



HAL
open science

L'ergothérapeute et le transfert d'acquis dans les activités de la vie quotidienne du patient victime d'un accident vasculaire cérébral

Laura Burgalières-Rossi

► **To cite this version:**

Laura Burgalières-Rossi. L'ergothérapeute et le transfert d'acquis dans les activités de la vie quotidienne du patient victime d'un accident vasculaire cérébral. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01646100

HAL Id: dumas-01646100

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01646100>

Submitted on 28 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Institut de formation
d'ergothérapie d'Aix-Marseille
Faculté d'Aix-Marseille

Laura
BURGALIERES- ROSSI

UE 6.5S6 : Mémoire
d'initiation à la recherche.
Le 17 Mai 2017

**« L'ergothérapeute et le transfert d'acquis dans les
activités de la vie quotidienne du patient victime d'un
accident vasculaire cérébral" .**

Sous la direction de PRADIE Magali
Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Je tiens sincèrement à remercier :

Mr Lavernhe David mon référent méthodologique qui m'a encadrée tout au long de ce travail , pour sa grande disponibilité et ses nombreux conseils.

Mme Pradie Magali ma directrice de mémoire, pour sa grande patience, sa disponibilité et ses forts encouragements durant tout ces mois de travail.

L'ensemble des formateurs de l' IFE pour leur partage de connaissances et d'expériences durant ces trois années.

Les ergothérapeutes qui ont bien voulu me partager leurs expériences et répondre à mes questions lors des entretiens.

Enfin, merci à ma famille, mes proches et amis pour leur soutien et encouragements qu'ils m'ont apporté jusqu'ici.

Sommaire

1. Introduction.....	1
1.1 Contexte et thème général.....	1
1.2 Utilité sociale, intérêts et enjeux pour la pratique professionnelle.....	2
1.3 Question de départ relevant de la pratique professionnelle.....	3
1.4 L'accident vasculaire cérébral (AVC).....	4
1.4.1 Définition.....	4
1.4.2 Anatomie et physiopathologie de l' AVC.....	4
1.4.3 Déficits et répercussions dans le quotidien de la personne.....	5
1.5 Le parcours de soin en ergothérapie de la personne post- AVC.....	7
1.5.1 L'ergothérapeute et l'adulte victime d'un accident vasculaire cérébral.....	7
1.5.2 Orientation de la personne victime d'un AVC.....	10
1.6 L'environnement.....	12
1.6.1 La salle de rééducation.....	13
1.6.2 L'environnement du patient.....	13
1.6.3 Le transfert des acquis de la salle de rééducation à l'environnement du patient.....	14
1.7 Pré-enquête.....	14
1.8 Questionnement.....	16
1.9 Cadre conceptuel.....	17
1.9.1 Définition d'un appartement thérapeutique en rééducation.....	17
1.9.2 Les activités de la vie quotidienne (AVQ).....	17
1.9.3 Le modèle de l'occupation humaine (MOH).....	20
1.9.4 Autonomie et indépendance d'après le livre de Sylvie Meyer.....	23
2. Matériel et méthode.....	27
2.1 Choix de la méthode et de l'outil.....	27
2.2 Choix de la population.....	29
2.3 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données.....	30
2.4 Déroulement de l'enquête.....	30
2.5 Choix des outils et traitement des données.....	31
3. Résultats.....	34
3.1 Présentation des données.....	34
3.2 Analyse des données.....	39
3.2.1 Présentation de l'échantillon.....	40
3.2.2 L'occupation au sein de l'appartement thérapeutique.....	40
3.2.3 Les interactions personne/environnement.....	43
3.2.4 La place de l'outil dans la pratique de l'ergothérapeute.....	46
4. Discussion des données.....	52
4.1 Interprétation des résultats.....	52
4.2 Réponse à l'objet de recherche.....	55
4.3 Discussion autour des résultats et critique du dispositif de recherche.....	57
4.3.1 Discussion des résultats.....	57
4.3.2 Critiques du dispositif de recherche.....	57
4.4 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche.....	59

Bibliographie

Annexes

1. Introduction

1.1 Contexte et thème général.

Depuis le collège, les métiers de la rééducation et de la réadaptation m'ont attiré. Dès lors, j'ai donc suivi une filière scientifique pour m'orienter vers ce domaine.

J'ai découvert plus particulièrement l'ergothérapie lors d'une rencontre avec une ergothérapeute travaillant dans un centre de soins de suite et de réadaptation. Échanger avec cette professionnelle m'a permis de mieux comprendre ce qu'était ce métier, très peu représenté dans ma région : Selon le rapport de la DREES du ministère de la santé, au 1er janvier 2016, la région Corse compte 30 ergothérapeutes. J'ai alors orienté mon choix de formation vers l'ergothérapie pour développer ce métier dans ma région.

Je me suis particulièrement intéressée suite aux cours théoriques suivis lors de ma formation ainsi qu'à mes différents stages, à la rééducation des individus victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

A travers mes stages professionnels, j'ai rencontré plusieurs patients affectés par cette pathologie. C'est la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) (1). A la suite des échanges effectués avec des patients hospitalisés d'hôpital de jour, j'ai remarqué que la plupart rencontraient des difficultés. Ils n'arrivaient pas à reproduire ce qu'ils avaient vu en rééducation dans leurs activités quotidiennes. Ils avaient du mal à s'adapter à leur propre environnement. En effet, lors d'une visite à domicile pour aménagement du logement, un patient évoquait ne plus savoir « comment s'y prendre ».

La recherche de l'autonomie et de l'indépendance dans l'environnement est la notion clef en ergothérapie. Mon échange avec l'ergothérapeute référent du stage, m'a fait découvrir la notion du transfert d'acquis.

Cela m'a emmené à me questionner autour du transfert des acquis entre les activités analytiques effectuées en salle de rééducation et les activités de la vie quotidienne dans l'environnement du patient. Est-ce que les ergothérapeutes remarquent cette difficulté du transfert des acquis ? Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser ce transfert d'acquis ? Quels obstacles rencontrent les patients lors du retour à domicile ? Quelles solutions existent-ils ?

C'est dans ce contexte que le thème de mon mémoire apparaît :

«L'ergothérapeute et le transfert d'acquis dans les activités de la vie quotidienne du patient victime d'un accident vasculaire cérébral».

1.2 Utilité sociale, intérêts et enjeux pour la pratique professionnelle.

L'accident vasculaire cérébral est un réel problème de santé publique. Il est une cause importante de mortalité et d' handicap avec des retombés économiques importantes.

Selon la Haute Autorité de Santé (2), elle est la troisième cause de mortalité (environ 10% des décès) en France et la deuxième cause dans le monde. Ce qui est intéressant à développer sont les données épidémiologiques sur le handicap. En France, on dénombre 13000 AVC chaque année (1), avec 30% des patients hospitalisés en soins de suite ou de réadaptation (SSR).

L'AVC est la première cause d' handicap en France et dans le monde. Par la moyenne des scores de dépendance physique des patients post- AVC nous pouvons noter qu'ils sont considérés comme des malades « lourds ». En SSR, 54,5% des patients post- AVC sont dits très dépendants à leur arrivée et 43,2% le reste en fin de séjour. **73% des personnes hospitalisées en SSR retournent à leur domicile.**

De plus, la prise en charge des patients post- AVC est un réel problème économique.

D'abord c'est une pathologie qui touche une population active dans 25% des cas (moins de 65ans). Une dépense moyenne annuelle de 8,3 milliards d'euros est dédiée au secteur sanitaire et médico-social confondus. Ensuite, l' AVC représente 4,5% des journées de SSR avec une durée de séjour supérieur à 90 jours pour 22,6% des patients, et supérieur à 180 jours pour 4.8%. En terme de handicap, 30000 patients présentent des séquelles lourdes à 1 an et plus de 225000 personnes sont classées de façon permanente en affection de longue durée « accident vasculaire cérébral invalidant » par le régime général de l'Assurance maladie.

Nous notons qu'à la fin du séjour en SSR : plus de la moitié des patients ont toujours besoin d'une assistance au déplacement, plus de 60% d'une aide à l'habillage, 35% d'une aide à l'alimentation, et une étude (3) a montré que 30% présentent des symptômes dépressifs entraînant une diminution de leur qualité de vie.

Ces données sur l' AVC nous montrent les répercussions importantes de cette maladie tant sur

l'aspect économique, social et familial.

Les patients victimes d'un AVC sont entourés de plusieurs professionnels dans leurs parcours de soins dont l'ergothérapeute. Ce professionnel, a pour fonction d'améliorer principalement la qualité de vie, il a un rôle clef dans la prise en soins des patients.

1.3 Question de départ relevant de la pratique professionnelle.

L'accident vasculaire cérébral est un thème que j'ai pu découvrir lors des cours de première année en ergothérapie mais aussi par des échanges avec différents ergothérapeutes.

L'attrait pour les personnes cérébro- lésées s'est vérifié pendant de mes différents stages où j'ai eu l'opportunité de prendre en soins des victimes d'un AVC. Un point a retenu mon attention: la différence entre ce que le patient peut faire en salle de rééducation d'ergothérapie et ce qu'il fait réellement en chambre ou à son domicile.

Je prends un exemple vu en stage de Mr P victime d'un AVC ischémique droit vivant seul. Mr P avait une assez bonne récupération des capacités motrices au niveau du membre supérieur gauche. Il aimait cuisiner mais disait ne pas réussir à le faire correctement à son domicile.

Quelques heures d'aide humaine a donc été nécessaires au moment des repas. L'activité était pour lui une contrainte de temps car il n'avait plus la même rapidité qu'avant l'accident.

Comment comprendre cette différence, entre ce que le patient peut faire en salle et ce qu'il fait dans son propre environnement ? Pourquoi l'évaluation par test en salle de rééducation n'a pas suffi à faire prendre conscience de ses capacités ? Est-ce qu'une simulation dans une cuisine thérapeutique ou une séance à son domicile aurait pu faciliter le transfert des acquis ? Comment l'ergothérapeute a défini le nombre d'heures d'aide humaine ?

Mes différentes lectures et mes expériences de stages m'ont peu à peu conduite vers le problème du transfert des acquis de la salle de rééducation dans l'environnement du patient.

Un questionnement en est ressorti : Quels sont les moyens facilitateurs et les obstacles au transfert de nouvelles compétences du patient dans son propre environnement ? Est-ce que certaines approches en ergothérapie facilitent le transfert des acquis ? Comment les ergothérapeutes évaluent-ils le transfert des acquis chez les adultes post- AVC ? Dans le cas de Mr P, une évaluation à son domicile aurait-elle été pertinente ? Quels moyens possède l'ergothérapeute pour faciliter le transfert des acquis ?

Ce qui m'amène à ma problématique pratique: « **Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser le transfert des acquis de la rééducation, dans les activités de la vie quotidienne de la personne victime d'un accident vasculaire cérébral ?** »

1.4 L'accident vasculaire cérébral (AVC)

1.4.1 Définition

D'après la thématique « prise en charge des cérébro-lésés » de l' ARS Franche comté (4), le terme cérébro-lésé regroupe les « atteintes aiguës du système nerveux qui mettent en jeu outre le pronostic vital, un risque fonctionnel avec des séquelles induisant des handicaps psycho-sensori-moteurs d'intensité variée. Les deux groupes pathologiques pourvoyeurs de la majorité des patients cérébro-lésés sont les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et les Traumatismes Crâniens (TC) ou médullaires (TM). »

Selon l'organisation mondiale de la Santé (OMS) (5) l'accident vasculaire cérébral résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau. Pas manque d'apport d'oxygène et de nutriments, les tissus cérébraux sont endommagés. « Les conséquences de l' AVC dépendent de la partie du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte ».

1.4.2 Anatomie et physiopathologie de l' AVC

Il y a deux catégories d' AVC (6) :

- « L'AVC ischémique par infarctus cérébral représente 80% des cas». Une artère cérébrale se bouche privant une ou plusieurs zones du cerveau en oxygène. Ce qui conduit à un dysfonctionnement puis à la mort des cellules.
- L'AVC hémorragique « représente 20% des cas ». Le trouble de l'irrigation et la nécrose des cellules sont causés par la formation d'un hématome.

Le tableau clinique dépend de l'artère cérébrale touchée et donc de la zone du cerveau endommagée. L'artère cérébrale moyenne (ou sylvienne), l'artère antérieure ou postérieure peuvent être le lieu de l'ischémie. (6)

Si nous regardons les différentes aires cérébrales représentées sur la figure de l'annexe 1, nous

pouvons supposer alors les fonctions touchées et faire un tableau clinique.

1.4.3 Déficits et répercussions dans le quotidien de la personne.

Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire (7) « les séquelles neurologiques des AVC sont fréquentes et graves avec un retentissement important sur les ADL (activity daily living) ». Dans le registre d'une étude de Dijon explicité dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire, on note à un mois de l' AVC, « la persistance d'un handicap pour 59% des survivants ».

Selon la COFEMER (8) « La principale déficience motrice consécutive à un AVC est l'hémiplégie ». Cette atteinte du faisceau pyramidal se traduit par une hémiplégie controlatérale à la lésion cérébrale dû à la décussation des fibres nerveuses. Nous distinguons alors hémiplégie gauche et hémiplégie droite.

Le déficit moteur peut être complet ou incomplet, prédominant au niveau distal ou proximal. Dans le cas de l' AVC ischémique sylvien total, l'hémiplégie est dite proportionnelle. Elle touche de même intensité les différents segments du corps toujours controlatéraux à la lésion cérébrale. Le déficit moteur est flasque dans la première période mais devient vite spastique dans la plupart des cas.(9)

Cliniquement la spasticité se traduit par deux signes : l'exagération des réflexes ostéotendineux et la résistance musculaire « *qui est la résistance élastique caractéristique à l'étirement continu du muscle* ». (8)

La spasticité entrave la motricité. L'hypertonie musculaire prédomine sur les muscles fléchisseurs au membre supérieur, et sur les muscles extenseurs au membre inférieur. « *La spasticité peut entraver l'expression de la motricité des antagonistes, par exemple des extenseurs de poignet et de doigts au membre supérieur ou des releveurs de pieds au membre inférieur* ». Par la suite des rétractions musculo-tendineuses, ainsi que des douleurs peuvent s'installer. (8).

Selon les déclarations des personnes dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (7) : « *les séquelles les plus fréquentes étaient des troubles de l'équilibre [...], puis les paralysies ou parésie d'un ou plusieurs membres [...]* ».

Les déficits moteurs engendrent des limitations d'activités importantes. « *Concernant les*

limitations fonctionnelles motrices, la moitié des patients avec séquelles ont indiqué des difficultés importantes ou une impossibilité à marcher 500mètres ». Et, d'après le tableau répertoriant les difficultés pour les activités élémentaires de la vie quotidienne, 52% ont des difficultés pour se laver seul, 47% pour s'habiller/se déshabiller, et 38% pour faire leurs transferts.

Lors de mes stages en service d'ergothérapie, j'ai aussi observé que l'hémiplégie est le dysfonctionnement moteur majeur de l'adulte post- AVC. L'ergothérapeute prend en compte ce trouble de la commande dans son plan d'intervention à tous les stades de la rééducation.

Autre que les troubles moteurs, des troubles cognitifs peuvent être associés « *spécifiques à chaque hémisphères* ». (pratique de la rééducation 6)

Les troubles cognitifs sont réparties en fonction de la zone touchée. « *Ils sont spécifiques à chaque hémisphères cérébrales* » (6). Nous classons les troubles cognitifs les plus souvent remarqués selon la nature de l'hémiplégie.

La présence d'une hémiplégie droite (donc une lésion cérébrale à gauche) s'accompagne souvent d'une **aphasie** (trouble du langage) et d'une **apraxie** (trouble du comportement gestuel volontaire).

La présence d'une hémiplégie gauche s'accompagne souvent de troubles de l'attention et des troubles liés à l'espace.

L'héminégligence ou **négligence spatiale unilatérale** est définie selon Heilman comme « *l'incapacité pour le patient de rendre compte, de réagir à et de s'orienter vers des stimulations significatives ou nouvelles présentées dans l' hémis- espace controlatérale à une lésion cérébrale* ». (6) Ce trouble pourrait avoir des répercussions dans les activités de la vie quotidienne tel que ne pas prêter attention à l'ensemble de l'assiette du repas mais seulement voir qu' un seul coté. Et **l'agnosie** (non reconnaissance d'objet).

Autre que ces déficiences citées, les troubles mnésiques, de la déglutition, et vésico-sphinctérien sont souvent associés aux troubles moteurs et sensitifs.

« L'accident vasculaire cérébrale est la première cause de handicap acquis de l'adulte ». (2) Selon le rapport « prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » juin 2009 cité par l' HAS (10), 40% des victimes d' AVC conservent des séquelles de gravités

diverses. Tous les déficits liés à l'AVC peuvent se répercuter sur les activités de la vie quotidienne de la personne et la mettre en situation d' handicap. A la fin du séjour en soins de suite et de réadaptation, les patients présentent des difficultés dans leurs activités de la vie de tous les jours, telles qu'une assistance au déplacement, à l'habillage, à l'alimentation et à l'incontinence. (2) Cela entraîne une diminution de la qualité de vie qui engendre une forte fréquence de dépression après un AVC (7).

Selon une étude sur la charge des aidants (11), nous notons que « l'AVC a 6 fois sur 10 entraîné des bouleversements considérables dans la famille ». Nous constatons principalement des conséquences financières et professionnelles ainsi qu'un impact sur l'habitation : Environ 41% dit devoir changer de logement, soit pour un plus grand, soit pour un plus petit. Ces situations d'handicap ne permettent pas parfois à la personne de rentrer à son domicile et doit séjourner dans un établissement spécialisé. L'AVC est représenté à 15% dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (2).

1.5 Le parcours de soin en ergothérapie de la personne post- AVC

1.5.1 L'ergothérapeute et l'adulte victime d'un accident vasculaire cérébral.

« Les patients après AVC ont une meilleure récupération fonctionnelle s'ils sont pris en charge dans une unité avec plateau technique de rééducation et de réadaptation spécialisé en rééducation neurologique, ce qui implique la possibilité d'au moins deux prises en charge techniques quotidiennes, avec, en fonction des besoins kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, neuropsychologie, appareillage ; tous les sous groupes d'AVC tirent un bénéfice plus ou moins important d'une prise en charge en rééducation coordonnée multidisciplinaire (Niveau 1, Grade A). » (12)

Cette donnée scientifique nous montre que l'ergothérapeute est un professionnel de santé faisant partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire travaillant avec une population victime d'un AVC.

Le décret du 21 novembre 1986 (13), définit que les ergothérapeutes contribuent « aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle ».

L'ergothérapeute intervient sur les situations de handicaps rencontrées par la personne, suite aux déficits liés à l'AVC.

Ce professionnel est habilité à accomplir « des bilans ostéo- articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ». Par l'évaluation, il cherche à connaître la personne afin de construire un plan d'intervention ciblé sur l'ensemble de ses caractéristiques personnelles, liées à la pathologie, à son environnement matériel et humain ainsi qu'à son projet de vie.

L'ergothérapeute permet le « maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social » ainsi que « Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation », « Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail ».

Nous avons vu que les déficits de l'AVC ont des répercussions motrices, sensibles mais aussi psychologiques. L'adulte victime d'un AVC perd tout ses repères notamment son rôle social.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui cherche à diminuer les situations d'handicaps, il améliore les fonctions déficitaires, il développe des compensations, il modifie ou conserve l'environnement de la personne comme un moyen facilitateur.

Dans le référentiel de compétences en ergothérapie (14), les compétences 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement, et 3 : Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie reflètent les activités principales que l'ergothérapeute entreprend pour la prise en soin d'un adulte victime d'un AVC.

Une multitude de termes désignant la personne en demande de soins est utilisée dans le champ médico-social. « Les pistes sont nombreuses : patient, client, consommateur, usager, assuré social, malade, soigné, citoyen... » (15)

Nous remarquons qu'en France, l'utilisation de la terminologie « patient » ait souvent privilégiée. Or, « le Code de déontologie médicale et le Code de la santé ne connaissent pas, voire ignorent, le mot « patient ». Dans le Code, il n'y a pas de patients mais des usagers du système de santé. » (16) .

« le choix du mot patient n'est pas neutre : Il associe l'idée d'un pâtre — celui de la vulnérabilité — à la fragilisation du vivant par la pathologie. [...] Infecté biologiquement, le patient serait affecté biographiquement. [...] En effet, le latin pati qui donne le mot français

« patient » désigne ce dernier comme un être qui pâtit doublement : du point de vue interne, il subit la maladie ou l'infection ; du point de vue externe, il est placé dans les mains d'un agent autre que lui ». (16)

A ce jour, les lois donnent au patient le droit d'être une personne autonome dans la connaissance de sa pathologie et dans les choix de thérapies. La loi du 4 mars 2002 : relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, énonce un nouveau modèle de la relation malade-soignant. Le patient n'est plus un « objet de soin » ou un « client consommateur de services médicaux » (16) mais bien un « patient citoyen » (17) acteur de sa propre prise en soin. « La présence du droit n'annule pas le rôle du -soignant-, il le configure autrement, allant dans le sens d'un partage de la décision »¹⁶. Le système de santé est passé d'une conception biomécanisme de l'être humain basée sur le modèle de la classification du handicap (CIH 1980) à *une conception holistique prenant en compte tous les paramètres de la personne* (18). *L'Organisation Mondiale de la Santé a établie une Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF de 2001)* établie en 4 catégories : Fonction organique, structure anatomique, activité et participation, et facteurs environnementaux. (18) Tous les professionnels de santé, et notamment l'ergothérapeute, se basent sur cette classification qui tend à une prise en soin globale de la personne.

Pour les patients victimes d'un AVC, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établie des recommandations et des guides pour les professionnels de santé. (19) L'ergothérapeute a un rôle tout au long du parcours de soins de la personne. Que ça soit en phase aiguë, chronique ou en phase invalidante (dite de longue durée) (20).

A la suite de la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) (21): relative au patient, l'ergothérapeute est dans le devoir d'expliquer accompagner, conseiller, éduquer, et informer le patient. Basée sur cette loi, des plans AVC ont été créé par l' HAS. Le programme AVC de 2009-2014 : « Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral » (22) cible la formation des ergothérapeutes sur la prise en charge précoce de l' AVC, les conséquences des troubles cognitifs dans la vie quotidienne et la promotion de la santé et soutien à domicile après l' AVC.

Selon le plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » (23) des programmes d'éducation thérapeutiques ont été organisés par l' HAS durant le plan AVC 2009-2014. L'ergothérapeute joue un rôle clef dans le programme d' ETP des personnes

victimes d'un AVC. Selon la loi Kouchner, il met en œuvre ses devoirs d'accompagner, d'éduquer et d'informer le patient.

Nous pouvons voir à travers ces données probantes, que l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui a tous ses droits, devoirs et compétences en lien avec la prise en soin de la personne post - AVC.

