynolds, C. F. (2015). *Strategy Training during inpatient rehabilitation may prevent apathy symptoms after acute stroke*. *PM&R*, 7(6), 562-570. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.12.010>
- Tay, J., Morris, R. G., Markus, H. S. (2021). *Apathy after stroke: Diagnosis, mechanisms, consequences, and treatment*, *International Journal of Stroke*. <https://doi.org/10.1177/1747493021990906>
- Tétreault, S. et Guillez, P. (dir.) (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01>
- Verrienti, G., Raccagni, C., Lombardozzi, G., De Bartolo, D., Iosa, M. (2023). *Motivation as a Measurable Outcome in Stroke Rehabilitation: A Systematic Review of the Literature*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4187. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054187>
- Yerxa, E., Clark, E, Frank, G., Jackson, J., Parham, D., Pierce, D, ..Zemke, R. (1989). *An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century*. Occupational Therapy in Health Care

11. ANNEXES

11.1 Annexe I : Formulaire de consentement



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en
Ergothérapie

Institut de Formation en Ergothérapie - 52, rue Vitruve – 75020 PARIS

Tél : 01 43 67 15 70 – Courriel : adere@adere-paris.fr

Projet d'initiation à la recherche

Formulaire de recueil de consentement

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement concernant votre participation et la collecte des données vous concernant, dans le cadre du projet d'initiation à la recherche intitulé : *L'Engagement occupationnel chez le patient apathique post-AVC : de l'activité analytique et l'occupation significative*, mené par VULCAIN CLARICO Léane, étudiante à l'institut de formation en ergothérapie de l'ADERE, situé au 52 rue de Vitruve, 75020 Paris, et dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussigné(e).....

Cocher une ou plusieurs cases

- ☐ Accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- ☐ Autorise l'étudiant à enregistrer des audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse des réponses.
- ☐ Autorise l'étudiant à prendre des photographies et/ou filmer et exploiter les photographies et les vidéos enregistrés de mon image et de mes propos uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, pour en faciliter la transcription et l'analyse.

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié du temps de réflexion nécessaire pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans aucune conséquence pour moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude, et demander la destruction des supports de fixation d'images et de sons, quelles que soient mes raisons, sans devoir me justifier, ni supporter aucune conséquence, en contactant l'étudiante : leanevulcainclarico@gmail.com

L'étudiante menant cette étude dans le cadre de son mémoire de fin d'étude s'engage à :

- Garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant unique et non nominatif aux données recueillies me concernant,
- Stocker de manière sécurisée les données recueillies,
- Conserver les données recueillies seulement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'issue de la soutenance de son mémoire,
- Utiliser et diffuser les informations recueillies uniquement dans le cadre de son travail d'étude,
- Détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de sa soutenance de mémoire.

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors de ce cadre est interdite.

Le présent formulaire est délivré en deux exemplaires

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à, le

Signature du participant

Signature de l'étudiante



11.2 Annexe II : Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Léane VULCAIN CLARICO, étudiante en troisième année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, ce travail explore l'impact de l'approche centrée sur l'occupation et l'engagement occupationnel des patients apathiques post-AVC. Cet entretien sera enregistré et les données recueillies seront anonymisées selon le règlement général sur la protection des données afin de les analyser.

Introduction :

1. Depuis quand êtes-vous diplômé ? Pouvez-vous me parler rapidement de votre parcours en tant qu'ergothérapeute plus spécifiquement en soins médicaux et de réadaptation neurologique ?
2. Pouvez-vous me décrire votre expérience en rééducation neurologique/ soins médicaux et de réadaptation ?

L'apathie post-AVC en SMR :

- Comment décririez-vous l'apathie chez les patients post AVC pris en charge en soins médicaux et de réadaptation ?
- Quels signes vous permettent d'identifier une apathie lors d'une séance ?
- Quelle est votre expérience auprès des patients apathiques post AVC ?
- Quel effet cette apathie a-t-elle sur le déroulement de vos séances en ergothérapie ?
- Avez-vous remarqué des situations où l'apathie a particulièrement freiné l'engagement en séance ou dans le projet ?