1.5.2 Orientation de la personne victime d'un AVC.

Selon le bilan de la conférence d'experts de 2008 (24), après la prise en charge en urgence d'un accident vasculaire cérébrale, selon les séquelles de gravité, la personne rentre à son domicile ou intègre un centre de soins de suite et de réadaptation.

Selon le degré de récupération post- AVC, le médecin décide d'orienter la personne dans un SSR proposant des soins adaptés à ses besoins. L'orientation de la personne cérébro- lésée vers un SSR et les modalités de son accompagnement dépendent de son état clinique, de son degré d'indépendance, de son lieu de résidence et de son entourage familial (DHOS4 , 2008)

- Les SSR spécialisés en affections du système nerveux pour les : « hémiplegies de gravité intermédiaire (NIHSS entre 5 et 15 et Barthel Index ≥ 20) avec un début d'amélioration dans les 7 premiers jours [...] ». La loi de 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation détermine la présence obligatoire de l'ergothérapeute dans un SSR pour les prises en charge spécialisées du système nerveux : « L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins des compétences de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste et de psychologue ». (24)
- Les SSR non spécialisés ou spécialisés en affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance pour les : « hémiplegies graves sans signe de récupération dans les 7 premiers jours avec présence de signes de mauvais pronostic (Barthel Index < 20 , persistance d'une incontinence, multiplicité et complexité des déficiences) et qui n'ont pas besoin d'un programme de rééducation multidisciplinaire coordonné ou ne sont pas en mesure de participer à au moins 3 heures de rééducation par jour à brève échéance ».
- Un établissement pour personne âgée dépendante (EHPAD) pour : les patients d'âge avancé, surtout au delà de 80 ans, avec isolement social, dont l' AVC est sévère (déficit moteur et

cognitif, troubles de la déglutition et incontinence).

La loi de 2008 modifie les termes : « soins de suites » et « réadaptation fonctionnelle » par un seul terme : soins de suite et de réadaptation. (24)

La **rééducation** est définie selon l'OMS (25) comme des : « Techniques qui visent à aider l'individu à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient ».

Lors de la conférence de consensus de la SOFMER, les experts ont conclu pour les personnes victimes d'un AVC « au rôle bénéfique de la rééducation dans l'amélioration de la marche, de l'activité gestuelle, de l'héminégligence et de l'autonomie ». Une rééducation bénéfique repose sur « une prise en charge globale,interdisciplinaire, coordonnée et attentive au projet de vie du patient ». (6)

L'ergothérapeute est un des professionnels de santé faisant partie de l'équipe interdisciplinaire, avec un plan d'intervention basé sur une approche holistique.

Il fait un recueil des données par des entretiens avec la personne et son entourage, sur ses attentes, habitudes de vie, motivation, rôle social, et facteurs environnementaux.

Il évalue le profil des capacités/incapacités du patient dans les activités de la vie quotidienne, en utilisant différents outils (observation, tests, échelles, auto-évaluation, questionnaires, entretiens...). Il s'appuie généralement sur la Classification Internationale du Fonctionnement qui prend en compte la pathologie, les lésions anatomiques, les déficits et fonctions préservées (motrices, sensibles, sensorielles..), les facteurs environnementaux, les facteurs personnels, les limitations d'activité et les restrictions de participation. (26)

Plusieurs méthodes de rééducation sont répertoriées dans les recommandations de bonnes pratiques de l' HAS (20). Nous retrouvons la rééducation de la sensibilité, Bobath, Perfetti, thérapie miroir, contrainte induite, imagerie mentale et réalité virtuelle.

La **réadaptation** est défini selon l' OMS comme « l'ensemble de moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ces incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes ». Selon Hesbeen (27) la réadaptation est la « science de la gestion des obstacles potentiellement générateurs de handicap ».

L'objectif de l'ergothérapeute est de favoriser l'autonomie et l'indépendance de la personne dans ses activités de la vie quotidienne, par le développement de stratégies d'adaptation, et de compensation. La réadaptation a pour but de diminuer les situations de handicap et donc avoir un impact positif sur la qualité de vie.

Elle vise un travail sur le pouvoir d'agir (empowerment), sur l'indépendance dans les activités, mais aussi sur l'intégration sociale de la personne handicapée.

Durant cette phase, l'équipe pluridisciplinaire, la famille et le patient continuent à préparer la sortie de cet établissement, soit par un retour à domicile soit par une institutionnalisation selon le degré d'indépendance.

Malgré que « la sortie se prépare dès l'admission dans une vision systémique intégrant les dimensions médicale, sociale et psychologique » (28), c'est couramment à cette phase que l'ergothérapeute entame une démarche d'adaptation de l'environnement avec aides techniques et aménagement du futur lieu de vie de la personne.

1.6 L'environnement

L'environnement est défini selon le centre national de ressources textuelles et lexicales comme un « Ensemble des éléments et des phénomènes physiques qui environnent un organisme vivant, se trouvent autour de lui ». (29) Selon les définitions du Larousse, l'environnement est aussi un espace où la personne est au centre. (30)

D'après le livre de Sylvie Meyer : de l'activité à la participation (31) l'environnement et l'Homme sont en interactions, et l'environnement est modifiable.

En ergothérapie, selon Kielhofner (2008) cité par Sylvie Meyer, « l'environnement est un ensemble d'espace ou de milieux divers dans lesquels les gens existent et agissent [...] »

Les personnes sont en mouvement dans plusieurs environnements, par exemple : le domicile, le travail, l'hôpital, l'espace public, l'école...

Au vu de multiples définitions de l'environnement, les auteurs du Cadre conceptuel du groupe Terminologie de ce livre, l'ont défini comme « des facteurs externes, physiques, socioculturels et temporels, qui appellent et modèlent la performance ». Nous retenons que l'environnement est une « partie du contexte de l'individu, qu'il lui est externe et qu'il l'entoure ».

L'environnement « incite l'acteur à la performance et donne forme à cette dernière en conditionnant la manière d'exécuter une activité ».

1.6.1 La salle de rééducation

Si nous reprenons la définition de l'environnement des auteurs du Cadre conceptuel du groupe Terminologie, la salle de rééducation du centre est un espace constitué de facteurs modelant la performance du patient. En ergothérapie, la salle de rééducation peut-être un environnement facilitateur dans la mesure où c'est un espace sécurisé, ou tout peut-être modifié afin que la personne puisse augmenter sa performance occupationnelle.

La performance occupationnelle est définie selon le livre de Sylvie Meyer comme « ce qui est en train d'être fait par une personne ou ce dans quoi elle s'engage ». Ce terme est nouveau dans la langue française, mais nous le voyons très fréquemment utilisé dans les concepts et modèles en ergothérapie, tels que le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner 2008) et le modèle canadien de la performance occupationnelle (ACE 2002).

La performance occupationnelle est conditionnée selon l'environnement. « Les gens exécutent leurs activités en adaptant leurs performances aux contraintes imposées par l'environnement [...] ». Il peut alors être facilitateur ou obstacle à la réalisation d'activité.

L'environnement « salle de rééducation » peut donc être modulé par l'ergothérapeute en fonction du niveau de performance occupationnelle recherché. (31)

1.6.2 L'environnement du patient

Autre que la salle de rééducation, les patients internes au centre de rééducation, se meuvent dans d'autres environnements tels que la chambre, la salle de restauration, les lieux communs, l'extérieur du centre...

Au sein de l'établissement, l'environnement est sécuritaire et adapté selon les différents handicaps de chacun.

Les différents espaces individuels, sont aménagés et adaptés à la personne qui l'habite. Ces aménagements rendent l'environnement facilitateur et un impact sur la performance occupationnelle de la personne. Par exemple, une salle de bain avec un mobilier adapté et des aides techniques à la toilette facilitera l'activité « se laver » et améliorera la performance occupationnelle dans cette activité.

Si nous nous interrogeons sur les environnements futurs que le patient pourrait rencontrer à la sortie du centre de rééducation, nous pouvons penser à son domicile, son lieu de travail, ses espaces de loisirs et tout autres environnements que la personne avait l'habitude de côtoyer. L'ergothérapeute est capable de déterminer avec le patient ses environnements propres afin de,

changer un environnement obstacle en un environnement facilitateur. Le but recherché de l'ergothérapeute est « d'optimiser les performances des usagers » en ayant recours à « la gestion ou à la modification de divers environnements ». (31)

Cependant, le changement d'un environnement à un autre peut-être un bouleversement dans la performance occupationnelle de la personne. Dans le cas d'un patient rentrant à son domicile, il est susceptible de rencontrer des obstacles lors de la réalisation de ses activités. L'ergothérapeute du centre de rééducation par des contraintes administratives et temporelles n'est pas toujours autorisé à aller avec le patient dans son environnement. (pré-enquête)

1.6.3 Le transfert des acquis de la salle de rééducation à l'environnement du patient.

Nous avons vu que le rôle de l'ergothérapeute est de « maximiser l'adéquation entre la personne et son environnement » afin d'améliorer la performance occupationnelle. (31)

Mais comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'intégration de l'apprentissage en ergothérapie dans les activités de la vie quotidienne du patient ? Au niveau de la littérature très peu de données probantes sont présentes à ce sujet. Après plusieurs lectures, ce n'est seulement dans le livre Pratique de la rééducation neurologique (6) que cette notion de transfert d'acquis a été énoncée : « Il reste cependant difficile d'obtenir un transfert de ce qui a été acquis en rééducation aux AVQ. »

Mes expériences de stages, ainsi que les échanges avec différents ergothérapeutes et autres professionnels m'ont permis d'approfondir mes connaissances et mes compétences sur les moyens utilisés en ergothérapie pour favoriser ce transfert, tels que : les visites à domicile, les mises en situations, l'utilisation d'activité signifiantes et significatives...

Par manque de données probantes, j'ai décidé de réaliser une pré-enquête pour interroger les ergothérapeutes et avoir des informations directement du terrain.

1.7 Pré-enquête exploratoire.

Ma pré-enquête (annexe 2) cible les ergothérapeutes travaillant avec des personnes victimes d'un accident vasculaire cérébrale. Je n'ai pas ciblé un genre d'établissement en particulier, mais des ergothérapeutes travaillant avec cette population en phase de rééducation/réadaptation.

La réalisation de ma pré-enquête a deux objectifs :

- Savoir si les ergothérapeutes pensent qu'il y a une différence entre ce que peut faire le patient en salle et ce qu'il fait dans son environnement (chambre ou domicile). Je vérifie si ma remarque est partagée avec les autres ergothérapeutes du panel.

-Savoir comment l'ergothérapeute pourrait favoriser le transfert des acquis. Notamment par l'évaluation.

29 ergothérapeutes ont répondu à mon questionnaire en ligne. Le questionnaire a été envoyé par mail pour 10 ergothérapeutes et il a été diffusé sur les réseaux sociaux, et sur différents sites internet. Je note que la diffusion par les réseaux sociaux peut entraîner un biais dans l'exploitation des résultats. En effet, je cible les ergothérapeutes mais ce moyen de diffusion ne me permet pas de certifier que tous les répondants le sont. Je retiens donc de privilégier pour la prochaine fois l'envoi du questionnaire par mail, courrier ou en main propre.

Mon premier objectif a été validé par la question 4 : *Avez-vous déjà remarqué une différence entre ce que le patient pouvait faire en salle et ce qu'il fait en chambre ou à domicile?*



La question 5 : *Si oui, comment pouvez-vous l'expliquer?* Permet de noter que l'environnement est le principale obstacle à un bon transfert des acquis. La notion de : « familiarité de l'environnement » revient souvent.

Pour répondre à mon deuxième objectif, j'ai comparé le nombre d'ergothérapeutes qui évaluent le transfert d'acquis mais qui notent cependant un manque d'intégration dans les AVQ (questions 4 et 7).

Sur les 27 ergothérapeutes qui remarquent une différence entre ce qui est fait en salle de rééducation et ce que fait réellement la personne, 15 disent évaluer le transfert des acquis.

Je peux noter au vu des résultats que l'évaluation ne peut pas à elle seule favoriser le transfert des acquis.

La question 6 : *Selon vous, comment l'ergothérapeute peut-il favoriser le transfert des acquis en rééducation dans l'environnement du patient?* Cette question montre que les moyens utilisés s'orientent encore vers la thématique de l'environnement. Le travail dans un environnement proche ou ressemblant à celui du patient est très souvent cité. « Mise en situation du patient dans son cadre de vie au maximum mais pas toujours compatible avec la réalité du terrain hélas... », « favoriser des séances de mise en situation dans l'environnement du patient », « En rééduquant le patient dans son environnement au moins au plus proche de son environnement », « Mise en situation réelle, adaptation de l'environnement », « Proposer une rééducation en milieu écologique »...

Plusieurs moyens ont été cités tel que l'utilisation des mises en situations, des week-end thérapeutiques, visites à domicile, et séjours dans un appartement thérapeutique.

Ce dernier moyen « appartement thérapeutique » m'a interpellé car c'est un outil dont je connais son utilisation pour les personnes traumatisées-craniennes, les paralysies cérébrales ou dans le domaine de la psychiatrie, mais je ne connais pas son utilisation dans un centre de rééducation avec des personnes victimes d'un AVC.

1.8 Questionnement

À la suite de ces recherches dans la littérature et de l'exploitation du terrain sur le domaine du transfert des acquis, un outil utilisé par les ergothérapeutes m'a questionné.

L'utilisation d'un **appartement thérapeutique** serait-il pertinent pour des personnes victimes d'un AVC ? Pour quels objectifs ? Est-ce que l'ergothérapeute recherche à travers l'utilisation de cet outil, l'autonomie de la personne, son indépendance ou les deux ? Quels influencent auront les objectifs sur l'utilisation de l'appartement thérapeutique ? Serait-il destiné aux personnes ayant comme projet de vie de retourner seul à domicile ?

Avec mes expériences de stage, je me suis demandée avec quels patients j'aurai pu utiliser cet outil. D'autres questions en ont écoulé : Est-ce que cet outil permettrait au patient de tester des aides techniques ? De montrer aux aidants leurs utilisations ou faire la démonstration d'un aménagement afin d'inclure les aidants dans le processus de changement de la personne et

peut être de faciliter les transferts des acquis ?

A la suite de la semaine « Unité optionnelle », j'ai eu l'occasion de visiter un appartement thérapeutique à Nice, où le principal objectif est le développement de la santé connectée. J'ai pu me mettre en situation dans cet appartement thérapeutique aussi appelé tremplin.

L'utilisation des nouvelles technologies, telle que la domotique au sein d'un espace de vie peut modifier un environnement obstacle en un environnement facilitateur.

En réadaptation, le rôle de l'ergothérapeute étant d'améliorer la performance occupationnelle, l'utilisation de l'appartement thérapeutique peut-être un outil intéressant dans le transfert des acquis afin de garder sur la durée les résultats de la rééducation.

C'est de là que je formule mon objet de recherche :

Quels sont les intérêts et les limites d'utilisation par un ergothérapeute d'un appartement thérapeutique, pour favoriser le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne des personnes victimes d'un AVC ?

1.9 Cadre conceptuel.

Je cherche à travers cet écrit, à comprendre comment l'outil « appartement thérapeutique » peut-il être bénéfique dans le bon déroulement des propres activités de la vie quotidienne de la personne, ainsi que ses limites.

1.9.1 Définition d'un appartement thérapeutique en rééducation.

L'appartement thérapeutique est nommé différemment selon le domaine d'utilisation. Les termes « appartement thérapeutique », « appartement de simulation » « appartement de réadaptation » et « espace de simulation » sont souvent abordés pour parler d'un appartement situé au sein de l'établissement de rééducation et où les personnes peuvent y séjourner avec ou sans aide humaine.

Les recherches internet montrent que les appartements thérapeutiques sont le plus couramment utilisés dans le domaine de la psychiatrie et du social. Une recherche avec les termes « appartement thérapeutique » dans un moteur de recherche internet regroupe des données dans le cas d'une prise en charge psycho-sociale jusqu'à la troisième page.

Appartement de coordination thérapeutique ou appartement associatif sont aussi souvent employés pour ce domaine.

Selon LegiFrance, les « appartement de coordination thérapeutique » et « appartement thérapeutique » sont aussi défini pour le domaine médico-psycho-social. (32)

De même dans la définition du Larousse : « dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation, structure d'hébergement conçue pour un petit groupe de personnes malades, handicapées (vieillards) ou souffrant de désinsertion sociale (toxicomanes, jeunes délinquants). » (33)

Mais comment les appartements thérapeutiques ont-ils vu le jour dans le domaine de la rééducation-réadaptation?

Selon le professeur Claude Hamonet, l'utilisation de cet outil dans le domaine de la réadaptation physique, « a été initiée par les services de réadaptation médicale nord-américains et tout particulièrement celui de Howard Rusk à New York. » (34) En France, de plus en plus de centres de rééducation disposent de cet outil. « Il s'agit d'appartements situés dans les services hospitaliers ou les centres de rééducation, dans lesquels, les personnes handicapées peuvent se ré entraîner aux actes de la vie courante pour mieux se préparer au retour au domicile. Ce ré entraînement se fait avec la collaboration de la famille qui souvent est hébergée dans l'appartement. ». (34)

Le professeur Hamonet compare l'utilisation de cet outil à celle du domaine psycho-sociale par une organisation différente de l'équipe soignante. « Dans ce cas [du domaine psychiatrique], c'est l'équipe qui sort de l'établissement de soins et partage la vie quotidienne des patients. Mais le but de son utilisation reste le même : « [...] il s'agit d'organiser un cadre de vie qui concilie les impératifs thérapeutiques et la vie quotidienne ».

L'utilisation par les professionnels d'un appartement thérapeutique est cependant « souhaitable » d'être utilisé dans la préparation du retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral « mises en situation épisodiques : appartement thérapeutique [...] ». (35)

Aussi, dans le catalogue des activités de rééducation-réadaptation (36), la mise en situation dans un espace de simulation est cotée sous les termes : « PV06 mise en situation d'appartement thérapeutique: Installation, suivi et évaluation d'un séjour en appartement d'essai ».

Nous utiliserons dans cet écrit le terme d'appartement thérapeutique.

1.9.2 Les activités de la vie quotidienne (AVQ).

Au sein de cet appartement, les personnes sont susceptibles d'être mises en situations dans

plusieurs tâches reflétant leurs activités de la vie quotidienne.

L'activité est définie en 1973 comme une forme de « vivacité et d'énergie dans l'action : faire preuve d'activité » et comme une « *occupation* d'une personne : avoir des activités variées ». (37) En 2017 (38), la notion *d'action* est conservée « action de quelqu'un » ; les termes « Faculté, puissance d'agir » sont rajoutés et le terme *occupation* n'est plus présent dans la définition.

En ergothérapie, activité et occupation sont deux termes assez similaires. Il n'existe pas de taxonomie pour ces termes, les définitions diffèrent selon les auteurs. Selon Reed (2005) cité dans le livre de Sylvie Meyer (31), l'activité et l'occupation sont des synonymes. Le groupe Terminologie définit l'occupation comme un ensemble d'activités. Cependant, si on reprend l'exemple cité de Sylvie Meyer : « prendre le thé » est une activité pour Polatajko (2004) et une occupation pour Creek (2010).

L'activité est structurée par « un contexte, un but, des étapes, une cohérence et est bornée par l'espace temps ». Le groupe Terminologie a défini finalement l'activité comme « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations ».

Selon Marie Chantal Morel-Bracq (39) c'est un besoin pour l'Homme de s'engager dans des activités. Une activité est définie selon la valeur et le sens que la personne lui donne et est influencée par l'environnement où elle se déroule. En ergothérapie les activités de la vie quotidienne sont définies selon les auteurs.

Anne Fischer classe les activités en 2 catégories : activités personnelles de la vie quotidienne et activités instrumentales. James (2008) suggère que les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou activity daily living (ADL) font références aux activités de mobilité fonctionnelle (déplacements, transferts, mobilité au lit) et aux activités de soins personnels (alimentation, hygiène, toilette, habillage). Les activités instrumentales sont définies selon Katz (1983) comme la capacité à faire face à son environnement comme la cuisine, le shopping, l'entretien du domicile, l'utilisation des transports, du téléphone, la gestion de l'argent et des médicaments. (40)

Être capable d'effectuer les activités de la vie quotidienne semble être important dans la mesure où ces activités font références aux besoins primaires de l'Homme définis par Maslow (41). Les besoins physiologiques sont directement liés à la survie de l'individu (manger, boire,

se vêtir, se reproduire, dormir...).

De plus, « l'être humain a besoin de s'engager dans les activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé » (A. Wilcock, 1998). De nos jours, notre société et notre culture, de part les nouvelles technologies l'importance de la communication et l'intellectualisation, nous emmène à devoir être capable d'effectuer des activités plus complexes. Les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) sont donc tout autant nécessaires.

L'appartement thérapeutique est un outil. Il permet de reconstruire, au plus près, l'environnement du domicile de la personne. Cette dernière apprend, ré-apprend, trouve des stratégies et s'entraîne dans différentes tâches afin de réaliser au mieux et en sécurité l'activité souhaitée. L'ergothérapeute peut aussi évaluer le rendement des activités réalisées. Si nous reprenons les définitions des ADL et IADL, l'ergothérapeute se basera donc sur celles-ci pour construire, avec la personne, les objectifs à atteindre lors de l'utilisation de l'appartement thérapeutique. Nous sommes dans une pratique centrée sur le client. L'ergothérapeute va devoir comprendre les attentes de la personne pour élaborer un plan d'intervention reflétant au mieux ses demandes et ses attentes.