L'occupation signifiante :

- Comment définiriez-vous une occupation signifiante ?
- Comment déterminerez-vous ce qui a du sens pour un patient apathique ?
- Avez-vous déjà remarqué une différence dans l'engagement d'un même patient lorsqu'il participe à une activité dite "analytique" par rapport à une activité basée sur "l'occupation" ? Pouvez-vous me donner des exemples.
- Dans quelle mesure pensez-vous qu'une occupation signifiante influence l'initiative du patient ?

Explicitation du lien :

- Comment expliquez-vous au patient le lien entre l'activité et ses objectifs ?
- Quels moyens utilisez-vous pour expliquer cela ? (Type de formulations, images, supports, exemples...)
- Quelles stratégies mettez-vous en œuvre lorsque le patient ne semble pas comprendre le but de votre intervention ?

L'engagement occupationnel :

- Quels indicateurs vous permettent de dire qu'un patient apathique commence à s'engager dans l'occupation ?

- Comment parvenez-vous à maintenir cet engagement lorsque le patient rencontre une difficulté ?
- Pouvez-vous décrire un exemple où l'engagement a évolué grâce à votre travail d'explicitation ?

Approche centrée sur l'occupation :

- Comment définiriez-vous l'approche centrée sur l'occupation dans votre pratique ?
- Comment cette approche vous aide-t-elle face à l'apathie ?
- Le cadre SMR vous permet-il une approche centrée sur l'occupation pour ces patients ?
- Comment cette approche est perçue par l'équipe pluridisciplinaire ?
- Utilisez-vous un modèle conceptuel ou un outil similaire pour coconstruire les objectifs avec le patient ? Si, oui lequel et pourquoi ?

Conclusion :

- Auriez-vous des commentaires ou des informations complémentaires que vous n'auriez pas abordés lors de l'entretien ?
- Selon vous, quels éléments essentiels favorisent l'engagement des patients apathiques ?

11.3 Annexe III : Retranscription des entretiens

L : Déjà la première question c'est depuis quand vous vous êtes diplômée ?

E2 : Depuis 2015/14.

L : Et est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours en tant qu'ergothérapeute ?

E2 : J'ai commencé à travailler en service de gériatrie aiguë ici à l'hôpital pendant deux ans et demi, trois ans et depuis je suis ici depuis janvier 2018. Et donc il y a plusieurs services, enfin il y a plusieurs salles d'ergothérapie et il y a aussi l'HDJ. Et un gros pôle gériatrique et le premier étage c'est un SMR polyvalent.

L : Et ensuite est-ce que vous pouvez me décrire un peu votre expérience en rééducation neuro?

E2 : Ici on accueille, je dirais 80 % des patients qui ont fait un AVC et après il y a quelques autres pathologies comme le syndrome de Guillain Barré et des tumeurs cérébrales qui ont été opérées. Globalement c'est ça et de temps en temps quelques trucs uro parce qu'on a un pôle uro, nos médecins certains sont spécialisés en urodynamique ou autre. Et du coup il peut y avoir des patients qui ont eu des procédures qui sont hospitalisées ici, mais du coup ils ne font pas forcément autant d'ergo que d'autres. Ils n'ont pas les mêmes besoins en rééducation. Et même chose, on a de temps en temps des scléroses en plaques mais c'est la même chose c'est un peu exceptionnel. C'est peut-être une dizaine de patients toute l'année.

L : Après donc là c'est au niveau de l'apathie, comment décririez-vous l'apathie chez les patients que vous rencontrez et c'est quoi leur prise en charge en SMR ?

E2 : Bah déjà on voit dans les activités de la vie quotidienne quand ils initient pas beaucoup quand ils ont besoin d'être beaucoup stimulés. Alors il y a quand même beaucoup de troubles cognitifs en lien avec l'AVC donc c'est aussi un peu difficile de pouvoir. Différencier est-ce que c'est juste un, enfin est-ce que c'est plutôt un syndrome des exécutifs ? Est-ce que c'est plutôt de l'apathie ? Est-ce que c'est enfin il y a souvent plusieurs choses les patients ils sont pas juste apathiques ou très très rarement. Donc c'est un peu difficile de dire ah bah cette personne elle est juste apathique, mais du coup quand nous on les voit, on essaye de les stimuler le plus possible. Et après c'est aussi un petit peu au cours des séances, en fait on ajuste je pense les prises en soins et on essaye de trouver des portes d'entrée sur des choses qui leur semblent intéressantes. Des fois c'est pas évident trouver des leviers pour faire des répétitions. Parfois lié aussi à la dépression très souvent. Et qui est assez classique chez des patients qui sont post-AVC.