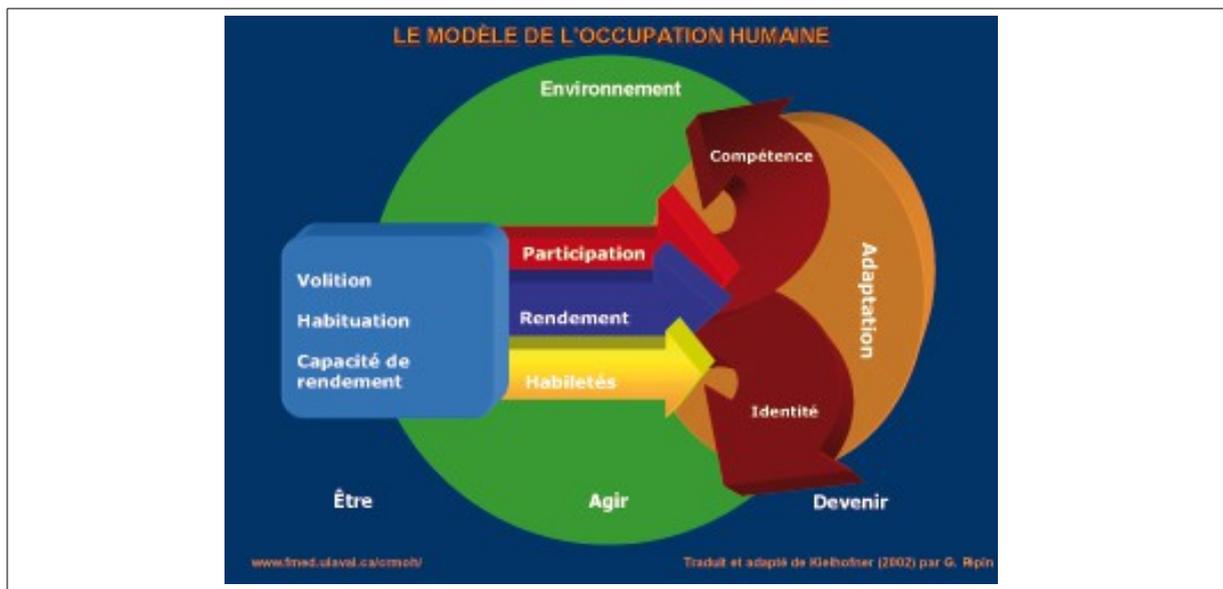
1.9.3 Le modèle de l'occupation humaine (MOH). (42)

Ce modèle élaboré par Gary Kielhofner, est centré sur les activités humaines significantes et significatives. Selon Leontiev les activités significantes sont définies selon le sens donné par la personne, et les activités significatives selon le sens donné par la société. Le terme « occupation » en anglais a été traduit par activités significantes et significatives car le mot occupation en français n'a pas le même sens que dans la littérature anglaise.

Ce sont ces activités significantes et significatives qui vont être réalisées dans l'appartement thérapeutique. Mais en quoi l'utilisation de ce modèle va permettre à l'ergothérapeute de construire un plan d'intervention adapté à la personne?

Ce modèle va donner à l'ergothérapeute les moyens de connaître les interactions entre la personne, ses motivations, son style de vie, et ses capacités en s'adaptant aux possibilités données par l'environnement. Ce modèle est centré sur le client, « fortement humaniste ». Il a pour but d' « éclairer tout comportement humain concernant le choix et l'engagement dans les activités de tous les jours ». Ce modèle peut-être utilisé dans « tout contexte thérapeutique à

partir du moment où l'on s'intéresse aux activités de la personne et à son processus de changement ». Dans le cas du transfert des acquis de la rééducation dans les ADL et IADL de la personne, l'ergothérapeute cherche à ce qu'elle effectue ses activités en sécurité et avec le meilleur rendement possible dans un environnement précis. Le MOH est défini comme un « cadre pour repérer les changements dans les activités de la personne », « c'est une mise en représentation de l'interaction Homme-Environnement ». (43). Ce modèle se distingue des autres par une « vision détaillée et intégrative de la personne au moyen de l'occupation ». (44) l'occupation humaine est définie comme le pouvoir de réaliser « les activités de la vie quotidienne, du travail, et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique ». (44)



Pour répondre à cela, Kielhofner caractérise l'Homme selon 3 composantes: la volition, l'habituation et les capacités de rendement.

La *volition* « représente la motivation d'une personne à agir sur son environnement » (44). Elle concerne la prise de décisions dans le choix des activités, le sentiment d'efficacité, la conscience de ses capacités. Autre que par l'entretien, plusieurs outils sont à disposition du thérapeute pour lui permettre de mieux faire ressortir le processus de volition d'une personne. Les outils utilisés sont l'OCAIRS, le MOHOST, le volitional questionnaire...(43).

L'*habituation* est le comportement d'une personne dans une situation donnée (43). Elle est constituée par les « habitudes et par les rôles liés à la société et à la culture ». (42) C'est un processus qui permet de créer d'autres habitudes, donc d'autres activités à partir d'habitudes

pré-existantes pour organiser et simplifier la vie quotidienne.

La *capacité de rendement* ou *capacité de performance* regroupe plusieurs caractéristiques: -habiletés neurologiques, cognitives, cardio-respiratoires, sensorielles, musculo-squelettiques, psychiques et mentales ». (43)

-Vécue et expériences de la personne. Appelé « le corps vécu ». (44)

C'est la capacité à agir, à faire l'action en prenant conscience de ce que l'activité va nous demander de faire pour qu'elle se réalise. C'est « la possibilité qu'a la personne pour atteindre ses buts en fonction des moyens dont elle dispose ». (44)

Ces 3 composantes de base de la personne sont « interdépendantes et inséparables de l'environnement humain et matériel » dans lequel elles évoluent. Ces 3 composantes et l'environnement interagissent et déterminent ce que la personne fait : *l'agir*. Qui est défini selon la participation, le rendement et les habiletés. A travers ses activités, la personnes va modeler transformer son *identité* (connaissance de ses capacités, intérêts, efficacité, satisfaction et obligation par les expériences passées) et sa *compétence occupationnelle* (savoir gérer son autonomie en fonction de ses droits sociaux et de ses rôles) pour produire *l'adaptation occupationnelle* en fonction de l'environnement.

La dynamique du MOH se retrouve dans le but de l'intervention de l'ergothérapeute dans l'appartement thérapeutique avec un patient post- AVC.

Par un entretien ou/et des outils spécifiques, il définit les 3 composantes (volition - habitude - capacité de rendement) de la personne ainsi que son environnement physique et social. Par les mises en situations dans l'appartement thérapeutique, l'ergothérapeute va analyser ce que la personne « fait ». Il définit sa participation, son rendement et ses habiletés pour chaque activité. Le but de l'ergothérapeute va être de moduler l'environnement en facteurs facilitateurs pour que la personne puisse développer l'habitude sa volition et la capacité de rendement pour une activité donnée. Et donc de façonner son identité et sa compétence occupationnelle dans une visée d'adaptation occupationnelle.

L'ergothérapeute va accompagner la personne dans son processus de changement pour permettre un transfert d'acquis dans les activités importantes pour elle et dans son propre environnement. Il l'accompagne à travers l'appartement thérapeutique à une nouvelle « manière d'être et d'agir » (42).

Un des fondements du MOH définit que de pratiquer une activité permet le développement et

le maintien de la capacité à la réaliser. (44) Donc à transférer les acquis dans un environnement précis, les ADL et IADL de la personne.

1.9.4 Autonomie et indépendance d'après le livre de Sylvie Meyer. (31)

Si nous nous référons au dictionnaire du Petit Larousse de 1973 (45), ces deux concepts n'étaient pas bien différenciés dans leurs emplois usuels. *Autonomie* était définie comme la « liberté de se gouverner par ses propres lois ». Et *l'indépendance*, comme une « situation d'une personne, d'une collectivité qui n'est pas soumise à une autre autorité ». Être *indépendant* : « qui ne relève de personne. Libre d'indépendance ».

Ici, nous parlons de décisions, des choix libres d'une personne.

Dans le petit Larousse 2005, *autonomie* est définie comme : « indépendance, possibilité de décider, pour un organisme ou un individu, par rapport à un pouvoir central, à une hiérarchie, une autorité ». *Indépendance* : état d'une personne indépendante, autonome.

Les termes indépendance et autonomie sont quasiment des synonymes. Le terme d'indépendance est employé dans la définition de l'autonomie et vice versa pour la définition d'indépendance.

Dans le Larousse de 2017 en ligne, *l'autonomie* est la « capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui [...] ». Et *l'indépendance*: « État de quelqu'un qui n'est tributaire de personne sur le plan matériel, moral, intellectuel : Son salaire lui assure une totale indépendance. Caractère de quelqu'un qui ne se sent pas lié ou qui ne veut pas être soumis aux autres [...], état de quelqu'un, d'un groupe qui juge, décide, etc... [...] ».

Sylvie Meyer (31) explique que dans le langage usuel, l'indépendance est « une forme de séparation entre des entités ».

Dans la langue française le terme d'autonomie et d'indépendance sont actuellement toujours considérés comme des synonymes.

Cependant, dans la littérature anglaise (45), le terme *Autonomy* désignant l'autonomie, est défini comme « The ability to make your own decisions without being controlled by anyone else. ». Ici l'autonomie est définie comme la liberté de penser, de prendre des décisions.

Le terme *independent* désignant être indépendant est défini selon plusieurs domaines : « not influenced, not ruled, politics » et « business » qui font références à être autonome vis à vis de quelqu'un, de quelques chose. Et la définition du domaine « not helped » : « Not taking help or money from other people : Grandma's very independent and does all her own shopping and

cooking ». (46) Être indépendant se rapporte plus à « être capable de ».

Nous remarquons que dans la langue anglaise, il y a une légère différence entre les deux termes au contraire de la langue française où ils sont considérés comme synonymes. D'où la complexité de définir exactement les termes.

Le métier d'ergothérapeute étant né en Amérique du nord vers le vingtième siècle (47), les auteurs s'expriment en langue anglaise. Certains termes ont du être traduits pour la pratique des ergothérapeutes en France, mais la littérature anglaise reste encore la plus riche pour le domaine de l'ergothérapie.

En ergothérapie, les auteurs définissent donc *l'indépendance* similairement au sens que lui donne la littérature anglaise. Pour Wilcock (2002) le concept est apparu en réadaptation en 1955. Il définit l'indépendance comme : « la possibilité d'effectuer sans l'aide de tiers ses activités de la vie quotidienne ». (31)

L'indépendance devient un but de traitement en réadaptation dans les années 1980. Pour que l'indépendance soit atteignable plusieurs moyens sont mis à disposition du thérapeute, tels que : « l'entraînement des performances ou des habiletés, la remise de moyens auxiliaires, l'aménagement de la tâche et les modifications de l'environnement ». (31)

Ce concept est défini comme une compétence à réaliser une tâche. On dit qu'une personne est dépendante ou indépendante en fonction d'une activité précise.

Pour réaliser le « faire » il faut avoir des compétences physiques mais aussi cognitives qui permettent de savoir comment s'organiser et débiter l'action. L'environnement physique et social, sont aussi des facteurs qui conditionnent l'indépendance. (31) Deux personnes avec le même handicap physique n'auront pas la même dépendance pour une même activité selon leurs environnements. Si nous reprenons l'exemple de Sylvie Meyer dans son livre (31) quelqu'un sans moyen de locomotion sera dépendant si les magasins sont situés loin de son domicile. Ce même quelqu'un, sans voiture sera indépendant si il habite à proximité de ces lieux. De même pour une mère de famille qui doit préparer le repas pour une grande famille, elle rencontrera des difficultés par rapport à un couple de retraité.

L'indépendance est un but de traitement en réadaptation spécifique à chaque personne. Notre société et le monde culturel déterminent les activités importantes et les moins importantes selon l'âge, le sexe ou le statut social de la personne. L'association Américaine des ergothérapeutes en 1979 a décrit que l'indépendance visée dans les activités était établie selon

« des degrés, et en fonction de l'âge des personnes ou de leur handicap ». Prenons comme exemple l'activité « habillage » c'est quasiment une tâche obligatoire pour un adulte mais non obligatoire pour un petit enfant. En dehors de l'environnement, notre culture et notre société sont aussi des facteurs qui conditionnent l'indépendance. (31)

L'autonomie prend souvent le sens d'indépendance fonctionnelle dans certaines spécialités médicales françaises telle que dans la médecine physique et de réadaptation. Autre que ce sens, les auteurs en ergothérapie défini bien séparément le terme d'autonomie et d'indépendance. Le concept d'autonomie est apparu dans la littérature en ergothérapie plus tard que l'indépendance, dans les années 1980. La définition de l'autonomie par Reed et Sanderson a été traduite dans le livre de Sylvie Meyer (31) comme « la capacité d'agir conformément à sa propre volonté ». Creek (2007) ajoute le concept de la pensée : une personne est autonome si elle est capable « d'émettre des jugements et des idées qui lui sont propres ».

D'autres auteurs tel que Rogers explique que l'autonomie est une « condition pour l'indépendance ». Une personne peut être indépendante dans une activité même si elle a besoin d'une aide humaine ou physique, tant qu'elle peut décider par qui, comment et quand elle veut être aidée. (31)

Cependant, l'autonomie est décrite en réadaptation comme une « capacité complexe » car elle est conditionnée par « la motivation et par des habiletés cognitives [...] ». Il faut donc à la personnes la capacité de mémorisation et d'analyse pour savoir quelle tâche il faut effectuer, quand et comment.

En réadaptation, et notamment avec les personnes post- AVC, nous avons vu que l'apraxie, l'agnosie, l'héminégligence et les troubles mnésiques sont souvent associés à un déficit moteur et/ou sensitif. Une perte de motivation et une dépression peuvent aussi être présentes. Ces troubles altèrent l'autonomie de la personne et compliquent donc le but du thérapeute qui est l'autonomie et l'indépendance dans les ADL et IADL. L'autonomie est aussi décrite comme un processus dynamique. Elle peut donc être modifiée en fonction de la personne mais aussi des événements. L'autonomie peut donc être travaillée et son degré peut être fluctuant selon les périodes de la réadaptation. C'est au thérapeute d'utiliser différents moyens tel que *l'empowerment* pour maintenir la personne motivée dans son processus de changement afin de gagner en autonomie. (31)

Si nous reprenons les définitions de ces deux termes établies par le cadre conceptuel du

groupe terminologie:

Indépendance : « Le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisantes ».

Autonomie : « La liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci ».

Nous retrouvons dans ces définitions la différence notable entre les deux termes. Cependant, les activités de la vie de tous les jours sont classées différemment selon les auteurs en ergothérapie. Les ADL et IADL ne sont pas les mêmes pour tous. Ce sera donc à la personne de choisir de travailler les activités qu'elle a l'habitude de faire dans son quotidien.

Seulement, pour effectuer une activité nous avons dit qu'il fallait avoir des capacités physiques et cognitives adaptées, ainsi que la motivation et la liberté de choisir, d'agir, quand et comment débiter l'activité. Nous pouvons dire que pour réaliser entièrement une activité il faut être d'une part indépendant pour celle-ci mais aussi autonome. En réadaptation, l'autonomie et l'indépendance sont au cœur de la pratique. Le but étant de « rendre le patient fonctionnellement indépendant en lui permettant de récupérer la capacité à réaliser des activités de tous les jours socialement attendues [...] » et qu'il adopte « la liberté de décider, et le contrôle de ses actions et de l'environnement [...] ». (31)

A travers l'appartement thérapeutique, les ergothérapeutes peuvent travailler et évaluer l'indépendance et l'autonomie de la personne dans certaines activités ciblées et dans un environnement physique défini. A la suite de cette réflexion théorique, je me questionne sur l'utilisation de cet outil par l'ergothérapeute. Quelles activités sont réalisées par le patient post-AVC dans l'appartement thérapeutique ? Quels sont les objectifs définis ? Est-ce la recherche de l'autonomie ou/et de l'indépendance modifie l'utilisation et l'organisation de l'appartement thérapeutique ? Quelle organisation demande l'utilisation de cet outil ? Quel(s) effet(s) a-t-il sur le transfert des acquis ?

2. Matériel et méthode.

2.1 Choix de la méthode et de l'outil.

A travers ce mémoire d'initiation à la recherche, j'essaye de comprendre comment un ergothérapeute utilise l'outil : appartement thérapeutique avec des personnes post- AVC et comment son utilisation peut-il favoriser le transfert des acquis .

Dans la littérature, il y a très peu de connaissances sur l'utilisation des appartements thérapeutiques par les ergothérapeutes. Aucune méthode d'utilisation normalisée ou de recommandation n'ont été éditées. Seule l' ANAES (28) a énoncé dans les stratégies et organisations du « retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral » que des mises en situations dans un appartement thérapeutique étaient souhaitables. Il n'y a pas assez de données dans la littérature pour formuler une hypothèse. Un protocole expérimental de deux groupes de personnes post- AVC l'un utilisant l'appartement thérapeutique et l'autre non, ne peut être envisagé dans le cas de ce mémoire de recherche par manque de données, de personnes et de temps. La méthode expérimentale n'est donc pas réalisable.

La *méthode clinique* vise la découverte de savoirs par l'analyse de contenu, du récit des sujets. Ici, je cherche à avoir des connaissances du terrain sur l'appartement thérapeutique: à comprendre l'apport de cet outil en réadaptation pour les personnes post- AVC dans le but de favoriser le transfert des acquis, l'apport dans la pratique de l'ergothérapeute, ainsi que l'organisation que demande cet outil dans le centre de rééducation. Cette méthode semble être la méthode de recherche la plus appropriée. Les ergothérapeutes pourront m'apporter leurs expériences, leurs avis et leurs remarques sur l'utilisation de cet outil dans un but de transfert d'acquis. Cette méthode est appelée méthode exploratoire. Elle se définit par la recherche d'un sujet encore peu connu ou inconnu, ou au contraire trop « stéréotypé » car trop vu, sans partir d'une hypothèse ou d'une variable mais plutôt d'une recherche large en abordant des points de vues différents pour obtenir une « information très générale ». (48) J'explore alors ce qu'il y a sur le terrain par les remarques et expériences des ergothérapeutes.

Pour la méthode clinique, *l'entretien* est un outil conseillé. En méthode exploratoire, nous nous intéressons à la parole du sujet, à la description de son expérience. L'entretien est défini

comme « un instrument d'investigation spécifique, qui aide donc à mettre en évidence des faits particuliers » (49). C'est « l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal » (49). Ici j'analyse comment l'ergothérapeute utilise l'appartement thérapeutique en réadaptation avec des personnes post- AVC, et quelles organisations, physique et administrative, demandent cet outil. A travers l'entretien l'interviewer est à l'écoute de l'autre. Le sujet raconte, énonce sa vision sur les faits. Les faits concernent les pensées construites (les systèmes de représentations tels que les opinions, les attitudes et les valeurs) et les faits expérimentés. (49)

Le but étant de recueillir des informations sur l'utilisation de l'appartement thérapeutique par chaque ergothérapeute pour en définir ses atouts et ses limites. Je cherche à travers l'entretien de rentrer en relation avec le sujet par sa mise en confiance, et en lui montrant que ses propos, ses remarques, sa façon de faire m'intéressent.

L'entretien est un outil intéressant dans la mesure où « chaque entretien est une situation singulière susceptible de produire des effets de connaissance particuliers » (49). Ce sont les dialogues et les échanges différents selon les ergothérapeutes qui vont enrichir les savoirs sur cet outil. L'entretien demande des ajustements tout au long de la passation et selon les personnes interrogées. (49) Par la diversité de la façon d'utiliser cet outil, les informations recueillies pourront être plus ou moins confirmées d'un ergothérapeute à l'autre.

Cet technique de recueil de données fait partie d'un processus exploratoire. C'est à dire que lors de la passation de l'entretien, le chercheur est face à l'inattendu. Il écoute et comprend seulement les paroles dites par l'interviewé. Mais il peut l'emmener à réfléchir, ou se questionner pour aller plus loin dans la réflexion. Cet outil « contient une possibilité permanente de déplacements du questionnement et permet un processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèses tout au long de la recherche [...] ». (49)

Pour avoir toutes les informations en rapport avec mon cadre théorique, je choisi l'entretien semi-directif. Cette méthode va me permettre de recueillir les informations nécessaires et cohérentes avec mon cadre théorique. L'entretien semi-directif permet aussi de faire ressortir d'autres informations au quelles je n'aurai pas pensé. Laisser la parole libre à la personne interrogée sur un thème précis peut emmener à des réponses plus complètes et personnelles. Je peux m'arrêter sur un sujet qui me questionne, m'intéresser à des questions nouvelles tout en gardant une cohérence dans mon entretien.

2.2 Choix de la population.

La population d'une enquête est définie comme les personnes susceptibles d'être capable de répondre aux questions que l'on se pose. (49) Elle en découle souvent de l'objet de recherche.

Ici : En ergothérapie, quels sont les intérêts et les limites d'utilisation d'un appartement thérapeutique pour favoriser le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne des personnes victimes d'un AVC ?

Je choisis d'interroger les ergothérapeutes sur leur pratique de l'appartement thérapeutique avec des personnes post- AVC. Je cherche à comprendre comment ils l'utilisent et comment son utilisation pourrait favoriser le transfert des acquis de la personne victime d'un AVC dans ses activités.

J'ai choisi trois critères d'inclusion :

- Des ergothérapeutes français diplômés d'état (sans tenir compte de leur année de diplôme).
- Des ergothérapeutes travaillant dans une structure avec la présence d'un appartement thérapeutique en fonction.
- Des ergothérapeutes qui utilisent l'appartement thérapeutique en neurologie avec des personnes victimes d'un accident vasculaire cérébrale.

D'après mes recherches, en région PACA très peu d'établissements possèdent un appartement thérapeutique avec une utilisation en neurologie et plus précisément avec des personnes post-AVC. Ma recherche s'étend donc sur toute la France.

Afin de sélectionner les ergothérapeutes répondant à ses critères, j'ai fait des recherches sur les établissements de France possédant un appartement thérapeutique. J'ai utilisé les sites internet de présentation des établissements de rééducation, j'ai posté sur plusieurs forums et réseaux sociaux ma recherche d'établissements possédant cet outil et j'ai envoyé des mails aux personnes qui m'ont été recommandées.

J'ai contacté les établissements pour avoir un des ergothérapeutes par téléphone et par mails afin de vérifier si les ergothérapeutes de leur service utilisaient l'appartement thérapeutique avec des personnes en post- AVC.

Sur une sélection de 15 établissements, 8 équipes d'ergothérapeutes répondaient aux critères et 4 ergothérapeutes ont bien voulu participer à mes entretiens. Les ergothérapeutes travaillent dans 4 établissements différents.

2.3 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données.

Afin de mener à bien mes entretiens semi-directifs, j'ai réalisé un guide qui va me permettre d'échanger avec les professionnels en gardant en tête ce que je cherche concrètement. Le guide d'entretien est une « reformulation des questions de recherches en questions d'enquête pour l'interviewé » (49). Je fais découvrir mon thème de recherche à travers des questions générales mais thématiques par lesquelles la personne pourra s'exprimer facilement et en toute honnêteté.

A partir du livre « l'enquête et ses méthodes » (49), j'ai choisi de faire un guide d'entretien à partir de thèmes et de sous thèmes se référant aux dimensions du cadre théorique. (Annexe 3) Ce guide me sert à structurer les échanges sans diriger le discours. Il a pour but « d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés ». Je dois obtenir un discours librement formé par l'interviewé mais répondant à mes questions.

A la suite de la construction de mon guide, je réalise une fiche avec quelques stratégies d'intervention. Je note à chaque sous-thème les stratégies que je pense être utiles d'utiliser au cours des échanges. Pour savoir quels sous-thèmes et quelles stratégies choisir, je teste l'efficacité de mon guide en échangeant avec une personne. Cette préparation me permet de prévoir et d'organiser mes propos.

Roethlisberger et Dickson sont deux auteurs considérés comme les fondateurs de l'entretien appliqué à l'enquête. (49) Autres que les stratégies d'interventions verbales, ils expliquaient l'importance de l'attitude générale de l'interviewer. Je dois alors être « patient, bienveillant, parfois intelligemment critique, non autoritaire ; il ne devait pas conseiller, juger, ni discuter avec l'interviewé ». (49) En prenant cette posture je suis apte à écouter et à encourager les paroles de la personne.

2.4 Déroulement de l'enquête.

Les ergothérapeutes ayant répondu favorable à ma demande d'entretien ne sont pas à proximité. J'ai donc effectué mes entretiens par appels vidéos pour des raisons de faisabilité au vu de la distance des établissements. La prise de contact avec ces professionnels s'est faite soit par mails soit par appels téléphoniques.

Différents paramètres rentrent en jeu lors d'un entretien (49).

-L'environnement spatial : Pour les entretiens par appel vidéo, je décide de me placer à mon bureau à mon domicile, dans un environnement calme où les échanges pourront se faire dans la confiance.

-L'environnement temporel : La date et l'heure des entretiens sont décidées selon prioritairement les disponibilités du professionnel.

-Le cadre : A chaque début d'entretien j'explique les motifs de l'entretien, ce que l'interviewé peut m'apporter, le thème et les différentes parties de mon entretien. Je demande si j'ai l'autorisation d'enregistrer nos échanges dans le but de tout retranscrire par la suite pour l'écrit du mémoire.

-Les stratégies d'intervention : Comme expliqué pour la construction du guide d'entretien, j'utilise au cours des échanges des stratégies verbales pour enrichir le discours. Ces stratégies sont le plus souvent sous formes de *consignes* pour aborder un nouveau thème ou sous thème et de *relances* pour guider le discours et faire réagir l'interviewé durant les échanges.

A la fin des entretiens je remercie les personnes de leur disponibilité et de leur engagement durant cet échange et je rappelle que tous les propos restent anonymes.

2.5 Choix des outils de traitement de données.

L'analyse des données se fait sur l'ensemble des entretiens que l'on appellera corpus. La retranscription de chaque entretien est en annexe. (Annexe 4,5,6 et7)

Je me cherche à « interpréter un contenu», l'analyse thématique est recommandée. (50) C'est une découpe transversale du corpus. Je ne suis plus la suite logique que mon guide d'entretien m'a permis d'obtenir. Je sélectionne un thème commun aux entretiens et j'extrais les données se rapportant à ce thème. L'unité de découpage est ici le thème.

Une grille d'analyse est essentielle afin de recueillir toutes les données et les catégoriser. Cette grille (annexe 8) sera utilisée pour tous les entretiens. Elle doit contenir des thèmes et des sous-thèmes comme la construction du guide d'entretien. En décomposant au maximum l'information je minimise les interprétations non-contrôlées. (50) J'évite alors les déductions ou la généralisation.

Cet outil est explicatif, je cherche à produire des résultats. Pour créer cette grille, j'effectue une première lecture complète de chaque entretien pour ensuite en dégager les thèmes

principaux. Les autres lectures permettront de trouver les sous-thèmes. Ces thèmes sont confrontés aux données recueillies ainsi qu'aux modèles et concepts théoriques vus précédemment. J'utilise un logiciel d'analyse quantitative de données pour mettre en évidence les occurrences des mots de l'ensemble du corpus par une recherche de mots lexicaux.

A la lecture des résultats, trois grands thèmes sont repérables.

Les termes séjour, activité, rééducation, capacité, réadaptation, entretien, autonomie, indépendance, occupation et quotidien, ainsi que les verbes cuisiner, se laver, entretenir, prise de conscience, s'évaluer, faire, utiliser, se mettre en situation, s'organiser, s'ennuyer, acheter, faire des choix, tester, sortir, gérer, font références aux occupations que la personne pourrait avoir lors de son séjour en appartement thérapeutique. Mon premier thème sera :

L'occupation au sein de l'appartement thérapeutique.

En prenant en compte mes lectures et l'analyse des occurrences j'effectue les sous-thèmes de ma grille d'analyse. Ce sont des indicateurs qui pourront m'aider à relever les informations des entretiens selon mes thèmes. Ici je sélectionne : la durée des séjours, les activités, l'autonomie et l'indépendance, les objectifs et la définition de l'appartement thérapeutique selon l'ergothérapeute.

Mon deuxième thème se base sur l'environnement. Les termes environnement, famille, statut, transfert, domicile, thérapeutique, acquis, tremplin, lieu de vie, règles, transition, sécurité, ainsi que les caractéristiques physiques des appartements thérapeutiques selon les ergothérapeutes forment mon deuxième thème : *Interactions personnes/environnement.*

Ici je note comme indicateurs le transfert des acquis, l'influence de la famille, l'influence du statut de la personne, l'environnement physique de l'outil (situation, taille, aménagements, matériels...).

Et mon troisième thème se rapporte au lien entre l'outil et la pratique de l'ergothérapeute. Les termes organisation, outil, utilisation, actes, besoin, moyen, objectif, réunion, garant, transition, sécurité, compétence, procédures ainsi que les verbes retrouver, tester, évaluer, accompagner, apporter, informer, montrer, valoriser, préparer, travailler, organiser, rédiger, occuper, stresser, observer, ré-entraîner sont représentatifs de *la place de l'outil dans la pratique de l'ergothérapeute.* Les indicateurs seront l'organisation des séjours, les rôles et compétences de l'ergothérapeute, les modalités de travail et la cotation des actes.

A l'aide de ma grille d'analyse je regroupe les données des entretiens en fonction des

différents thèmes (annexes 9,10, et 11). J'effectue une analyse transversale de l'ensemble des entretiens. Pour cela, j'utilise un logiciel qui permet de sélectionner les phrases énoncées par l'interviewé et de les regrouper selon le thème appelé nœud. C'est le principe de l'encodage.

3. Résultats.

3.1 Présentation des données.

Les ergothérapeutes sont nommées E1 E2 E3 et E4 représentant respectivement les entretiens 1,2,3 et 4. Les ergothérapeutes interviewées étant toutes des femmes, le pronom personnel « elle » sera utilisé.

Afin de présenter mes données je fais une analyse verticale des différents entretiens par un résumé de chaque.

- L'E1 utilise l'appartement thérapeutique depuis 5ans, il y en a deux dans le parc du centre. Pour l'ergothérapeute, cet un espace de vie se rapproche au mieux de l'environnement et du quotidien de la personne, elle pourra ainsi tester ses capacités dans la réalisation des activités quotidiennes et instrumentales. La famille peut être acceptée mais le but est de vraiment laisser la personne en toute autonomie. L'ergothérapeute nomme cet outil appartement tremplin.

Dans ce service, l'outil est utilisé dans un but évaluatif. Elle note 3 objectifs principaux : Évaluer les capacités d'autonomie et d'indépendance. Quantifier le besoin en aides techniques et aides humaines. Et la mise en confiance de la personne. Beaucoup de services utilisent cet outil, et plus particulièrement en neurologie où l'E1 est référente.

Le statut des personnes acceptées à utiliser cet appartement est varié : HDJ, interne et externe. Ici, nous parlons de personnes en post- AVC. Durant le séjour qui s'étale du lundi au vendredi midi, la personne vaque à ses occupations. Elle peut continuer ses séances de rééducation ou non. Cela dépend des objectifs fixés. L'E1 utilise le MCRO pour formuler les objectifs avec la personne pour viser l'occupationnel. Cependant, l'autonomie et l'indépendance restent la priorité de l'E1. Le séjour permettrait d'une part de faire prendre conscience à la personne que l'ennui peut s'installer, que de l'aide sera obligatoire pour certaines activités, et que des nouvelles demandes peuvent aussi être faites. D'autre part pour l'E1 cela permet d'évaluer l'autonomie et l'indépendance de la personne dans ses activités domestiques et personnelles. Durant ce séjour, l'E1 voit sa charge de travail augmentée. Comme elle est le garant du bon déroulement, elle s'engage sur toute la durée du séjour. Le lundi matin elle s'occupe avec le patient des achats indispensables à faire avant de rentrer dans l'appartement (courses, médicaments). Elle est présente durant les premiers repas, elle montre le fonctionnement de

l'appartement tremplin et aide à installer la personne. Elle passe quelque fois durant la semaine, et aide à faire le déménagement le vendredi. Aussi, la semaine qui précède le début du séjour, elle établit durant les séances avec la personne : la liste des achats à faire, la démonstration de tous les équipements de l'appartement et de la domotique, des papiers à fournir, et de l'organisation des différents professionnels libéraux qui vont intervenir. Ensuite, après le séjour elle écrit si besoin un bilan pour l'envoyer à la MDPH, pour préparer le déménagement de la personne dans son domicile avec les aménagements à faire et les aides humaines à mettre en place. Pour faire face à cette charge de travail supplémentaire elle allège ses prises en charges quotidiennes. Les actes durant le séjour sont cotés selon CESAR ainsi que les activités faites à posteriori.

Pour l'E1, l'appartement reflète un environnement proche de celui du patient ce qui apporte un plus dans les mises en situation pour favoriser le transfert des acquis.

L'utilisation de cet outil entraîne à un travail pluridisciplinaire entre l'E1 les libéraux et les professionnels du centre. Des réunions pluridisciplinaires sont organisées entre professionnels et d'autres aussi avec le patient et la famille.

Cet outil facilite les mises en situations dans un aspect dit quasi-écologique, favorisant le transfert des acquis dans le quotidien de la personne. C'est un outil très intéressant pour les prises en charge en ergothérapie. Cependant il reste chronophage si on n'a pas de compétence dans l'organisationnel. Comme cet outil est pratiquement tout le temps occupé, elle aimerait qu'il y ait un appartement en plus afin d'avoir la possibilité de faire plus de séjours pour une personne. Il valorise les activités du centre de rééducation et est aussi ouvert à des artisans pour suivre des formations pour obtenir le label handicap.

- L'E2 utilise l'appartement thérapeutique depuis 5ans, et le nomme appartement tremplin. Elle définit cet outil comme un lieu de vie qui lui permet à elle et aux ergothérapeutes de mettre en situation la personne afin d'évaluer ses capacités d'autonomie et d'indépendance dans les activités instrumentales et non instrumentales. Ce lieu de vie permet aussi à la personne d'expérimenter une vie seule, et de le mettre en confiance ainsi que sa famille. Le but étant l'autonomie totale de la personne, la présence de la famille n'est pas souhaitée dans l'appartement mais n'est pas interdite non plus. Dans la plupart des personnes, leurs projet de vie est de retourner dans un domicile où elles vivront seules. Des procédures de fonctionnement ont été formulées dès la construction de l'appartement

tremplin par un groupe d'ergothérapeutes, du cadre et du médecin. Un protocole administratif et un d'urgence. L'organisation n'est pas strictement écrite, c'est selon la demande du patient. Seule la durée du séjour est fixée. Du lundi au vendredi avec possibilité de renouvellement. Deux appartements thérapeutiques sont à disposition, un studio et un T2. Ils se trouvent à 100m du centre de rééducation sur le parc du centre. L'E2 intervient fréquemment sur le lieu ainsi que des professionnels libéraux.

Les objectifs selon l'E2 sont l'évaluation de l'autonomie et de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, l'évaluation des besoins en aides techniques et humaines et la prise de conscience de la personne. Même si l'autonomie et l'indépendance sont deux concepts travaillés et évalués simultanément, cet outil permet une évaluation de fond dans le domaine de l'autonomie.

L'E2 fixe ses objectifs selon une « grille d'entretien ergo » qui est basée sur un modèle visant l'occupation.

L'utilisation de cet outil avec des personnes en post- AVC est très intéressante car le projet de vie des personnes est souvent de rentrer vivre seul. Donc il permet au mieux de se rapprocher de l'environnement du patient, de favoriser le transfert des acquis, et de pouvoir faire des essais de différentes aides techniques. L'appartement joue bien le rôle de tremplin entre la rééducation et le domicile. Par l'absence d'aidants familiaux, la personne doit gérer seule le programme des intervenants. Cette semaine lui sert donc à se familiariser avec la programmation des intervenants libéraux et ses heures de rééducation, et apprendre à gérer ses activités en fonction de cela.

Les séjours demandent beaucoup de travail à l'E2 et sont toujours stressants dans la mesure où elle a une responsabilité prenante. Le protocole de sécurité et le passage régulier de l'infirmière libérale rassurent l' E2.

Le séjour se prépare une semaine à l'avance durant les séances de rééducation. L'E2 explique le fonctionnement de l'appartement, ils effectuent la liste des achats pour la semaine, les menus, et mettent en place des activités spécifiques si besoin. Les affaires du patient sont préparés par les aides soignantes si il est interne ou il vient avec ses affaires si il est externe ou en HDJ. L'E2 accompagne le patient le lundi matin pour faire les achats et aide le patient à s'installer dans l'appartement. Ils mangent ensemble le premier midi et l'E2 passe selon les besoins de la personne durant la semaine. Le déménagement se fait le vendredi midi par l'aide de l'E2.

L'utilisation de cet outil est un travail d'équipe. L'E2 travaille dans un modèle pluridisciplinaire où chaque compétence des professionnels est bien définie. Cependant l'utilisation de cet outil permet de mettre en avant pratiquement toutes les compétences d'un ergothérapeute.

Les actes durant le séjour sont cotés par le système du PMSI, ainsi que les réunions et activités en rapport avec l'utilisation de l'appartement tremplin.

Cet outil est aussi utilisé pour faire des démonstrations d'aides techniques et peut être un lieu de formation pour des artisans ou ingénieurs. Il valorise bien l'activité du centre de rééducation, elle en est très satisfaite. Des limites ont été cependant relevées tel qu'un environnement parfois peut être trop sécurisant, sans que la personne ait ses habitudes donc se rapprochant de l'environnement propre au patient mais pas écologique. Et la durée du séjour peut parfois être trop courte pour prendre conscience de tout.

- L'E3 a commencé à utiliser l'appartement thérapeutique et est devenue référente de l'outil en 1998. Il y a actuellement trois appartements thérapeutiques situés dans un petit village proche du centre de rééducation.

Pour elle, les appartements sont mis en place pour que les personnes puissent vérifier leurs capacités à vivre de façon autonome avec si besoin des aides techniques ou aides humaines. Le projet de vie des patients est souvent le retour seul à domicile, la famille n'est donc pas acceptée dans l'appartement thérapeutique.

L'E3 nomme cet outil l'appartement transitionnel. C'est un outil qui permet la transition entre le centre de rééducation et le domicile de la personne. Elle différencie les appartements transitionnels et les appartements thérapeutiques par leur localisation et la présence de certains intervenants. Pour l'E3, l'appartement thérapeutique se trouverait au sein même de la structure de rééducation et les intervenants pourraient être les professionnels du centre. Ici, les appartements transitionnels sont gérés par le centre de rééducation mais seules l'E3 et l'assistance sociale sont des professionnels du centre intervenant sur le lieu de vie, sinon ce sont des professionnels libéraux.

Cet outil est utilisé avec toutes les pathologies sauf les tétraplégies hautes et les personnes qui nécessitent une intervention de nuit.

Les personnes bénéficiaires de cet outil sont appelés résidents. Il viennent soit du centre médical ou d'une autre structure. La personne externe passe 15 jours en SSR avant d'entamer

son séjour dans l'appartement transitionnel. Ces 15 jours permettent à l'E3 de faire le point sur ses capacités et incapacités afin de mettre en place certaines aides lors du séjour.

Le résident entre dans l'appartement transitionnel pour une durée minimale d'un mois. La durée du séjour dépend des besoins, des demandes et du temps de la recherche de son futur domicile.

Il paye un loyer, des charges selon sa consommation, une assurance de responsabilité civile et une caution lui ai demandées. Cela implique que le résident ne paye pas d'autre loyer à coté et qu'il ait les moyens financiers. Il n'y a pas besoin d'une notification de la MDPH.

L'E3 et l'assistance sociale se déplacent sur le lieu de vie une fois par semaine pour faire le point avec la personne. Le rôle de l'E3 est d'accompagner la personne à trouver son propre logement, à l'équiper selon les besoins de la personne et à mettre en place un service d'aides humaines si il le faut. Le résident est totalement autonome et indépendant durant la location de cet appartement.

Les auxiliaires de vie et les intervenants libéraux sont garants du bon fonctionnement du séjour.

Cet outil permet de mettre en situation la personne, de mettre en pratique ce qu'elle apprend en centre de rééducation, de prendre conscience des activités où elle a besoin d'aide, avant de commencer sa vie dans un logement seule. Pour l'E3 ce long séjour permet de faire émerger des demandes mais aussi des comportements addictifs.

C'est un travail d'équipe important qui rattache les libéraux aux professionnels du centre de rééducation. Une bonne organisation entre les intervenants est nécessaire. Pour cela, des réunions sont organisées fréquemment avec l'E3, l'assistante sociale, les auxiliaires de vie et le psychologue du centre de rééducation pour discuter des résidents reçus dans l'appartement.

Les activités liées à l'utilisation de cet outil sont côtés dans une grille hors PMSI. Selon l'E3 l'insécurité est une limite de cet outil.

- L'E4 utilise l'appartement thérapeutique depuis 10mois. Elle appelle appartement thérapeutique ou appartement de réadaptation. Il y a 9 appartements thérapeutiques (studios et un T2) regroupés dans un service spécifique appelé le service de réadaptation. Une infirmière et une aide soignante sont référentes du service. Il est situé au sein même de l'établissement. Pour l'E4, cet outil est un lieu de transition entre la vie hospitalière et la vie à l'extérieur. La famille est acceptée seulement si elle fait partie d'un objectif de la personne. Le but recherché

par cet outil est l'autonomie et l'indépendance complète de la personne, avec ou sans aide. Pour l'E4 c'est un moyen en ergothérapie et surtout un moyen d'évaluation. Les objectifs seront d'évaluer le besoin en aides techniques et humaines, et de faire prendre conscience à la personne de ses capacités et incapacités.

Le séjour dure 3 semaines pour des personnes venant du centre, et 4 semaines pour les personnes extérieures au centre. Elles travaillent leur autonomie et indépendance dans toutes sortes d'activités au sein de l'appartement mais aussi en dehors (courses, sorties, loisirs, gérer le budget).

La première semaine est réservée à l'évaluation des capacités et incapacités de la personne et à la période d'habituance avec le nouveau matériel. Par la suite, l'ergothérapeute accompagne la personne dans son installation puis elle observe et évalue la progression de la personne dans les activités, les prises de décisions et le budget. Une réunion pluridisciplinaire est faite à mi séjour pour discuter sur les objectifs atteints, le déroulement du séjour et les objectifs futurs. En fin de séjour, l'E4 rédige un compte rendu avec tous les éléments indiquant les besoins de la personne, les aménagements et les conditions du retour à domicile. Cet outil favorise le transfert des acquis, l'E4 note une évolution positive, mais il n'y a pas d'évaluation réalisée au domicile de la personne pour certifier que ce qu'elle mis en place est utilisée dans son quotidien une fois à domicile.

L'utilisation de l'appartement thérapeutique et son organisation sont entièrement précisées dans la procédure. Son utilisation change selon le statut de la personne, ses objectifs et le besoin en aides.

L'E4 a un rôle d'évaluateur et d'accompagnant physique mais aussi un rôle dans le processus de changement de la personne post- AVC. Toutes les compétences de l'ergothérapeute sont mis en avant surtout organisationnelles. Cet outil valorise le centre de rééducation mais permet aussi de diversifier la pratique de l'ergothérapeute.

Cependant quelques limites ont été notées tels que le temps limité du séjour avec une charge de travail importante pour l'ergothérapeute, la quantité de matériel et le budget fixé pour réaliser les activités à l'extérieur et autre.

3.2 Analyse des données.

J'utilise les encodages réalisés sur le logiciel, à partir de ma grille d'analyse, pour analyser les

résultats. J'effectue une analyse transversale de l'ensemble du corpus en utilisant l'analyse thématique. Les trois thèmes sont annexés selon les pages d'encodages (annexe).

3.2.1 Présentation de l'échantillon

Les 4 ergothérapeutes interviewées sont toutes des femmes.

L' E1 et l' E2 ont été diplômées respectivement en 2007 et 2006, L' E3 en 1991 et l' E4 en 2016.

L' E1 et l' E2 utilisent l'appartement thérapeutique depuis 5ans, l' E3 depuis 19ans et l' E4 depuis 10mois.

3.2.2 L'occupation au sein de l'appartement thérapeutique.

Nous analysons ici les activités réalisées par les personnes durant leur quotidien dans l'appartement thérapeutique à partir de la page d'encodages du thème 1.(annexe 10)

Selon les ergothérapeutes, cet outil a pour but pour la personne de « tester ses capacités dans ses activités personnelles et domestiques » (E1 ref2), « permettre de se mettre en situation et de voir pour lui si il est capable de vivre seul » (E2 ref1), « [...]puissent vérifier leur capacité à vivre de façon autonome avec si besoin aides techniques et aides humaines » (E3 ref1), « prendre conscience de ses capacités et incapacités » (E4 ref2).

La durée du séjour dépend des protocoles établies. Pour l' E1 et l' E2 ce sont des séjours de 5jours, du lundi au vendredi. Pour l' E3 la durée est indéterminée, le résident rentre dans l'appartement et ne ressort que lorsqu'il a trouvé un logement adéquate avec la mise en place des aides nécessaires. La durée minimale est d'environ d'un mois. Pour l' E4, la durée est de 4 semaines pour des personnes arrivant d'un autre établissement, et de 3semaines pour les personnes du centre de rééducation.

L'activité est définie selon les ergothérapeutes comme « ce que fait une personne du matin au soir. C'est ce qu'on fait en permanence, qu'elle soit personnelle ou domestique, toilette, habillage, les déplacements, la vie sociale, l'activité est très large » (E1 ref22), « une activité est un ensemble de tâches que la personne effectue » (E3 ref10), « les activités reflètent les occupations de la personne » (E3 ref11), « une activité est quelque chose dans laquelle la personne s'investit, soit dans des activités obligatoires soit de plaisir » (E4 ref23). « C'est une façon d'interagir avec le monde extérieur » (E4 ref24), « en fait ce sont les occupations de la

personne durant son quotidien » (E4 ref25).

Durant le séjour, les personnes réalisent le plus souvent les activités de la vie quotidienne. La personne est amenée à « faire des choix selon les activités qui leur sont le plus significantes » (E1 ref10). «Généralement ce sont plus les activités de la vie quotidienne les plus ciblées » (E2 ref19), « les activités de la vie quotidienne, puis les activités de la vie instrumentales mais aussi des loisirs » (E3 ref8). Ici les activités en commun sont: se laver, s'habiller, manger, se déplacer et l'entretien de l'appartement et du linge. Pour l' E1 et l' E2, l'entretien du domicile et du linge ne se fait pas obligatoirement. Mais ce sont des activités pouvant être envisagées. Il peut y avoir des activités instrumentales « plus élaborées comme aller acheter du pain [...] » (E3 ref12) et des activités de loisirs « faire de la zumba » (E3 ref9). Pour l' E1, l' E2 et l' E4 les personnes poursuivent leur rééducation durant la semaine, tandis que pour l' E3, « le résident est totalement autonome » (E3 ref6), « il fait les activités qu'il veut » (E3 ref7) et il peut aussi participer aux séances de rééducation du centre « la personne peut venir 1 à 2 fois par semaine ça dépend des objectifs de rééducation au sein du pôle de rééducation » (E3 ref16).