L : Et du coup, quel effet ça a sur vos séances ?

E2 : C'est des patients, ça arrive parfois qu'on laisse un peu les patients en autonomie qu'on a l'exercice et les patients se débrouille un peu. Là, c'est des patients à qui on doit vraiment être à côté, guider au maximum essayer d'aller chercher la motivation du patient. De l'encourager de soutenir ça nous demande un investissement plus important de notre part. Pour réussir à l'accrocher un petit peu contre nous. Le stimuler le plus possible, et après on peut aussi des fois faire appel aux membres de la famille pour avoir un peu d'informations. Si par exemple ils ont des troubles de la communication pour essayer de connaître quels sont leurs centres d'intérêt pour justement aussi les capter et essayer de les faire adhérer autour de la rééducation. C'est pas forcément très souvent le cas. Mais ça peut-être aussi un levier d'utiliser la famille. Enfin, d'utiliser plutôt mobiliser.

L : Et est-ce que vous avez remarqué dans des situations où par exemple l'apathie, elle a vraiment freiné l'engagement du patient dans une activité proposée ?

E2 : J'ai un très bon exemple. En gros, c'est une dame qui est là depuis un certain temps et qui a toujours été quand même assez apathique en tout cas en manque d'initiative. Et donc en fait il

faut toujours être vraiment à côté stimuler tout le temps parce que très vite la personne va se désengager de l'exercice, même si ça l'intéresse par exemple typiquement on avait trouvé un petit truc, c'est de l'auto rééducation avec des jeux vidéo au deuxième étage et ça elle l'aime bien. Et donc aussi je savais que par exemple la musique pour elle c'est un vecteur de stimulation d'intérêt et autre donc à chaque fois ça m'est arrivé de faire plusieurs fois des séances avec elle. Avec du coup cette technique d'auto rééducation de jeux vidéo, plus une petite playlist de musique pour la stimuler. Mais en fait au bout d'un moment elle s'endormait ou elle fatiguait ou elle ralentissait et elle se désintéressait de l'occupation alors que c'est quelque chose qu'elle apprécie et qu'elle me demande. En fait du coup bah après c'est changer d'exercice, malheureusement pour cette dame là ça n'a jamais vraiment progressé et nous c'était vraiment essayer de restimuler, relancer donner des petits objectifs à court terme. Ah bah on va essayer de battre le précédent record, des petites choses comme ça certains jours elle adhérerait à d'autres non. Et puis sinon il y avait par exemple le coloriage où vraiment c'était plus ça de l'occupationnel. Il n'y avait pas vraiment de but rééducatif, mais en tout cas c'était quelque chose qui arrivait à la stimuler sur des petites périodes de temps sur une séance. Je ne sais pas si ça répond à ta question.

L : Oui, ça répond à ma question.

E2 : Après je pense qu'on a quand même pas beaucoup de patients, en tout cas à ce point-là qui sont apathiques. Et c'est pareil par exemple en début d'hospitalisation qu'en plus ils sortent un peu de l'état, c'était un peu instable quand ils sortent de réanimation ou quoi. Que ce soit un peu plus dur de les mettre en mouvement, mais ça va évoluer quand même. C'est rare de rester vraiment bloqué et qu'on arrive vraiment pas à faire grand-chose pour les sortir de l'apathie. C'est surtout dans le moment de transition quand ils arrivent chez nous, c'est plus dur ou en fin d'hospitalisation et qu'ils se rendent compte qu'ils ont encore un déficit qu'ils ont pas récupéré. Et qui là aussi peuvent se désengager un petit peu. Et puis ça dépend aussi de leur état psychologique. Il y en a certains qui ont des dépressions chroniques, en fait de toute façon il y avait déjà cette dépression avant l'AVC et donc forcément ça va impacter très fortement la rééducation et aussi une certaine partie de la rééducation. Ça va réveiller ou en tout cas ça va amplifier la dépression déjà présente et donc on va se retrouver un peu coincé. Après il y a toujours des petits moyens d'accès là je pense à deux dames en particulier. Et on a quand même

des petites choses, des petits points d'accès, et puis le fonctionnel en fait vraiment en parler c'est trop compliqué quand on part sur du fonctionnement.