Pour les personnes victime d'un accident vasculaire cérébrale, le plus compliqué selon l' E1 est de « gérer son quotidien selon les interventions des professionnels durant la journée » (E1 ref5). Dans le cas de l' E1, l' E2 et l' E3, des professionnels libéraux interviennent dans l'appartement thérapeutique. Pour l' E4, les appartements thérapeutiques sont au sein même d'un service spécifique à la réadaptation, donc ce sont les professionnels du centre qui interviennent. L'intervention de libéraux est « une grosse gestion pour la personne » (E1 ref6), il faut qu'elle « se familiarise avec les intervenants d'aides à domicile » (E2 ref15) « pour organiser ses activités en fonction de leurs arrivées » (E2 ref16). Dans ce cas là, il y a un « apprentissage à l'organisation des aides humaines à domicile » (E1 ref4) par l'ergothérapeute.

Pour l' E1, l'E2 un aidant familial peut être présent dans certains cas, selon les objectifs fixés. La présence de cette personne a pour but de « retrouver son rôle dans la sphère familiale » (E1 ref3).

Durant le séjour, les ergothérapeutes laissent libre la personne. « L'idée c'est de leur laisser de la liberté » (E1 ref16), pour que « les personnes s'aperçoivent que les journées sont longues » (E1 ref17), « on a besoin que les gens s'ennuient parfois pour qu'ils aient des envies » (E1

ref18). Ici, l'ergothérapeute pousse la personne à prendre des décisions et l'emmène à « prendre conscience de beaucoup de choses » (E1 ref12) pour peut-être faire ressortir des demandes encore non envisagées. Aussi, pour l' E3, habiter seul un logement peut faire ressortir des comportements à risque, tel que la consommation d'alcool ou de drogue: « [...] durant ces mois, on voit aussi les problèmes d'alcool qui peuvent surgir » (E3 ref4), « des addictions peuvent être présentes ». (E3 ref5).

L' E2 considère les séjours comme « un travail de fond dans le domaine de l'autonomie ». (E2 ref6). Même si l'indépendance dans les activités est beaucoup travaillée, l'autonomie est très recherchée car dans la plupart des cas, le projet de vie de la personne est d'habiter seul un logement. L' E4 note que « la vie seule demande [...] de l'indépendance et de l'autonomie ». (E4 ref5) « Dans cet outil [la personne] peut avoir le choix de faire les choses » (E4 ref8). L' E2 note bien la différence: « on sait que la personne est indépendante dans la préparation d'un repas mais là durant le séjour on va voir si elle est autonome dans le choix des recettes, l'heure à laquelle il faut commencer à préparer, l'heure à laquelle elle va manger [...] » (E2 ref5)

L' E1 est « centrée sur l'occupation » (E1 ref24), « on cherche le rendement de l'activité » (E1 ref25). Les ergothérapeutes ont en commun le but de mettre à disposition des aides techniques pour que la personne puisse être autonome et indépendante dans ses activités. Comme l'explique l' E1 la demande d'un scooter électrique d'un patient pour ses déplacements à l'extérieur est née grâce aux mises en situation effectuées durant le séjour. « [...] il a du prendre conscience qu'il pouvait faire encore plus de choses si il en avait les moyens » (E1 ref14)

Durant les séjours une multitude d'activités peut être envisagées, cependant les ergothérapeutes notent des limites liées aux envies de la personne « [...] si elle est trop fatiguée » (E1 ref8). Aux revenus du résident, dans le cas de l' E3, la personne est locataire du logement donc elle paye un loyer. Les sorties sont ici à la charge de la personne donc certaines activités peuvent être rétribuées. Et aux limites institutionnelles, pour l' E4 les personnes ne peuvent pas manger chaud le soir, c'est interdit par le protocole de sécurité « [...] ils mangent soit au réfectoire, soit ils mangent froid » (E4 ref10), « ça ne représente pas exactement la vie quotidienne telle qu'elle sera au domicile futur de la personne » (E4 ref11).

3.2.3 Les interactions personne/environnement.

Ce deuxième thème regroupe les différentes remarques des ergothérapeutes sur la question des interactions entre la personne et son environnement physique mais aussi social. L'analyse est faite à partir de la page d'encodage du thème 2. (annexe11)

Pour toutes les ergothérapeutes l'appartement thérapeutique est un lieu de vie défini de différentes manières. La représentation de chacun définit le terme d'appellation de l'outil. L' E1 et l' E2 nomme l'outil appartement tremplin « on les appelle appartements trempins et appartements thérapeutiques quelques fois » (E1 ref31), «[...] l'appartement tremplin » (E2 ref6). Elles définissent l'outil comme « un espace de vie qui est dit écologique » (E1 ref1), « proche du quotidien de la personne » (E1 ref2), « je trouve que l'outil porte bien son nom » (E2 ref18) « ça joue bien le rôle de tremplin entre la rééducation et le domicile de la personne » (E2 ref19). L'appartement tremplin « est à 100m de l'entrée de l'établissement, mais il reste sur le terrain du parc du centre. » (E2 ref8).

Pour l' E3 « nous on l'appelle toujours appartement transitionnel » (E3 ref17), « nous c'est vraiment un outil de transition entre le centre et le domicile propre de la personne » (E2 ref18). L'appartement transitionnel est situé dans un « petit village à côté du centre » (E3 ref1).

Dans le centre où travaille l' E4, les appartements au nombre de 10, sont situés à un étage dédié au service de réadaptation « un service à part entière » (E4 ref4). « En général on dit appartement thérapeutique ou appartement de réadaptation parce qu'en fait nos appartements font parti d'un grand secteur » (E4 ref3). Elle qualifie l'outil comme un « logement hospitalier » (E4 ref5). Pour elle, la personne vaque à ses occupations mais « ce n'est pas exactement l'environnement matériel et humain de la personne » (E4 ref6).

Selon la taille des appartements mis à disposition, une personne proche à la personne peut être présente la journée. « il peut y avoir des séjours où les personnes de la famille peuvent venir quelques temps durant la journée » (E1 ref3). Pour l' E1 et l' E2, « un studio et un T2 » (E2 ref9) est à disposition. Pour l' E3 ce sont trois T2, et pour l' E4 neuf studios et un T2. Cependant, pour des personnes post- AVC le retour à domicile se fait généralement seule. « C'est vrai qu'en neuro on est plus avec des personnes qui ont un projet de vie de vivre tout seul » (E2 ref10), mais les T2 sont réservés dans les cas où la personne souhaite faire venir quelqu'un durant le séjour. « [...] il y a aussi un T2 dans lequel si besoin un conjoint peut

venir passer le séjour avec le patient » (E4 ref1). Sauf pour l' E3, où tous les appartements thérapeutiques sont des T2 mais où un proche n'est pas accepté. « La famille n'intervient pas dans ce cas. Ce sont souvent des personnes qui retournent à leur domicile seules » (E3 ref19).

La présence d'un proche dans l'appartement fait partie d'un objectif, « la personne retrouve son rôle familial » (E1 ref4), « de le mettre lui et son entourage en confiance » (E2 ref4). Si la personne a un projet de vie de retourner vivre dans le domicile avec la présence de sa famille, l' E1 propose d'autres moyens pour préparer le retour à domicile et transférer les acquis. « Parce que si il y a la famille on utilise moins cet outil, on privilégie plus les week-end thérapeutiques ou même les semaines thérapeutiques lorsque des personnes ont des coupures dans leur rééducation. (E1 ref15).

Le statut de la personne intégrant l'appartement a parfois une influence sur la durée du séjour. Pour l' E1 et l' E2 le séjour dure tout le temps 5jours. « Il y a des personnes d'extérieurs, des internes et ceux en hôpital de jour » (E1 ref6). L'E3 et l' E4 détermine la durée selon le statut de la personne. « le délai du séjour dépend du statut de la personne » (E4 ref10). Pour l' E3, la durée du séjour est d'un mois minimum et se termine lorsque la personne a trouvé un logement adéquate. Seulement les personnes extérieures du centre, passent 15 jours en internat dans le centre pour un bilan d'évaluation de l'autonomie de l'indépendance et des besoins. «[...] soit d'une autre structure, à ce moment là on leur demande de passer 15jours dans le SSR où là je vais les voir pour un peu voir leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne et noter tout ce dont la personne peut avoir besoin » (E3 ref5).

Pour l' E4, les séjours durent 4semaines pour des personnes extérieures au centre et 3 semaines pour les internes. « Si la personne vient de notre centre elle a le droit à 3 semaines, si elle vient d'une autre structure, elle reste 4semaines minimum avec une première semaine qui se base simplement sur l'évaluation de ses capacités et incapacités » (E4 ref 25).

Les objectifs changent selon l'utilisation des appartements, l'ergothérapeute et les besoins du patient. Autre que les activités, l'environnement du patient va être modifié en fonction de ses objectifs.

L' E1 se base sur l'occupation « on est basé sur l'occupation, sur les activités que la personne voudrait réaliser dans un environnement donné » (E1 ref18). Toutes les ergothérapeutes ont la possibilité de faire des mises en situation à l'extérieur. « On part avec eux, en bus ou en

voiture, tout dépend de ce qu'on veut tester » (E1 ref10), « le lundi matin, on fait les courses, on va à la pharmacie » (E2 ref25). pour l' E3, la personne occupant l'appartement est considéré comme locataire, donc elle est totalement autonome et peut si elle le souhaite demander d'être accompagnée dans toutes sorte de démarche, par exemple « [...] une patiente voulait faire de la zumba donc nous l'avons accompagnée dans ses démarches » (E3 ref20). « on peut parfois aller plus loin, donc prendre les transports en commun, la voiture, ou changer de supermarché non pas pour la distance mais pour la grandeur du supermarché » (E4 ref16).

Les résultats de ma pré-enquête m'ont permis de noter que l'environnement est le principal obstacle aux transferts des acquis. (pré-enquête ref1) Ici, les ergothérapeutes interviewées notent que cet outil permet de mettre en situation la personne dans un nouveau lieu autre que la chambre du patient ou la salle de rééducation. Cet outil permet à la personne selon l'E1 de « se tester et voir comment avec ce qu'ils ont appris et réappris en rééducation, ils pourraient se débrouiller chez eux » (E1 ref23), « cet outil permet de faire le lien entre la salle de rééducation et le domicile de la personne (E1 ref29). L'2 note que l'outil « joue bien le rôle de tremplin entre la rééducation et le domicile de la personne » (E2 ref19)

L' E3 note que la personne teste ses stratégies compensatoires « [...] ce qu'elle a acquis comme techniques et compensations en rééducation elle peut les mettre en pratique et elle fera certainement pareil à son domicile » (E3 ref13).

Pour l'E4, « c'est un vrai passage entre la rééducation et le nouveau monde de l'autonomie tout en gardant encore un peu la sécurité de l'environnement du centre » (E4 ref21). « Donc en fait toutes les petites astuces qu'il a, ou qu'on lui a apprise, il peut les appliquer et on voit ensemble ce qui a marché et ce qui n'a pas marché » (E4 ref23).

Autre que mettre la personne en situation, les aidants familiaux peuvent tester le matériel. « la famille aussi peut venir voir les installations pour qu'on leur explique l'utilisation de chaque matériel comme les WC japonais, le rail au plafond... » (E1 ref13). Les aidants sont aussi accompagnés dans le changement de vie de la personne « [...] on l'accompagne jusqu'au retour chez elle en accompagnant aussi les proches dans ce changement» (E2 ref20).

L' E4 parle de « déclic » (E4 ref9). Durant le séjour la personne peut en mettant en œuvre ses techniques de compensations, avoir un déclic pour faire d'autres demandes.

Pour les ergothérapeutes cet outil favorise le transfert des acquis. « comme la personne se met en situation dans un environnement proche du sien, je pense que oui, c'est un très bon outil

pour faciliter le transfert des acquis » (E2 ref21), « je pense que ça favorise le transfert des acquis dans le sens où on se base beaucoup sur la réadaptation » (E4 ref22).

L' E3 note une progression de la personne dans son indépendance en donnant l'exemple d'une personne qui a diminué ses heures d'aides humaines durant le séjour. L' E1 note que les patients sont contents d'utiliser cet outil « très contents d'avoir testés leurs capacités dans un autre environnement que leur chambre » (E1 ref21). L' E2 remarque « que les personnes progressent surtout dans leur autonomie » (E2 ref23) et l' E4 dit avoir « une évolution positive » (E4 ref24).

Cependant des limites environnementales ont été indiquées: « là c'est encore semi, parce que ce n'est pas leur milieu de vie, mais avec cet outil on s'y rapproche au maximum et on en tire quand même une évaluation qui s'y rapproche le plus » (E1 ref26), « je dirais que même si on essaye de se rapprocher au mieux de l'environnement du domicile de la personne ce n'est pas identique » (E2 ref11), « c'est un environnement nouveau donc on n'a pas le côté rassurant où la personne pourrait avoir ses habitudes » (E2 ref12). Pour l' E4 elle note comme limite le fait de pouvoir évaluer les acquis de la personne dans cet environnement là mais elle n'a pas d'évaluation ou d'observation de ce que va faire et comment elle va procéder à domicile. « on peut évaluer le transfert des acquis à la fin du séjour [...] mais pas vraiment au domicile de la personne » (E4 ref20), « on n'a pas de retour de l'expérience une fois rentrée à domicile » (E4 ref19).

3.2.4 La place de l'outil dans la pratique de l'ergothérapeute.

L'analyse est réalisée à partir de la page d'encodage du thème 3 (annexe 12)

Pour l' E1 et l' E2 les procédures de fonctionnement de l'outil ont été rédigées dès la construction des 2 appartements c'est à dire en 2012 « depuis sa création, je crois que c'était en 2012 » (E1 ref1). Bien explicitées, elles regroupent les consignes d'utilisation de l'outil. « les protocoles ont été très bien rédigés, on n'a pas eu besoin pour l'instant de revenir dessus » (E2 ref26). Dans l'établissement de E2, les protocoles ont été rédigés par une équipe d'ergothérapeutes « [...] avant la construction, il y a un groupe d'ergothérapeutes qui a été formé et ensemble elles ont édité des procédures. Elles ont rédigé les protocoles d'utilisation, administratif et le protocole d'urgence. Ensuite pour l'organisation c'est vraiment très varié, donc ce n'est pas forcément tout écrit. Ça dépend de la demande de la personne » (E2 ref8). L' E3 est devenu référent des appartements transitionnels en 1998, il y en a trois, et ils ont été

construits en 1994. Des procédures de fonctionnement ont été écrites et elle utilise encore cet outil de la même manière. « Oui dès la construction de l'outil. Après *heu*, ça a été repris quelques fois pour modifier certaines choses, *heu*, mais sinon globalement ça reste le même fonctionnement depuis des années » (E3ref26). Mais quelque fois elle analyse sa pratique «régulièrement on revoit nos documents, notre façon de travailler, nos contrats ... » (E3 ref9) Pour l' E4 les appartements ont été construits en même temps que le centre, donc les procédures de fonctionnement de l'outil font parties des procédures de fonctionnement du centre. « Les appartements thérapeutiques ont été créés en même temps, du coup il y a eu une section autour de l'utilisation de cet outil » (E4 ref15) Ici, « la procédure d'utilisation est détaillée en fonction des personnes qui utilisent l'appartement » (E4 ref17).

Pour l' E1, l' E2 et l' E4, l'utilisation de cet outil demande une grande organisation. En plus des prises en charges hebdomadaires, se rajoute les séjours dans l'appartement thérapeutique. « oui, ce sont des grosses semaines, lorsqu'on utilise les appartements tremplins on diminue nos prises en charge des patients. Déjà le lundi ça nous prend la matinée pour tout faire » (E1ref27). Chaque ergothérapeute organise son emploi du temps « entre les ergothérapeutes on se partage les patients. Ce n'est pas un seul ergothérapeute qui s'occupe des appartements thérapeutiques ça ne serait pas gérable [...] » (E4 ref 27). Pour l'E1 les procédures de fonctionnement sont aussi écrites pour avoir une bonne organisation de l'outil entre les services. « pour le déroulement du séjour car on est plusieurs services à l'utiliser » (E1 ref13). Pour E1, E2 et E4 il y a les heures de travail avec la personne au sein de l'appartement mais aussi des heures annexes telles que les réunions « en fin de semaine on prévoit une heure ou deux pour discuter du séjour. On réunit les intervenants pour faire le point aussi sur le nombre d'heures, sur les demandes d'aides à faire [...] » (E1 ref25). « Tous les mardis on a une mini réunion organisationnelle, donc nous sommes deux ergothérapeutes à représenter l'ensemble de l'équipe ergo donc on se partage ce moment de réunion [...] » (E4 ref24).

L' E3 accompagne exclusivement les résidents de l'appartement transitionnel, elle organise ses semaines selon les demandes et les objectifs de chaque résident.

Plusieurs professionnels interviennent au sein de l'appartement thérapeutique durant le séjour. Pour l' E1, L' E2 et l' E3, ce sont les ergothérapeutes du service de rééducation fonctionnelle, l'assistante sociale du centre et des libéraux qui interviennent. «Surtout avec l'assistante sociale, le réseau autour comme les libéraux [...] » (E1 ref38), « [...] sinon ce sont les

infirmiers libéraux qui interviennent si besoin, il peut y avoir des aides ménagères, du personnel de l' HAD, mais voilà ce ne sont pas des personnes de notre centre de rééducation » (E2 ref6). « Nous ce sont des libéraux qui interviennent » (E3 ref7). « [...] je suis référente -des ergothérapeutes- avec l'assistante sociale, et les libéraux » (E3 ref10).

Pour l' E4, ce sont les professionnels du centre exclusivement qui s'occupent des appartements thérapeutiques. « Nous voilà ce sont seulement les professionnels du centre » (E4 ref21).

Cependant toutes les ergothérapeutes notent que l'utilisation de l'outil nécessite un travail d'équipe dans une modalité de pluridisciplinarité. «un travail pluridisciplinaire » (E1 ref38) et (E2 ref22), « on apporte chacun notre rôle mais on doit aussi s'organiser entre nous professionnels pour être cohérent dans ce que l'on fait » (E2 ref23), « [...] c'est un travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les professionnels du service de réadaptation, mais aussi de l'équipe de rééducation. C'est un vrai travail pluridisciplinaire. » (E4 ref20).

Tous les ergothérapeutes n'ont pas le même rôle dans l'utilisation de l'outil. L'ergothérapeute est le professionnel référent de l'appartement thérapeutiques dans le cas de l' E1, l' E2 et l' E4. « on est le garant du bon fonctionnement du séjour [...] » (E4 ref12).

Pour l' E3 ce sont les « auxiliaires de vie qui sont un peu garants du bon fonctionnement du séjour parce qu'elles y sont tous les jours ou presque » (E3 ref17).

Pour les ergothérapeutes 1,2 et 4 le verbe « évaluer » est très souvent employé. Les objectifs principaux pour ces ergothérapeutes sont l'évaluation de la personne de ses capacités et incapacités dans ses activités de la vie quotidienne et instrumentale, ainsi que l'évaluation des besoins en aides techniques et aides humaines. Le but est de préparer au mieux le retour à domicile. « Évaluer les besoins en aides techniques et aides humaines à domicile » (E1 ref2), « un outil d'évaluation » (E1 ref7), « un but évaluatif » (E1 ref8), « permettre de le mettre en situation pour que nous on évalue un certain nombre de choses autour de son autonomie et de son indépendance (E2 ref2), « évaluer ses AVQ instrumentales et non instrumentales » (E2 ref3), « évaluer les besoins en aides techniques ou humaines » (E4 ref4).

Pour l' E3, l'objectif n'est pas l'évaluation mais l'accompagnement. Elle cite plusieurs fois que son rôle est d'accompagner le résident au delà de l'appartement thérapeutique donc dans la recherche d'un domicile adapté avec toutes les aides nécessaires.

« je n'ai pas vraiment le statut d'un ergothérapeute lorsque je m'occupe des personnes qui sont dans cet appartement. J'ai plus un statut d'accompagnant [...] » (E3 ref12), « je travaille

vraiment le projet de vie de la personne [...] je m'occupe des recherches d'appartements après le séjour dans celui là, mon rôle est vraiment de l'accompagner dans sa sortie vers son domicile pour habiter seule » (E3 ref13), «[...] nous sommes impliquées dans la suite du projet, faire le déménagement, mettre en place un SAVS, rechercher des structures. » (E3 ref14).

L' E1 et l' E4 utilisent le verbe accompagner en verbe d'action, elles vont avec la personne pour faire des activités. Elles suivent, surveillent la personne durant les mises en situation à l'extérieur. Mais n'emploient pas ce terme pour désigner l'accompagnement de la personne dans son projet de vie. « soit on les accompagne juste devant, soit on les accompagne totalement » (E1 ref43), « l'ergothérapeute accompagne la personne pour la cuisine et les courses » (E4 ref6), « on accompagne la personne dans tous ses déplacements » (E4 ref9).

L' E2 emploie majoritairement le verbe évaluer mais a énoncé accompagner la personne dans son projet de vie « on l'accompagne jusqu'au retour chez elle en accompagnant aussi les proches dans ce changement » (E2 ref20).

Pour E1, E2 et E4 l'appartement thérapeutique est un outil qui rentre complètement dans les compétences de l'ergothérapeute. La vision holistique de l'ergothérapeute est un des facteurs essentiels à l'utilisation de cet outil. « [...] on utilise quasiment l'intégralité de nos compétences lorsqu'on utilise cet outil. C'est un vrai travail d'abord organisationnel mais aussi il faut avoir une grande connaissance de la personne et de tout ses autres facteurs » (E1 ref39). « On a chacun des compétences différenciées et c'est vrai qu'on remarque bien les rôles de chacun. Mais pour un ergothérapeute c'est vraiment un outil où toutes ses compétences peuvent être mises en jeu » (E2 ref24). « Ça dépend des objectifs de la personne mais dans tous les cas l'ergothérapeute met ne jeu vraiment toutes ses compétences, surtout organisationnelles. Et aussi l'ergothérapeute doit être compétent dans le rôle d'accompagnant car on cherche continuellement l'autonomie dans les activités que ça soit à l'intérieur mais aussi à l'extérieur. Mais aussi avoir un rôle d'accompagnant dans le processus de changement de la personne [...] » (E4 ref22).

Chaque ergothérapeute cote ici les actes par le système de PMSI. « on transmet par CESAR, on le cote et on valorise cette activité. On a travaillé sur un code propre à l'utilisation de l'appartement parce que ça nous demande beaucoup de temps » (E1 ref37), « on a le système de PMSI. Donc on cote les actes au fur et à mesure. Et aussi tout ce que ça demande à côté

aussi comme les réunions » (E2 ref25), « on utilise le PMSI qui est découpé en différentes parties qu'on appelle enveloppes. Par exemple, bilans d'entrée, évaluations, activités en extérieurs » (E4 ref23).

L' E3 ne considère pas avoir un « [...] rôle d'ergothérapeute à proprement parlé » (E3 ref21), elle accompagne la personne dans son projet de vie qui est de retrouver et habiter un futur domicile. Elle ne travaille pas les activités de la vie quotidienne au sein de l'appartement mais accompagne la personne à faire les démarches nécessaires pour faire des activités instrumentales. « J'interviens, enfin nous intervenons -avec l'assistante sociale- une fois par semaine le mercredi matin. On monte faire le point avec la personne mais je n'interviens pas directement sur la personne. J'ai pas un rôle d'ergothérapeute purement ergo on va dire. C'est plus dans l'accompagnement de la personne dans son projet de vie » (E3 ref15). Cependant, elle note qu'elle a un rôle dans l'organisation « mon rôle en fait heu est de coordonner les intervenants. » (E3 ref19), « [...] j'ai les compétences de gérer une équipe » (E3 ref21). Pour coter les actes elle utilise un grille hors PMSI « en fait on n'utilise pas le PMSI pour cet outil, on le note hors PMSI, mais après je ne sais pas du tout où ça va » (E3 ref22).

Certaines limites ont été notées, comme la surcharge de travail et le stress durant la semaine « Oui c'est toujours heu une semaine stressante parce que le lundi soir on se demande un peu comment on va retrouver notre patient le lendemain » (E2 ref16). Une limite temporelle, « c'est très consommateur de temps et parfois on voudrait faire plus de mise en situation mais on ne peut pas. Même travailler avec la personne 2heures par jour dans l'appartement tremplin serait bien mais il n'est pas toujours disponible » (E1 ref42). « je dirai que le temps est une grande limite » (E4 ref26). L' E4 note une limite dans l'utilisation du matériel mis à disposition dans l'appartement « [...] le matériel reste limité, on a les choses en une fois, une machine à laver, un fer à repasser, donc c'est vrai qu'on doit prévoir à quelle heure on va utiliser tel ou tel matériel. Ça demande beaucoup d'organisation » (E4 ref28). Et une limite budgétaire, dans son centre une enveloppe mensuelle de 300euros est destinée à tout le service de rééducation et de réadaptation. « Ça comprend le service de réadaptation mais aussi les autres services, pour par exemple les activités cuisines ou les sorties. Le budget peut être négocié mais c'est compliqué d'avoir en plus une limite budgétaire mensuelle, car si on ne fait pas le même nombre de sorties, ou il n'y a pas toujours le même nombre d'appartements occupé. Donc là aussi on doit organiser notre enveloppe » (E4 ref29).

Malgré tout, cet outil «[...] est vraiment un grand plus dans notre prise en charge en tant qu'ergothérapeute » (E1 ref 36), « nous on l'adore, c'est vraiment le propre de l'ergothérapie en fait. Et on est très content de l'avoir dans notre centre » (E1 ref33). « C'est vraiment quelque chose qui manquait et comme je disais c'est rare les semaines où ils ne sont pas utilisés » (E2 ref27), « oui bien sur les personnes en sont contentes » (E3 ref23), « il est utilisé à peu près à 80% par an » (E3 ref25). La présence de cet outil au sein d'un centre valorise son activité. « Ça lui donne de la notoriété, c'est peut-être un grand mot mais quand on voit que d'autres établissements de rééducation nous sollicitent, c'est vraiment une bonne chose. C'est devenu une spécialité du centre et c'est quelque chose d'important à conserver. Même pour nous en tant qu'ergothérapeute, ça nous permet de diversifier notre pratique [...] c'est vraiment un bon point » (E4 ref25). Dans les centres de l' E1 et l' E2, des artisans et ingénieurs peuvent venir se former au label handicap au sein de l'appartement thérapeutique, mais des familles et des personnes de l'extérieur peuvent aussi profiter de cet outil pour tester le matériel et la domotique. « en fait ici on a aussi des formations pour les artisans, pour avoir des labels handicaps » (E1 ref28), « il y a eu beaucoup de demandes pour utiliser l'appartement tremplin, je vous ai dit même des personnes de l'extérieur demandent de venir tester le matériel et autres. Et aussi la présence des artisans, ça met en avant le centre » (E1 ref41).

4. Discussion des données.

4.1 Interprétations des résultats.

Nous allons mettre en lien les résultats obtenus avec le cadre théorique.

Comme nous l'avons vu, le modèle de l'occupation humaine se base sur trois composantes : la *personne*, l'*occupation* dans laquelle elle s'engage, et l'*environnement*. La personne est conceptualisée dans l'être l'agir et le devenir. « Elle se transforme au fil des interactions avec l'environnement et selon l'interprétation de ses expériences ». (51)

En ergothérapie on parle de processus de changement. Dans les différents entretiens, le but de l'utilisation de l'appartement thérapeutique avec les personnes post- AVC par les ergothérapeutes est d'accompagner la personne dans son projet de vie par un processus de changement. Ce *processus de changement* est encouragé durant le séjour dans ces appartements thérapeutiques.

Pour l'ergothérapeute 1, 2 et 4, l'objectif est d'évaluer les habiletés de la personne afin qu'elle puisse participer aux activités de la vie quotidienne en visant le meilleur rendement possible. L'E3 accompagne le résident dans la recherche d'un nouveau logement et dans les activités qu'il pourrait faire à l'extérieur.

Cependant dans les appartements thérapeutiques les patients ont généralement la même occupation. Ils réalisent les activités de la vie quotidienne telle que manger, se laver, s'habiller et entretenir le logement. Nous pouvons dire que ces activités sont globalement réalisées par tous les patients car ce sont des activités nécessaire à l'autonomie et l'indépendance de la personne.

Si nous regardons le modèle de l'occupation humaine, la volition est une des composantes de base de *l'être* de la personne. La volition est déterminée par les déterminants personnels, les valeurs et l'intérêt. Les activités de la vie quotidienne citées précédemment sont importantes pour la personne. Notre société nous inflige de savoir manger, s'habiller et se laver seul étant adulte. Tout comme l'hygiène qui est un concept très ancré dans notre société. Ces activités sont signifiantes et significatives. Cependant certains ne voient pas, par exemple, l'intérêt de préparer ses repas. Durant les séjours en appartement thérapeutique, chacun est libre de choisir sa façon de faire : Cuisiner, acheter des plats préparés ou manger au restaurant du centre lorsqu'il y en a un.

Les activités réalisées au sein de l'appartement thérapeutique sont travaillées plusieurs fois par

jour afin d'installer des routines chez la personne. « *L'habitation* est l'organisation de nos actions sous la forme de comportements semi-automatiques », c'est une des 3 composantes de *l'être*. Sous l'influence de *l'environnement*, la personne va accomplir les tâches d'une activité en choisissant des stratégies de compensations. Lorsqu'elle réalise l'activité avec un bon rendement elle reproduira ces tâches à l'identique et rentrera dans une forme d'habitation. Cette forme d'habitation est atteinte si et seulement si la personne connaît ses possibilités d'accomplir l'activité avec les moyens dont elle dispose. Durant le séjour en appartement thérapeutique, l'ergothérapeute détermine la *capacité de rendement* lors des évaluations. Les mises en situations permettent à l'ergothérapeute d'évaluer la personne, et permet à celle-ci de prendre conscience de ses capacités et incapacités dans telle activité sous l'influence d'un environnement précis.

L'environnement est en interaction avec la volition, l'habitation et la capacité de rendement. Mais aussi avec la participation occupationnelle, le rendement occupationnel, et les habiletés occupationnelles qui correspondent à *l'agir*.

Lorsque la personne est en action dans l'appartement thérapeutique, elle reproduit les activités réalisées avant sa pathologie, par l'utilisation de ses anciennes routines ou des stratégies apprises pour recréer des nouvelles routines.

Le processus de changement est influencé aussi par l'environnement. En effet, les aides techniques et la domotique présents dans l'appartement thérapeutique peuvent améliorer le rendement d'une activité et encourager le changement de la personne. Un environnement physique approprié encourage et facilite les changements.

Selon l'organisation des séjours l'environnement social est aussi à prendre en compte. Pour l'E3, les séjours dans l'appartement thérapeutique s'offrent à des résidents pouvant payer un loyer. Ils sont considérés comme locataires. L'organisation des séjours se font différemment selon le statut de la personne.

L'environnement joue un rôle important dans *l'être* et *l'agir* de la personne. Ces deux grands concepts sont en synergies, ils se façonnent sous l'influence de l'environnement pour générer l'adaptation occupationnelle de la personne. C'est par *l'être* et *l'agir* qu'elle va pouvoir s'adapter dans les différentes activités et dans des environnements différents. Et donc de transférer ses acquis à son domicile et dans ses activités de tous les jours. Cet outil permet à la personne de se mettre en situation dans les tâches de la vie et de générer son adaptation

occupationnelle.

Cette adaptation occupationnelle est aussi définie selon l'identité occupationnelle de la personne : c'est la connaissance que nous avons de nos expériences passées sur nos capacités, nos valeurs, intérêts et satisfactions, et de la compétence occupationnelle : c'est ce que nous mettons en œuvre pour atteindre la réalisation d'activités avec un bon rendement en lien avec notre identité.

Dans l'utilisation des appartements thérapeutiques, *l'environnement* et *l'agir* sont les deux concepts pouvant être les plus modifiés et adaptés par l'ergothérapeute. L'environnement physique de l'appartement thérapeutique peut avantager le rendement mais aussi la participation à l'activité. Si nous prenons l'exemple de la préparation des repas. La personne peut selon certains séjours, effectuer toutes les tâches pour la préparation d'un repas : sortir de l'appartement thérapeutique pour effectuer les courses dans un supermarché, choisir les aliments, choisir les recettes, s'organiser et cuisiner.

A travers cet outil l'ergothérapeute peut adapter l'environnement et l'agir en se basant sur la connaissance de *l'être* de la personne.

L'occupation est définie selon les ergothérapeutes par les activités de la vie quotidienne, ainsi que les activités instrumentales, aussi appelées activités domestiques.

Les activités travaillées au sein de l'appartement thérapeutique sont choisies avec la personne selon l'objectif d'autonomie ou d'indépendance. Malgré que les deux concepts soient imbriqués, les ergothérapeutes disent viser plus l'autonomie dans les activités.

L'indépendance, donc le « savoir faire » est travaillé en rééducation par différentes techniques. Ici, cet outil permet à la personne de transférer ses acquis de la rééducation mais aussi de réaliser la tâches sans qu'on lui impose. L' E1 explique que cet outil lui permet d'évaluer l'autonomie et l'indépendance de la personne dans une activité donnée, elle rajoute que pour l'évaluation des capacités motrices et cognitives elle se sert des bilans en rééducation et dans ce cas là l'appartement thérapeutique n'est pas nécessaire. Les ergothérapeutes notent bien l'importance de l'occupation au sein de l'outil. C'est grâce à la participation aux activités permises par l'outil, que l'ergothérapeute va pouvoir évaluer l'autonomie et l'indépendance de la personne pour atteindre le but qui est le retour à domicile.

4.2 Réponse à l'objet de recherche.

Je rappelle ici mon objet de recherche : Quels sont les intérêts et les limites d'utilisation par l'ergothérapeute d'un appartement thérapeutique pour favoriser le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne des personnes victimes d'un AVC ?

Grâce aux entretiens nous comprenons la place importante que détient l'ergothérapeute dans l'utilisation de l'appartement thérapeutique en réadaptation avec des personnes post-AVC.

La pensée de l' E1 « c'est vraiment le propre de l'ergothérapie », appuie nos données. Le professionnel intervient en amont des séjours, dans la préparation de l'occupation au sein de l'appartement thérapeutique, dans l'organisation des différentes aides, dans l'évaluation de la personne (*l'être* de la personne selon le MOHO). Durant le séjour, en prenant un rôle d'accompagnant mais aussi d'évaluateur. Et en aval, en réalisant des compte-rendus, en définissant le besoin en aide humaine et aide technique, et en accompagnant la personne dans la recherche d'un logement.

Pour atteindre la performance occupationnelle nous avons vu que le rôle de l'ergothérapeute était de « maximiser l'adéquation entre la personne et son environnement » (31). Cependant, d'après ma pré-enquête, l'environnement est l'obstacle prédominant dans le transfert des acquis. A défaut de ne pouvoir se déplacer au sein du domicile de la personne, l'ergothérapeute peut utiliser l'appartement thérapeutique. Cet outil recrée au plus près l'environnement propre de la personne. Les ergothérapeutes ne définissent pas cet outil comme un lieu de vie écologique mais comme un espace se rapprochant au mieux de l'environnement du patient. Nous pouvons le voir par l'appellation de l'outil, certains ergothérapeutes le nomment appartement tremplin, de transition, de réadaptation ou thérapeutique. Cet outil est un environnement tremplin entre la salle de rééducation et l'environnement écologique de la personne.

Cet outil permet à l'ergothérapeute d'évaluer les acquis de la rééducation retranscrits dans les activités de la vie quotidienne. Le transfert des acquis se fait ici par la mise en situation du patient dans un environnement autre que celui de la salle de rééducation. Ce changement d'environnement entraîne le patient à être plus autonome et indépendant dans ses activités tout en étant dans un lieu sécurisé.

L'aménagement de l'appartement thérapeutique définit aussi les possibilités de mises en

situation. Si nous prenons l'exemple de l' E4, les activités instrumentales de la vie quotidienne comme l'entretien du linge sont travaillées quotidiennement au sein de l'appartement thérapeutique. Contrairement à l' E2 où les activités de la vie quotidienne sont le plus souvent travaillées, l'entretien du linge se fait seulement sur la demande de la personne ou selon les objectifs du séjour.

Le transfert des acquis se fait principalement par une prise de conscience.

L'ergothérapeute peut à travers l'appartement thérapeutique proposer de mettre en situations la personne dans plusieurs activités. Celle ci prend conscience de ses capacités et incapacités, elle prend des décisions, s'adapte d'elle même pour accomplir les différentes tâches.

L'ergothérapeute accompagne la personne dans son processus de changement à travers ce nouveau lieu pour favoriser le transfert des acquis dans son environnement futur.

Cependant, les ergothérapeutes ont relevé quelques limites à l'utilisation de cet outil. Nous avons vu que le transfert des acquis de la rééducation était facilité par les mise en situations dans un environnement proche de celui dans lequel la personne va réaliser ses activités. Le modèle du MOHO montre que l'environnement à un fort impact sur le « faire ». Ici, l'outil permet de reproduire un environnement « semi écologique » comme le décrit l' E1. Il reste néanmoins un cadre imposé durant les séjours par les règles de sécurité et d'hygiène mais aussi par le cadre imposé par la structure (durée des séjours, interventions des professionnels, budget imposé...). L'utilisation de cet outil étant chronophage, les ergothérapeutes n'ont pas toujours la possibilité de faire des mises en situation à l'extérieur. Le transfert des acquis dans un environnement externe reste limité.

Comme cet environnement n'est pas propre à la personne, les ergothérapeutes notent aussi une limite au niveau des habitudes. Dans un environnement connu, comme notre domicile, tout le monde possède des habitudes selon les activités réalisées. Ici comme le précise l' E2 « c'est un environnement nouveau donc on n'a pas le côté rassurant où la personne pourrait avoir ses habitudes ».

La durée du séjour est une limite importante au transfert des acquis. Les ergothérapeutes notent que le processus de changement se fait sur une longue durée et que parfois un séjour trop court ne permet pas à la personne d'avoir une prise de conscience, de s'adapter aux différentes situations et de formuler d'autres demandes.

Si nous définissons le terme « media ». Du latin *médium* signifiant moyen, milieu, lien. La médiation est selon M. Richelle, le « passage par une étape ou variable intermédiaire, rendant compte de la liaison entre deux événements que la voie directe ne paraît pas pouvoir expliquer». (52)

Nous pouvons nous interroger sur la considération de cet outil en tant que média pour l'ergothérapeute dans le transfert des acquis. Ce média permettrait à l'ergothérapeute de mettre en situation la personne, dans le but de rechercher une prise de conscience pour atteindre l'adaptation occupationnelle et transférer ses acquis dans son environnement écologique.

4.3 Discussions autour des résultats et critiques du dispositif de recherche.

4.3.1 Discussions des résultats.

Ces entretiens nous ont permis d'analyser comment l'appartement thérapeutique peut être un outil intéressant pour favoriser le transfert des acquis en rééducation pour les personnes post-AVC.

Les ergothérapeutes ayant répondu aux entretiens ont fourni de nombreuses informations sur les intérêts et les limites de cet outil pour le transfert des acquis, mais aussi sur l'organisation qu'il demande aux différents professionnels.

Nous avons vu que les appartements thérapeutiques appelés aussi tremplins, de réadaptations ou de transitions servent de lien entre le centre de rééducation et le domicile de la personne. C'est un outil apprécié des ergothérapeutes où pratiquement toutes leurs compétences peuvent être mises en jeu. Il apporte une autre manière de travailler, et permet de diversifier la pratique de l'ergothérapeute.

Selon les ergothérapeutes interrogées, les personnes post-AVC trouvent cet outil intéressant et rassurant dans la mesure où se mettre en situation permet de se projeter dans un autre environnement. Nous pensons que le transfert des acquis est favorisé par le large choix d'activités possiblement réalisables au sein de l'appartement thérapeutique.

4.3.2 Critiques du dispositif de recherche.

Les appartements thérapeutiques se développent de plus en plus dans les centres de rééducation fonctionnelle et de réadaptation. Cependant il reste une inégalité d'offre entre le sud et le nord de la France où les appartements thérapeutiques sont plus utilisés en

réadaptation fonctionnelle.

La méthode clinique induit une méthode de recherche par entretiens. Ici les ergothérapeutes ayant répondu à mon questionnaire travaillent toutes dans des centres en dehors de la région PACA. Je n'ai pas pu me déplacer pour les rencontrer et faire les entretiens en direct. Peut-être que des entretiens en face à face m'auraient apporté d'autres informations, mais en utilisant l'appel vidéo j'ai pu avoir des échanges construits et très intéressants. Les ergothérapeutes ont pris le temps de me répondre, et m'ont apporté des informations nouvelles, parfois sortant de ma grille d'entretien. J'ai choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs, ce qui m'a permis de réunir toutes les informations que je voulais ainsi que de laisser libre la personne pour développer aussi ses pensées. J'ai construit ma grille d'entretien en indiquant les temps de non parole qui ont permis au cours de l'entretien de laisser un temps de réflexion à l'ergothérapeute. J'ai pris conscience dès le premier entretien que ces temps de silence étaient très intéressants. J'ai donc appliqué cette technique à chaque entretien et après plusieurs réponses des ergothérapeutes.

Même si ici le comportement et la posture de la personne n'apportaient pas de renseignements importants pour l'objet de recherche, il était pertinent de voir la personne en échangeant. J'ai pu noter qu'une ergothérapeute a utilisé un document avec les fiches d'utilisation de l'appartement thérapeutique pour appuyer ses paroles. Il m'a semblé que les ergothérapeutes étaient très intéressées de parler de leurs utilisations de cet outil et de leurs expériences. Les échanges ont donc été très enrichissants. En débutant mes entretiens début mars, les ergothérapeutes étaient disponibles, cette période a été très bénéfique car peu d'étudiants les avaient contactées.

Cependant, l'entretien est un moyen de recueil de données très chronophage. Il demande beaucoup de travail en amont par la création du guide d'entretien, pendant les entretiens car la durée minimale ici a été de 45 minutes, mais aussi en aval par la retranscription de chaque entretien. Je n'ai pas eu le temps d'interroger d'autres ergothérapeutes, mais sur les quatre entretiens passés, j'ai eu des informations différentes. Cela m'a permis d'avoir des données très riches. L'analyse des résultats a donc été très positive par la générosité des entretiens.

Cependant, l'analyse des données qualitatives a été assez difficile. Interpréter sans porter de jugement, avec un œil externe et sans déformer les idées des ergothérapeutes n'a pas été toujours facile. L'analyse des entretiens peut paraître parfois subjective.

Au vu du nombre peu important d'ergothérapeutes interrogés, la réponse à l'objet de recherche

ne peut pas être généralisée mais la recherche apporte des affirmations sur l'utilisation de cet outil en réadaptation par les ergothérapeutes ainsi que son utilité dans le transfert des acquis pour les personnes post- AVC.

Ces données sont confirmés aussi par le cadre théorique. L'analyse des résultats par le modèle de l'occupation humaine a été très intéressant et adapté à la situation. Lors des entretiens, une ergothérapeute a relevé utiliser le MCRO pour formuler les objectifs du séjour en appartement thérapeutique. Peut-être qu'une analyse avec ce modèle conceptuel aurait pu aussi apporter d'autres précisions sur la dynamique personne-environnement-occupation.

Je rajouterai que la pré-enquête a été envoyée par mail à différents ergothérapeutes mais aussi diffusée sur certaines pages privées des réseaux sociaux, normalement dédiées seulement aux ergothérapeutes. Ce dernier moyen de communication peut biaiser les résultats car il y a toujours une part de non certitude de l'identité de la personne répondant au questionnaire.

4.4 Apports intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche.

En France, cet outil est très souvent réservé dans le domaine psycho-social destiné à des personnes avec un handicap psychique, mais il s'étend de plus en plus dans le domaine de la réadaptation fonctionnelle.

Une des compétences de l'ergothérapeute est d' « accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique » (14). Cet outil est un moyen thérapeutique qui permet de mettre en situation la personne dans un environnement qui se rapproche au mieux du sien.

D'après les ergothérapeutes les visites au domicile de la personne ne sont pas toujours possibles par manque de temps et de rentabilité. Cet outil serait un compromis entre l'environnement de la salle de rééducation et l'environnement écologique de la personne. Selon les ergothérapeutes, la présence de cet outil au sein d'un établissement de rééducation fonctionnelle valorise les activités proposées par celui-ci.

Autre que pour les personnes post- AVC il est utilisé pour toutes les pathologies neurologiques mais aussi pour les services de traumatologies. Dans certains centres, l'appartement thérapeutique a aussi un rôle de vitrine qui permet aux aidants et aux

professionnels de tester les aides techniques mais aussi la domotique. Mais il est aussi proposé à des artisans pour des formations au label handicap.

L'utilisation de cet outil est de plus en plus appliquée dans des différents domaines.