L : Et comment vous expliquez justement quand enfin par rapport aux activités par exemple un peu analytiques, bah comment vous expliquez le fait de se rattacher aux occupations du patient ?

E2 : Pour essayer de le motiver un petit peu c'est ça ?

L : Oui c'est ça pour rattacher au fait que c'est pour l'occupation qui a du sens pour lui.

E2 : Par des mises en situation dire si en fait on travaille tel mouvement en analytique après pour pouvoir mettre votre T-shirt et du coup pouvoir tendre le coude pour après bien réussir mettre votre manche dans le T-shirt ou dans le pull. Puis après même par exemple on peut faire de l'analytique mais rajouter des petites histoires sur l'analytique pour justement expliquer un peu indirectement par exemple. Ah voilà on va travailler le main bouche qu'est-ce que vous avez envie de manger une glace bon bah on va travailler la prise globale, on va prendre un cône jusqu'à la bouche, on mange une glace tout aussi en stimulant l'imaginaire pour justement pour ajouter du sens dans l'analytique. Tu vois il n'y a pas juste l'exercice, on ne lâche pas comme ça vous allez faire 50 fois ce mouvement-là.

L : Comment définiriez-vous l'occupation signifiante ?

E2 : Bah une occupation qui a un sens profond pour la personne qui est importante pour elle. Et dans lequel elle s'investit et qu'elle veut potentiellement en tout cas on imagine suite un AVC récupéré en tout cas faire ce qui a du sens.

L : Par rapport à l'engagement du patient, comment arrivez-vous à maintenir le patient dans l'activité ?

E2 : Moi j'arrive en fait à donner des objectifs concrets et j'avais vraiment mis en place un tableau que j'ai un peu abandonné. Mais de dire vous devez réussir à mettre le frein tout seul avec la main plégique. Et je faisais un tableau par semaine et du coup il fallait qu'ils mettent une petite croix dès qu'il faisait le mouvement tout seul. Et du coup te dire bah voilà maintenant ça vous permet d'y penser, vous avez vu la semaine dernière vous y arrivez pas ou une fois sur deux, vous avez réussi beaucoup plus de fois. Et essayer d'avoir un peu des moyens en fait des objectifs. Et de montrer au patient par feedback qu'il va récupérer. Et du coup ça motive souvent le patient. C'est ça et aussi avoir comme point de comparaison la semaine d'avant ou le début de la rééducation. Voilà et avec les billets blancs, en fait c'est ultra concret en fait au début de votre rééducation, vous ne faisiez pas tel tel mouvement. Actuellement, vous arrivez à faire tel mouvement, vous avez telle contracture musculaire, un peu factuelle pour vraiment essayer de motiver la personne, mais du coup c'est vraiment sur de l'analytique après sur du fonctionnel, ils s'en rendent assez vite compte aussi parce que ils sont seuls en chambre alors il y a les soignants qui sont là et qui passent, mais du coup ils s'en rendent bien compte aussi. C'est important aussi de leur rappeler de verbaliser qu'ils mettent des mots aussi sur les progrès. En fait, ça fonctionne bien avec les patients qui récupèrent, mais ce qui est difficile c'est quand le patient ne récupère pas. Et là pour le coup parfois on se sent un peu bloqué en effectivement votre état est stable depuis un mois. Je sais pas vous dire jusqu'où ça va récupérer la c'est stable pour l'instant, c'est un plateau du coup de travailler plus dans du fonctionnel pur à ce moment-là pour essayer d'avoir quand même une récupération fonctionnelle. Et puis après les moyens de compensation du coup par exemple une personne droitrière commençait l'apprentissage de l'écriture à gauche des choses vraiment fonctionnelles et aussi importantes et signifiantes pour la personne pour pouvoir écrire c'est important. Et ce que je fais parfois ça m'arrive de filmer des patients, enfin au niveau des moteurs. Quand ils font une activité et enfin quand une activité en analytique plutôt pour après leur montrer en fait la vidéo et souvent les personnes ne se rendent pas compte qu'ils sont capables de faire autant de choses. Et en fait le fait de se voir, ils disent ah mais je bouge même pas trop mal la main donc en fait ça peut-être aussi un levier pour les motiver.