L'ergothérapeute peut avoir une place très importante au vu de ses compétences dans toutes ces utilisations. Autres que les compétences en rééducation et réadaptation, en travail pluridisciplinaire, en organisation, en adaptation, nous avons aussi des compétences en aménagement de domicile. Peut-être que dans l'avenir nous pourrions devenir l'unique référent de cet outil.

A partir de ces résultats, il serait intéressant de voir à l'échelle nationale les intérêts et les limites de cet outil dans le transfert des acquis, et de connaître les modalités d'utilisation pour avoir des résultats plus généralisables.

A ce jour, aucune étude n'a été effectuée sur l'apport de cet outil dans le transfert des acquis.

Une étude sur un groupe de personne l'utilisant et un groupe témoin ne l'ayant pas utilisé serait une recherche intéressante pouvant apporter des données quantitatives.

Aussi, il serait pertinent de s'intéresser à son utilisation dans d'autres pays pour établir une comparaison entre les pratiques en ergothérapie et pour peut-être envisager d'autres utilisations en France.

En tant que future ergothérapeute, j'aimerais pouvoir tester cet outil car j'ai trouvé à travers les entretiens des différents ergothérapeutes une place importante de nos compétences.

Autre que l'utilisation avec la personne en post- AVC ou en neurologie, l'ergothérapeute organise aussi tous le séjour en prenant en compte les intervenants, les objectifs, les demandes de la personne ainsi que les protocoles et règles qui pourraient parfois freiner à l'autonomie.

Ce travail de recherche m'a permis de prendre conscience de l'importance de l'évaluation de la personne pour préparer au mieux le retour à domicile. L'appartement thérapeutique est un bon moyen d'évaluation des besoins de la personne mais nous pouvons nous questionner sur le maintien à domicile à longue durée.

En effet, le retour à domicile est préparé au mieux mais il n'est pas rare que la personne post-AVC soit institutionnalisée ou dans l'obligation d'avoir un aidant constant dans les années suivant le retour à domicile. Nous avons vu que ce sont principalement des personnes retournant seules dans un logement. Ce sont des personnes vieillissantes qui en plus de leur

handicap vont s'ajouter les déficits liés au vieillissement.

Pour lutter contre ça, la nouvelle technologie comme la domotique peut être envisagée.

Nous avons vu que dans certains appartements thérapeutiques, la domotique pouvait être testée. A la suite de mes recherches, j'ai vu que des appartements appelés « appartement d'évaluation domotique » commençaient à être intégrés aux services de rééducation (AED) (53)

Et si la domotique était le moyen le plus favorable au bon maintien à domicile ? Au vu du vieillissement de la population ainsi que de l'augmentation des accidents vasculaires cérébraux, est-ce que rendre les appartements totalement domotisés serait une solution pour éviter l'institutionnalisation ?

Bibliographie

- (1) Institut national de la santé et de la recherche médicale. AVC- Accident vasculaire cérébrale. Octobre 2013. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral> . Consulté le 4 janvier 2017.
- (2) Haute Autorité de Santé. Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. Recommandation de bonne pratique. Paris: HAS;2012
- (3) Caputo A. Étude de la qualité de vie des patients, et de leurs aidants naturels, après un accident vasculaire cérébral hospitalisés en unité neurovasculaire au centre hospitalier d'Annecy. Thèse doctorat en médecine. Faculté de médecine de Grenoble; 2011:32 p.
- (4) Agences Régionales de Santé: Le SROS 3ème génération. Prise en charge des cérébro-lésés. Version consolidée au 28 septembre 2009.
- (5)- Organisation mondiale de la santé. Accident vasculaire cérébrale (AVC). [En ligne]. http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/ . Consulté le 4 janvier 2017.
- (6) De Morand A. Pratique de la rééducation neurologique. 2eme édition. Paris : elsevier masson;novembre 2014:328 pages.
- (7) Institut de veille sanitaire. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2012 janvier 10;(1):1-12.
- (8) Cofemer. Rééducation des accidents vasculaires cérébraux. Module « système nerveux central et MPR ». Lyon:cofemer;2008.
- (9) Yelnik AP, Bonan IV, Simon O, Gellez-Leman MC. Rééducation après un AVC. 2010:1-10. [En ligne]. [http://association.gens.free.fr/NEUROLOGIA/EMC%20neurologie/AFECTIONS%20ENCEPHALE/vasculaire/\\$Reeducation%20apres%20accident%20vasculaire%20cerebral%20EMC.pdf](http://association.gens.free.fr/NEUROLOGIA/EMC%20neurologie/AFECTIONS%20ENCEPHALE/vasculaire/$Reeducation%20apres%20accident%20vasculaire%20cerebral%20EMC.pdf). Consulté le 5 janvier 2017.
- (10)- Ministère des affaires sociales et de la santé. Rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Juin 2009. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avc_-_synthese_seule_rapport_final_-_vf.pdf
- (11) Baumann M, Aiach P. L'« aidant principal » face à l' AVC d'un proche. Revue Médecine. Avril 2009:184-188.
- (12) Sofmer. Orientation des patients atteints d' AVC. Pratiques professionnelles et

recommandations. Mulhouse:sofmer;2008.

(13) Premier ministre. Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. JORF n°86-1195 du 23 novembre 1986.

(14) Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. Diplôme d'état d'ergothérapeute référentiel de compétences. 2010. 177-248.

(15) Rousset G. Comment nommer la personne prise en compte par le système de santé. Recherches en communication. 2009; n° 32:103-117.

(16) Pierron J-F. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et santé. 2007;(25):43-66.

(17) Curchod C. Relations soignants-soignés. Paris: Elsevier-masson;2009. 224p.

(18) Institut fédératif de recherche sur le handicap. CIF. Mise à jour 2017. [En ligne] <http://ifr-handicap.inserm.fr/index.php/recherche/autres-programmes-en-cours/cif>. Consulté le 20 janvier 2017.

(19) Haute Autorité de Santé. Accident Vasculaire Cérébral (AVC) - Parcours de soins. Février 2013. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505260/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-parcours-de-soins consulté le 20 janvier 2017.

(20) Haute Autorité de Santé . Recommandation de bonne pratique. Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. Paris:haute autorité de santé;2012

(21) Legifrance. République Française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). JORF du 5 mars 2002. p 4118.

(22) Haute Autorité de Santé. Programme AVC 2009-2014. « Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral » Bilan 2010. Paris:HAS;2010.

(23) Ministère de la santé et des sports ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan d'actions national. Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014. Paris: République Française;2010.

(24) Conférence d'expert. Pratiques professionnelles et recommandations. Orientation des patients atteints d'AVC. Mulhouse:SOFMER SFNV SFGG;2008

(25) Cofemer. Objectifs définition. 2007. [En ligne] http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=445. Consulté le 2 février 2017.

(26) Cofemer. Module : Evaluation et Réparation. CIF et évaluation. Paris:Decembre 2012.

- (27) Hasbeen W. La réadaptation : du concept au soin. Paris : Lamarre;1994:208 p.
- (28) ANAES. Stratégie et organisation. Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Paris:2003.
- (29) Centre national de ressources textuelles et lexicales. Lexicographie environnement. [En ligne] <http://www.cnrtl.fr/definition/environnement>. Consulté le 3 février 2017.
- (30) Larousse en ligne. Définition environnement. [En ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/environnement/30155?q=environnement#30067>. Consulté le 3 février 2017.
- (31) Meyer S. Livre de l'activité à la participation. Paris : De boeck-solal;2013:274 p.
- (32) Legifrance.gouv. Descripteur: appartement de coordination thérapeutique (ACT). [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007118616&ordre=null&nature=null&g=ls>. Consulté le 5 février 2017.
- (33) Larousse en ligne. Définition appartement. [En ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/appartement/4651/locution?q=appartement+th%C3%A9rapeutique#150997>. Consulté le 5 février 2017.
- (34) Le site du professeur Claude Hamonet. Lexique des termes usuels de la médecine de rééducation et de l' handicapologie. [En ligne] <http://claud.hamonet.free.fr/fr/glos.htm>. Consulté le 18 février 2017.
- (35) ARS. Accident vasculaire cérébral- parcours de soins. 2013. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505260/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-parcours-de-soins. Consulté le 18 février 2017.
- (36) ATIH. Catalogue activité rééducation-réadaptation. Version 3. 2009
- (37) Le petit larousse. Paris : Larousse;1973p13
- 38 Larousse en ligne 2017 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/activit%C3%A9/94?q=activit%C3%A9#941>
- (39) MOREL-BRACQ M-C. Activité et qualité de vie, la théorie du Flow. Ergothérapie. 2001; n°4 : 19-26.
- (40) Fricke J. Activities of daily living. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange. 2010
- (41) Management. Motivation la pyramide des besoins selon Maslow. 2009. [En ligne]. <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?http://www.has->

sante.fr/portail/jcms/r_1505260/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-parcours-de-soinshp?article6. Consulté le : 10 février 2017.

(42) Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. Paris:De Boeck Supérieur;2009:174 p.

(43) Trouvé E. Agir sur l'environnement pour permettre les activités. Paris:De Boeck Supérieur;2016:643 p.

(44) Bélanger R. Le modèle de l'occupation humaine. Le partenaire. 2006; 13 (1) : 8-15.

(45) Cambridge dictionary. Autonomy. [En ligne].

<http://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais/autonomy>. Consulté le 20 février 2017.

(46) Cambridge dictionary. Independant. [En ligne].

<http://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais/independent>. Consulté le 20 février 2017.

(47) ANFE. Historique. Mars 2016. [En ligne]. <http://www.anfe.fr/historique>. Consulté le 20 février 2017.

(48) Cossette S. Recherche en soins infirmiers. Association de recherche en soins infirmiers ARSI. 2010;102 : 72-82.

(49) Blanchet A. L'enquête et ses méthodes: L'entretien. 2. Paris : Armand Colin;2007:128p.

(50) Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. XVIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS, 2007, Montréal. AIMS, pp 1-16, 2007.

(51) Poriel G. Le modèle de l'occupation humaine. Document. IFE Laval;2016. [En ligne].

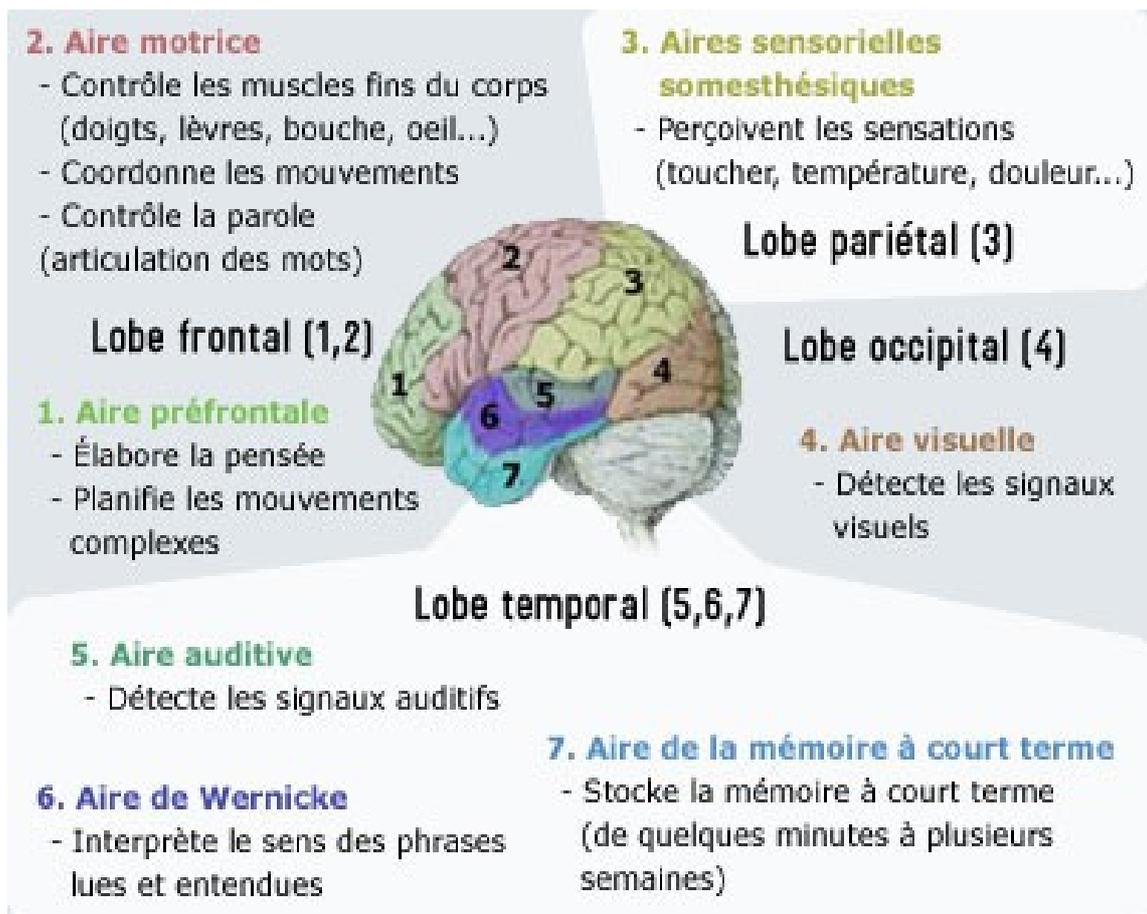
https://prezi.com/nozhxk_p1rbk/le-modele-de-l039occupation-humaine-moho/. Consulté le 4 avril 2017

(52) Quélin-Souligoux D. De l'objet à la médiation. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2003; 41 : 29-39.

(53) SilverEco.fr. Autonomie à domicile: un appartement d'évaluation domotique inauguré à Noth. Avril 2016. [En ligne] <http://www.silvereco.fr/autonomie-a-domicile-un-appartement-devaluation-domotique-inaugure-a-noth/3156414>. Consulté le 5 avril 2017.

ANNEXES :

Annexe 1: Les aires cérébrales



Annexe 2 : La pré-enquête.

Pré-enquête - Ergothérapie et transfert des acquis de rééducation des patients post- AVC.

Etudiante en 3^{ème} année à l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Marseille, je me questionne dans le cadre de mon mémoire sur le TRANSFERT DES ACQUIS de la rééducation du patient ayant eu un accident vasculaire cérébral, dans son propre environnement.

Je vous remercie de consacrer quelques minutes pour remplir ce questionnaire, cela m'aidera beaucoup dans ma démarche de recherche !!

1. Quel est votre milieu d'exercice?

Votre réponse

2. Année de l'obtention de votre diplôme d'état?

Votre réponse

3. Combien y a-t-il d'ergothérapeutes dans votre équipe?

Votre réponse

4. Avez-vous déjà remarqué une différence entre ce que le patient pouvait faire en salle et ce qu'il fait en chambre ou à domicile?

Oui

Non

5. Si oui, comment pouvez-vous l'expliquer?

Votre réponse

6. Selon vous, comment l'ergothérapeute peut-il favoriser le transfert des acquis en rééducation dans l'environnement du patient?

Votre réponse

7. Évaluez-vous les transferts d'acquis entre la salle de rééducation et le domicile du patient?

Oui

Non

8. Si oui, par quelle(s) méthode(s)?

Votre réponse

9. Si non, pourquoi?

Votre réponse

10. Évaluez-vous les activités de la vie quotidienne (ou activités journalières) du patient?

Oui

Non

11. Si oui, par quel(s) moyen(s)?

Votre réponse

Un grand merci pour avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire ! Pour toutes autres remarques :

Votre réponse

Annexe 3 : guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de la recherche :

Intérêts et limites de l'utilisation de l'appartement thérapeutique par l'ergothérapeute et pour des personnes victimes d'un AVC.

Explication de la démarche de l'entretien :

Le but est de réunir le maximum d'informations sur votre utilisation de cet outil avec ce public.

Confidentialité des personnes et des lieux – aucun jugement.

Entretien enregistré.

Différents thèmes scindés en 3 :

-Définition et utilisation au sein de cette structure

-Utilisation avec public post-AVC

- Organisation

INFOS SUR PERSONNE :

Année de diplôme :

Année dans la structure :

Année d'utilisation de l'appartement thérapeutique :

R = Techniques de reformulation

THEMES	SOUS THEMES
<u>Définition et utilisation de l'outil au sein de cette structure</u>	
Définition d'un appartement thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> -Définition selon l'ergo d'un appart thérapeutique - Lecture d'une définition : Est ce que cette définition représente bien votre conception d'un appartement thérapeutique ? - Autres termes ? (appartement de simulation, de réadaptation, simulation de logement... ?) -Les patients le nomment comment ?
Utilisation et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> -Date de création de l'outil dans votre centre ? -Procédures de fonctionnement (réunion ? Qui a participé ? Révisions de celles ci ? -Pour qui ? Pour quoi ? Comment ? Quand ? Combien (fréquence) ? -Citer 3 objectifs souvent utilisés toutes pathologies confondues ? - Différence entre autonomie et indépendance ? - Selon le but (autonomie ou indépendance) est ce que l'utilisation change ? (Séjour plus

	<p>long, famille acceptée, fréquences différentes...?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes rencontrés en général ? -Citer 3 grandes limites à l'utilisation de cet outils. R -connaissiez vous son utilisation pour autres pathos ? (TC, psychiatrie...)
--	--

Utilisation avec public post-AVC

Séjour	<ul style="list-style-type: none"> -Comment ? Quand ? Combien ? -Décrivez moi un séjour type ou un séjour de l'un de vos patients ? R + rappel de la confidentialité. - Si vous recherchez autonomie : Quels sont les objectifs ? Citer exemple -Pareil pour indépendance. -Domotique ? (Revenir pour ouverture) -Place de la famille ? Partie prenante dans le projet ? Comment ? (participation réunion...) (A développer) -Limites ? R
Temps de rééducation	<ul style="list-style-type: none"> -Durée, fréquences. -Objectifs ? Test aides tech matérielles et humaines, évaluations, implication famille, démonstration domotique ? -Limites? R + rappel de la confidentialité
Activités	<ul style="list-style-type: none"> -Quelles activités travaillées ? -Qui choisi ? -Définition brève d'une activité selon vous ?
Modèle conceptuel	<ul style="list-style-type: none"> -Utilisation d'un modèle conceptuel en particulier ? Ex : MOH -Outil d'évaluation normé ?
Transfert des acquis	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluation des progrès ? Quand ? Comment ? - Possibilité d'avoir un retour une fois pers sortie du centre ? -Projet de recherche entre une pers utilisant cet outil et une autre sans ? -Pour vous, amélioration du transfert des acquis ?

Organisation

Pluridisciplinarité/ Interdisciplinarité	<ul style="list-style-type: none"> -Différence pour vous ? -Mode de travail -Chevauchement -Responsable ? Rappel de la confidentialité
Compétences	Référentiel d'activité R

Cotation des actes et transférabilité.	-PMSI PV06 ? -Réunion pluridisciplinaire (reprendre propos sur la rédaction des procédures de fonctionnement). -Moyen important pour valoriser l'activité du centre ? -Autre ?
Problématique	Limites ? R

Perspective d'avenir à l'utilisation de cet outil ?

Définition par Claude Hamonet Professeur MPR : Il s'agit d'appartements situés dans les services hospitaliers ou les centres de rééducation, dans lesquels, les personnes handicapées peuvent se réentraîner aux actes de la vie courante pour mieux se préparer au retour au domicile. Ce réentraînement se fait avec la collaboration de la famille qui souvent est hébergée dans l'appartement. La notion « *d'appartement thérapeutique* » en psychiatrie est différente mais finalement assez proche dans son concept puisqu'il s'agit d'organiser un cadre de vie qui concilie les impératifs thérapeutiques et la vie quotidienne en dehors de l'établissement de soins. Dans ce cas, c'est l'équipe qui sort de l'établissement de soins et partage la vie quotidienne des patients.

Annexe 4: Retranscription entretien 1

ENTRETIEN ERGO1

Présentation de mon thème et du but de l'entretien.

Énonciation des différentes parties de l'entretien

Rappel de la confidentialité des personnes et des lieux – aucun jugement.

Autorisation d'enregistrer l'entretien.

Je vais vous poser avant tout quelques questions personnelles, d'abord quelle est votre année de diplôme ?

J'ai été diplômée en 2007.

D'accord, depuis quelle année travaillez-vous dans cet établissement ?

Depuis eh bien, 2011.

D'accord, et depuis quand utilisez-vous l'appartement thérapeutique ?

Depuis sa création, je crois que c'était en 2012. *Silence.* Oui c'est ça 2012 .

Bien. Silence. Pouvez vous me définir ce qu'est pour vous un appartement thérapeutique ?

Pour moi l'appartement thérapeutique c'est *eh bien* un espace de vie qui est dit écologique, proche du quotidien de la personne, qui va pouvoir permettre à la personne de tester ses capacités dans ses activités personnelles et domestiques.

(Elle prend un porte vue dédié à l'appartement thérapeutique pour voir plus d'informations).

Mais aussi d'évaluer les besoins en aides techniques, en aides humaines à domicile. Parfois il y a déjà une demande d'aide donc on évalue les heures ou pour le cas d'une demande de MPDH. Heu cet outil sert aussi à la prise de conscience de ses difficultés, choses importantes durant cette semaine et puis la mise en confiance de la personne mais aussi de la famille pour préparer son retour. Il peut y avoir des séjours où les personnes de la famille peuvent venir quelques temps durant la journée dans l'appartement pour que la personne retrouve son rôle familial, de père, de mère... *Silence.* En fait c'est retrouver son rôle dans la sphère familiale. Puis il peut y avoir aussi un apprentissage à l'organisation des aides humaines à domicile. Donc le but est de gérer son quotidien selon les interventions des professionnels durant la journée. C'est une grosse gestion pour la personne.

D'accord, quels termes utilisez-vous pour parler d'appartement thérapeutique ?

On les appelle appartements tremplins en fait, et appartement thérapeutique quelques fois.

D'accord. Parce que dans la littérature j'ai trouvé beaucoup de terme différents. Je vais vous lire une définition que j'ai trouvé. C'est un professeur MPR Mr Hamonet qui l'a écrite, vous me dites si vous êtes d'accord et ce que vous voulez rajouter.

Ok .

Définition : « Il s'agit d'appartement situés dans les services hospitaliers ou les centres de rééducation, dans lesquels, les personnes handicapées peuvent se ré-entraîner aux actes de la vie courante pour mieux se préparer au retour au domicile. Ce réentraînement se fait avec la collaboration de la famille qui souvent est hébergée dans l'appartement. »

Alors oui c'est ça, sauf que pour notre centre la famille ne dort pas dans l'appartement mais elle peut venir au cours de la journée. Ensuite il parle de réentraînement et nous on l'utilise plutôt comme un outil d'évaluation. Dans un but évaluatif en fait. C'est à dire d'évaluer la capacité de la personne, par exemple ouvrir la porte à l'intervenant, savoir se faire à manger, savoir quand manger... Nous on l'utilise vraiment pour évaluer. Après on l'utilise aussi pour

réentraîner, c'est à dire qu'on met en situation la personne dans des tâches qu'on a généralement vues en salle de rééducation.