L : Comment vous définirez l'approche centrée sur l'occupation ?

E2 : Bah c'est une approche centrée sur les activités significantes de la personne globalement. Après voilà, en début de prise en soin, à chaque fois, quand les personnes ne sont pas mutiques ou aphasique, on essaye de voir avec eux quels sont leurs centres d'intérêts, leurs loisirs, leur quotidien et on essaye aussi un petit peu de l'appliquer à notre rééducation.

L : Et par rapport au contexte institutionnel le SMR, est-ce que vous pouvez quand même appliquer cette approche un peu centrée sur l'occupation où il y a un peu des freins ?

E2 : Clairement y a des freins. Pour moi le plus flagrant, c'est vraiment sur la toilette en fait toilette et habillage où on essaye de dire au patient on va essayer de faire tout seul et ils nous disent à chaque fois ah bah l'aide-soignante a fait ma place parce qu'ils sont pressés quoi. En même temps, on connaît très bien ce contexte et on sait que c'est clé. Mais du coup souvent ils nous disent que le week-end ils ont plus de temps et qu'ils le font souvent le week-end. Même pour les plateaux aussi pour les repas que les soignants ouvrent tout.

L : Et comment elle est perçue cette approche par les autres équipes justement ?

E2 : Franchement on a quand même une bonne équipe soignante, quelques très bons éléments et qui du coup vont nous soutenir et réussir à laisser un peu faire des patients. Et lors des staffs, en fait c'est intéressant parce que justement chacun s'exprime sur les capacités du patient. Et ça arrive souvent que les soignants disent ah bah le patient Il ne fait rien du tout, il veut qu'on fasse pour lui et on dit bah s'il est vraiment capable de le faire et parfois si le patient joue un petit peu de comme on n'est pas là me dire voilà c'est pas mettre un peu les choses au clair sur ses capacités, ce qu'il est capable de faire et qu'il puisse continuer à le faire. Et après, il y a aussi le fait qu'on ait une psychologue dans l'équipe et donc les patients apathiques, si vraiment on sent que nous on coince on propose aussi de voir un psychologue encore faut-il que le patient accepte. Mais ça peut aussi aider à ce qu'il y ait un espace pour pouvoir dire ce qui ne va pas. Et parfois remonter un petit peu le moral. Le contexte c'est un peu une force de travailler en

équipe finalement. En plus comme on a chacun un peu des personnalités différentes, même entre kiné/ergo en fonction de qui prend quel patient mais c'est des approches différentes qui peuvent plus ou moins motiver le patient. Certains traits en douceur, d'autres plus speed, mais qui peuvent aussi parfois débloquer un peu le patient.

L : Et est-ce que vous utilisez un modèle un modèle conceptuel ?

E2 : Moi j'arrive un peu plus avec le MOH le modèle d'occupation humaine. Avec la famille du patient, son entourage, ses facteurs personnels. Ouais après on ne va pas le remplir à chaque fois.

L : Et est-ce que le fait de par exemple d'avoir d'autres patients dans la salle par rapport au patient apathique par exemple est-ce qu'il y a comme un sentiment de motivation le fait qu'il voit d'autres personnes ?

E2 : Alors un peu au double ceux qui sont parfois assez autonomes et qui voient du coup des personnes très handicapées. Ça peut-être aussi totalement déprimant, encore plus. On a eu quelques patients jeunes 20/25 ans c'est compliqué de voir les gens autour. Mais effectivement ça peut-être aussi motivant en disant bah tiens je vois qu'il récupère, il bosse aussi, je ne suis pas seule à bosser. Ça peut être un facteur s'ils arrivent à discuter un petit peu et à créer du lien. Parfois les patients sont tous côte à côte en train de travailler et chacun dans son monde. Donc ça dépend et nous on essaie de créer un peu du lien.

L : Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?

E2 : Non pas forcément.

L : Merci de m'avoir accordé du temps pour cet entretien.