Comment les patients appellent-ils cet outil ?

Appartement tremplin aussi.

Vous m'avez dit qu'il a été créé au sein de votre établissement en 2012 c'est bien ça ?

Oui, j'ai vérifié dans le porte vu et c'est bien 2012.

Est-ce qu'il y a eu des procédures de fonctionnements qui ont été écrites, et si oui, comment?

Oui pour le déroulement du séjour car on est plusieurs services à l'utiliser. Il y a la pédiatrie, la neuro, la traumato, les amputés, les brûlés, et les blessés médullaires... Voilà..

Globalement c'est ça, on a des pathologies vraiment très variées.

D'accord. Silence.

On a aussi aussi des gens de l'extérieur qui viennent visiter l'appartement. Ce sont des personnes qui habitent chez leurs parents et qu'ils veulent vivre seul, donc il viennent pour qu'on évalue les besoins dans un environnement comme celui là qui reste néanmoins protégé.

D'accord, j'entends alors qu'il y a plusieurs possibilités pour les personnes pour utiliser cet outil ?

Oui c'est très varié. Il y a des personnes d'extérieurs, des internes et ceux en hôpital de jour.

Bien, vous m'avez parlé de séjour, pouvez-vous me parler de la durée d'un séjour?

Les séjours sont du lundi au vendredi et si il y a d'autres objectifs à valider comme sur des gros retour à domicile on fait une demande pour avoir un autre séjour d'une semaine.

D'accord, dans la définition que vous m'avez donnée vous avez cité quelques objectifs, si je devais en retenir trois est ce que ce seraient cela :

-Évaluer les capacités motrices fonctionnelles et cognitives

-Quantifier les aides techniques

-Évaluer les aides humaines à domicile.

Je dirai si je devais les classer, d'abord l'évaluation des capacités d'autonomie et d'indépendance de la personne quoi. Parce que l'évaluation motrice et cognitive on l'a déjà dans la rééducation. On utilise des bilans on n'a pas besoin d'appartement thérapeutique pour évaluer ces capacités là.

Voilà c'est le principal objectif. Ensuite si il y a des restrictions dans ce cas là ça sera quantifier le besoin en aides techniques et aides humaines. Heu voilà. Et on va dire que le 3eme gros objectif serait la mise en confiance de la personne.

Je vois que vous faites la différence entre autonomie et indépendance, selon vous quel influence ont ces concepts sur vos objectifs ?

Tout est intriqué parce qu'on demande à la personne d'être indépendant mais aussi d'être autonome sur le choix des activités qu'elle va faire durant le séjour. On travaille vraiment avec la personne.

On voit si elle préfère faire la cuisine par exemple ou si elle est trop fatiguée, parfois il y en a qui préfèrent acheter des plats préparés. Forcément les personnes ont des restrictions, donc on essaye de faire des choix selon les activités qui leur sont les plus significantes, ce qu'elles ont envie de prioriser. Parce que durant le séjour ils prennent conscience de beaucoup de choses... Parce que pendant la rééducation ou même pendant les sorties à son domicile, la personne ne prend pas conscience de tout. Je prends exemple d'un patient que j'ai suivi où durant le séjour il a voulu aller plus loin dans son indépendance, il a fait la demande d'un scooter électrique pour pouvoir sortir seule sans que sa femme ne le pousse en fauteuil roulant. C'est un monsieur qui a réussi à être autonome durant le séjour qui a eu même de nouvelles demandes par une prise de conscience.

D'accord, quand vous dites « on », vous parlez de qui ?

Des ergothérapeutes. Ce sont nous qui nous occupons le plus des activités qui vont se dérouler durant le séjour. Avec l'avis de la personne bien sur.

D'accord, et si je reprends l'exemple de votre patient, ses nouvelles demandes ont émergés grâce à la mise en situation dans l'appartement thérapeutique ? Il n'avait jamais envisagé cela avant ?

Oui je pense qu'il a du prendre conscience qu'il pouvait faire encore plus de choses si il en avait les moyens.

D'accord, pour formuler avec le patient les objectifs du séjour dans l'appartement thérapeutique est-ce que vous utilisez un outil validé ?

Oui on utilise souvent le MCRO pour viser l'occupationnel pour que la personne puisse choisir sa demande, parce qu'une semaine c'est court donc on a du mal à tout réaliser. Parfois on fait un séjour pour valider les capacités d'autonomie et d'indépendance puis on demande un autre séjour pour évaluer le besoin en aides humaines ou en domotique par exemple. L'appartement est domotisé et le choix de la domotique ne se fait pas en une semaine.

D'accord, donc en limite à l'utilisation de cet outil, je pourrai noter que la durée du séjour peut paraître courte dans certains cas ?

Oui voilà et je dirai qu'en plus de la rééducation, cet outil nous apporte la possibilité de travailler et d'évaluer les activités instrumentales ou domestiques, donc pour les AVC par exemple c'est surtout l'entretien qui pose problème.

Ensuite pour cibler l'utilisation de cet outil avec des personnes post- AVC, est-ce que la durée du séjour reste la même ?

Oui une semaine, après on peut refaire une demande pour avoir une autre semaine et sinon ça nous est arrivé que la personne était trop angoissée, et qu'elle veuille quitter plus tôt l'appartement donc on arrête à ce moment là. Mais c'est arrivé qu'une fois.

Pouvez-vous me décrire un séjour type d'une personne post- AVC qui utilise cet outil ?

Alors souvent le lundi matin on les installe dans l'appartement on leur donne les clefs, on leur explique le fonctionnement des appareils. Parfois ça nous arrive de leur montrer la semaine d'avant leur intégration dans l'appartement pendant une séance d'ergo. On part avec eux en bus ou en voiture tout dépend ce qu'on veut tester, à la pharmacie, et aux courses. La on prend un peu le rôle d'une auxiliaire de vie pour quantifier après le besoin d'aide. Donc soit on les accompagne juste devant soit on les accompagne totalement. Pour les courses on a déjà anticipé la liste de courses, pendant les séances en ergo. Donc la aussi la personne les fait soit seule et j'attends devant soit je l'accompagne. Ensuite on rentre, pour le midi soit il y a des auxiliaires de vie de prévu et je mange avec elles et la personne, soit je mange seule avec la personne si elle arrive à se débrouiller un minimum pour la préparation du repas et si elle a des questions ou sinon elle mange seule. Dans le cas où on a affaire à une personne lourdement handicapée, on fait une réunion dans l'appartement en fin de matinée avec les auxiliaires de vie, infirmière, tous les intervenants à domicile en fait, avec le patient. Le mardi matin souvent on passe, mais après ça dépend des personnes. L'idée c'est de leur laisser de la liberté. Parfois il y a des personnes qui ont rééducation durant la semaine donc je les vois la journée, mais parfois ils font vraiment comme si ils vivaient seuls et ils n'ont pas de rééducation pendant une semaine sauf avec les personnes en libéral qui interviennent. Ah d'accord je pensais qu'ils continuaient tous leur rééducation.

Non on veut vraiment que les personnes s'aperçoivent que les journées sont longues. On a besoin que les gens s'ennuient parfois pour qu'ils aient des envies. Parce que la rééducation la semaine et les visites de la famille le week-end remplissent leur semaine, alors que là ils peuvent voir que peut-être ils vont avoir besoin d'une auxiliaire de vie pour sortir, faire des

courses, aller se balader...

D'accord.

Et la plupart du temps si la personne continue sa rééducation on fait la séance dans l'appartement thérapeutique comme ça on voit si elle a besoin de sortir pour aller acheter quelque chose, ou faire des lessives ou autre. Sinon on l'appelle durant la semaine. Et en fin de semaine on prévoit une heure ou deux pour discuter du séjour. On réunit les intervenants pour faire le point aussi sur le nombre d'heures, sur les demandes d'aides à faire.. et si la personne est prête on l'encourage à déménager. On rédige un bilan qui nous permet d'avoir un écrit pour l'envoyer le plus souvent à l'assistante sociale qui elle va l'envoyer à la MDPH si besoin.

D'accord, c'est vraiment une semaine chargée pour la personne mais aussi pour vous.

Oui, ce sont de grosses semaines, lorsqu'on utilise les appartements tremplins on diminue nos prises en charge des patients. Déjà le lundi ça nous prend la matinée pour tout faire.

Est-ce qu'il y a de la domotique dans l'appartement thérapeutique ? Pas que les rails au plafond mais autres choses ?

Oui tout est domotisé, les portes, les fenêtres, les lumières, les volets, la cuisine, la télé... On utilise des contrôles d'environnement.

D'accord, vous pouvez aussi proposer à la personne d'installer la domotique dans son futur logement ?

Oui voilà en fait ici on a aussi des formations pour les artisans, pour avoir des labels handicaps. Donc ils visitent l'appartement pour voir un peu le matériel spécialisé qu'on utilise. La famille aussi peut venir voir les installations pour qu'on leur explique l'utilisation de chaque matériel comme les WC japonais, le rail au plafond...

D'accord, et donc la famille heu, peut venir aux réunions que vous organisez ?

Oui bien sur, en fait la plupart du temps en neurologie en tout cas, on a beaucoup de troubles cognitifs notamment pour les personnes post- AVC donc on utilise l'appartement thérapeutique pour des personnes qui rentrent généralement seules à leur domicile.

Parce que si il y a la famille on utilise moins cet outil, on privilégie plus les week-end thérapeutiques, ou même les semaines thérapeutiques lorsque des personnes ont des coupures dans leur rééducation. Mais globalement on l'utilise pour des personnes qui rentrent seules et surtout pour tester la sécurité.

D'accord, durant les temps de rééducation vous utilisez aussi cet outil ?

Oui comme il y a du matériel spécialisé on va parfois faire des tests, voilà, le WC japonais, la cuisine qui est réglable, pour des choix de cuisine. On l'utilise pour faire des tests et sinon si on a deux ateliers cuisine de programmés on utilise celle de l'appartement thérapeutique en plus de notre cuisine thérapeutique du service. Mais les appartements ne sont jamais trop libres en réalité.

Oui j'imagine bien que c'est un outil que vous utilisez très souvent.

Ah oui mais nous on l'adore. C'est vraiment le propre de l'ergothérapie en fait. Et on est très content de l'avoir dans notre centre.

D'accord, parlez moi des activités réalisées durant le séjour.

En fait les activités de la vie quotidienne sont quasiment toutes travaillées, mais il se peut qu'il y ai des demandes plus spécifiques par exemple je souhaite ré-apprendre à repasser, ou si la personne souhaite s'entraîner à prendre le bus seule...

D'accord, est-ce que vous pouvez me donner une définition brève de ce qu'est une activité ?

C'est ce que fait une personne du matin au soir. L'activité c'est heu ce qu'on fait en permanence, heu, qu'elle soit personnelle ou domestique, toilette habillage, les déplacements,

la vie sociale, l'activité est très large.

Bien, vous parlez d'activité domestique et personnelle, quelle différence faites-vous ?

En fait heu on utilise ces termes pour dire AVQ et AIVQ en fait, ou ADL et IADI.

D'accord, et pour les objectifs comment ils sont négociés ?

On les travaille à l'avance en séance d'ergothérapie.

Est-ce que vous utilisez des modèles conceptuels ?

Heu... (hésitation). Oui on est centrée sur l'occupation, oui. Mais dans la pratique au quotidien on n'utilise pas vraiment un nom de modèle en particulier, je sais que pour le mémoire vous devez en parler.

Oui, j'ai choisi le modèle de l'occupation humaine pour illustrer l'utilisation de l'appartement thérapeutique, qu'en pensez-vous ?

Oui bien sur ce modèle correspond bien à ça parce qu'on est basé sur l'occupation, sur les activités que la personne voudrait réaliser dans un environnement donné. Donc on cherche vraiment le rendement de l'activité.

Si on parle du transfert des acquis, comment cet outil peut-il le favoriser ?

En général les personnes rentrent très vite chez elle après leur séjour dans l'appartement. Ils sont très très contents d'avoir tester leurs capacités dans un autre environnement que leur chambre. C'est un vrai test, malgré que ça soit sécurisé parce qu'ils sont dans le centre, ils peuvent se tester et voir comment avec ce qu'ils ont appris et réappris en rééducation, ils pourraient se débrouiller chez eux.

D'accord, je pourrai dire que cette mise en situation d'une semaine permet de mieux intégrer les techniques et nouvelles façons de faire dans leurs propres activités, mais aussi de favoriser leur confiance ?

Oui voilà c'est ça. Pour évaluer une personne il faut vraiment la mettre en situation, et parfois nos évaluations en salle sont biaisées parce qu'on n'est pas dans l'environnement de la personne. Clairement la rééducation il faudrait qu'on soit chez les gens et qu'on les évalue chez eux, la c'est encore semi, parce que ce n'est pas leur milieu de vie, mais avec cet outil on s'y rapproche au maximum et on en tire quand même une évaluation qui s'y rapproche le plus. Malheureusement par manque de temps et de rentabilité, l'ergothérapeute ne peut pas tout faire chez la personne.

Est-ce que vous avez des études, ou un projet d'étude de l'utilisation de cet outil entre deux personnes-post AVC qui une l'a utilisé et l'autre non ? Ou si vous comparez vos prise en charge avant et après la mise en place en 2012 de l'appartement thérapeute dans votre centre ?

Heu.. Non nous n'avons pas de données. Après avant on se débrouillait, on faisait des mises en situations cuisines surtout. Et le plus possible de visites à domicile mais ça prenaient vraiment beaucoup de temps. Maintenant que l'on a cet outil on l'utilise tout le temps et c'est vraiment un grand plus dans notre prise en charge en tant qu'ergothérapeute. Pour reprendre le terme de transfert des acquis, cet outil permet de faire le lien entre la salle de rééducation et le domicile de la personne.

Et est-ce que vous évaluez ce transfert des acquis ?

On le fait sans le savoir en fait. Lorsque la personne fait ses séances de rééducation on évalue son autonomie et son indépendance, on utilise des bilans puis après lorsqu'elle utilise l'appartement thérapeutique on fait seulement des observations. On connaît les capacités à l'entrée de la personne et on voit comment elle a évolué au fil du séjour.

D'accord, et pour ce qui est de la cotation des actes. Lorsque vous utilisez cet outil comment vous la faite apparaître sur la cotation de vos activités ?

bhé part CESAR bhe on le cote et on valorise cette activité. On a travaillé sur un code propre à l'utilisation de l'appartement parce que ça nous demande beaucoup de temps.

D'accord, selon vous, lorsque vous utilisez l'appartement thérapeutique vous êtes dans quel modalité de travail ? Interdisciplinaire, pluridisciplinaire... ?

Non non on est vraiment sur un travail pluridisciplinaire. Surtout avec l'assistance sociale, le réseau autour comme les libéraux. Tout en incluant la famille aussi.

Si on parle de compétences, pensez-vous que notre référentiel de compétences est bien représentatif à l'utilisation de cet outil ?

Ah oui carrément, je pense qu'on utilise quasiment l'intégralité de nos compétences lorsqu'on utilise cet outil. C'est un vrai travail d'abord organisationnel mais aussi il faut avoir une grande connaissances de la personne et de tout ses autres facteurs.

D'accord, ensuite vous m'avez dit que des réunions sont organisées pour discuter autour du projet de la personne durant le séjour, est-ce qu'il y a d'autres types de réunions, ou de communication formelles ou informelles de l'utilisation de cet outil ?

Oui oui déjà la décision du séjour est prise en réunion pluridisciplinaire, avec le médecin et les autres professionnels le patient et sa famille. Toutes les 3 semaines on fait un état des lieux des avancés de la personne, elle peut nous poser ses questions et on organise un séjour si il le faut. On acte le séjour entre nous puis après avec le patient et ensuite on met en place toute l'organisation que ça demande.

D'accord, est-ce que cet outil permet de valoriser le centre selon vous ? Tout reste confidentiel je vous le rappelle.

Oui bien sur, il y a eu beaucoup de demandes pour utiliser l'appartement tremplin, je vous ai dit même des personnes de l'extérieur demande de venir tester le matériel et autres. Et aussi la présence des artisans, ça met en avant le centre.

D'accord, et pour finir, quelles limites pouvez-vous me citer à l'utilisation de cet appartement tremplin ?

Heu. C'est très consommateur de temps et parfois on voudrait faire plus de mise en situation mais on ne peut pas. Même travailler avec la personne 2h par jour dans l'appartement tremplin serait bien mais il n'est pas toujours disponible.

Remerciements.

Annexe 5: Retranscription entretien 2

*ENTRETIEN ERGO 2**Rappel du thème du mémoire.**Rappel de la confidentialité et de l'anonymat.**Rappel de l'enregistrement.**Énonciation des différentes parties de l'entretien.**Je vais commencer par vous poser 3 questions plus personnelles.**Oui ?**Quelle est votre année de diplôme ?**J'ai été diplômée en 2006.**Depuis quand travaillez vous dans cette structure ?**Depuis 9 ans et demi. Environ depuis 2007.**Et depuis quand utilisez-vous l'appartement thérapeutique ?**Depuis son année de création en 2012.**Pouvez-vous me définir en quelques mots ce qu'est pour vous un appartement thérapeutique ?*

Alors heu... c'est un lieu de vie pour le patient qui va nous permettre de le mettre en situation pour que nous on évalue un certain nombre de choses autour de son autonomie et de son indépendance. Aussi bien en ce qui concerne les aspects moteurs que cognitifs et heu c'est évaluer ces AVQ instrumentales et non instrumentales et pour le patient ça va lui permettre de hé hé de se mettre en situation et de voir pour lui si il est capable de vivre seul, donc en fait d'expérimenter une vie seule et peut être de se rendre compte parfois que ce n'est pas possible ou non et de le mettre lui et son entourage en confiance.

D'accord, je vous propose une définition faite par un professeur MPR, Mr Hamonet, vous me dites si vous êtes d'accord.

Ok.

Définition : « Il s'agit d'appartement situés dans les services hospitaliers ou les centres de rééducation, dans lesquels, les personnes handicapées peuvent se ré-entraîner aux actes de la vie courante pour mieux se préparer au retour au domicile. Ce réentraînement se fait avec la collaboration de la famille qui souvent est hébergée dans l'appartement. »

Je suis d'accord mais en ce qui concerne la famille on les implique dans le sens où on les informe sur ces mises en situation mais on va plutôt essayer qu'il soit le moins présent possible pour vraiment évaluer les capacités de la personne à vivre seul. Après certaines personnes retournent à leur domicile où il y aura la présence de la famille mais dans la plupart des cas les patients qui séjournent dans l'appartement tremplin sont souvent des personnes qui vont vivre seules par la suite. Et pour ce qui concerne les interventions de l'équipe, moi en tant qu'ergothérapeute j'interviens souvent, il peut y avoir éventuellement l'IDE de l' HDJ mais elle ne va pas sur le lieu, elle contact seulement la personne par téléphone sinon ce sont les IDE libéraux qui interviennent si besoin, il peut y avoir aussi des aides ménagères, du personnel de l' HAD : hospitalisation à domicile, mais voilà ce ne sont pas des personnes de notre centre de rééducation.

D'accord, parlez moi de la localisation de cet appartement?

En fait il est à 100m de l'entrée de l'établissement, mais il reste sur le terrain du parc du centre.

Silence.

D'accord, je remarque que vous utilisez le terme d'appartement tremplin, est-ce que vous utilisez d'autres termes ?

Non on utilise appartement tremplin seulement mais on comprend tous quand on parle d'appartement thérapeutique.

Je vous demande ça car j'ai lu dans la littérature beaucoup de termes définissant cet outil, comme l'appartement de simulation et de réadaptation. Sinon les patients aussi le nomment appartement tremplin ?

Ah d'accord, non nous on reste sur appartement tremplin et les patients aussi.

C'est vraiment un terme qui est rentré dans les m?urs.

Ensuite, vous m'avez dit qu'il a été créé en 2012, comment s'est passée sa mise en place au niveau des procédures de fonctionnement?

Oui en fait avant la construction il y a un groupe d'ergothérapeutes qui a été formé et ensemble elles ont édité les procédures. Elles ont rédigés les protocoles d'utilisation administratifs et le protocole d'urgence. Ensuite pour l'organisation c'est vraiment très varié, donc ce n'est pas forcément tout écrit. Ça dépend de la demande de la personne.

D'accord, parlez moi de la fréquence à peu près à laquelle vous utilisez l'appartement tremplin ?

En fait *heu* c'est rare qu'il ne soit pas utilisé. Et *heu* en fait on en a deux, un studio et un T2 donc on général ils sont utilisés une semaine sur deux, pour qu'un reste libre mais maintenant ça devient de plus en plus courant que les deux soient utilisés.

D'accord, et pourquoi laisser un appartement disponible ?

C'est plutôt pour qu'on puisse faire par exemple une activité cuisine avant de laisser la personne seule durant une semaine. Ou sinon c'est aussi pour pouvoir tester les aménagements, les adaptations...

D'accord, et le séjour se déroule de quand à quand ?

On parle d'une semaine mais c'est plutôt du lundi midi au vendredi midi.

Silence.

D'accord, est ce que vous pouvez me citer 3 objectifs les plus fréquents toutes pathologies confondues lorsque vous utilisez cet outil ?

D'accord d'abord je dirai évaluer l'autonomie et l'indépendance dans les AVQ de la personne, ça c'est l'objectif qu'on va retrouver presque à chaque fois *heu* il peut y avoir *heu* l'évaluation des besoins en aides techniques et le troisième serait de faire prendre conscience à la personne de ses incapacités et plus dans le coté positif de lui montrer qu'elle peut vivre seule dans un environnement aménagé.

Silence

En fait le dernier objectif il a soit une finalité positive ou négative je dirais.

D'accord, je retiens donc l'évaluation de l'autonomie et de l'indépendance dans les AVQ, l'évaluation des besoins en aides techniques et humaines, et enfin la prise de conscience.

Oui voilà.

Bien, ensuite j'aimerais que vous me parliez de l'influence des objectifs sur les activités. Par exemple est-ce qu'au cours du séjour vous évaluez systématiquement l'autonomie et l'indépendance ?

Bhe en fait c'est souvent les deux mais après ça dépend plutôt des activités. On connaît déjà sur certaines activités si la personne est dépendante ou non. Par exemple quand on va chez la personne on peut observer déjà si elle s'est habillée ou non, ou on sait que la personne est indépendante dans la préparation d'un repas mais là durant le séjour on va voir si elle est autonome dans le choix des recettes, l'heure à laquelle il faut commencer à préparer, l'heure à laquelle elle va manger. Je dirai qu'en fait on fait un travail de fond dans le domaine de

l'autonomie surtout.

Et pour la cuisine justement, comment ça se passe pour faire les courses ?

Justement on commence le lundi midi car le lundi matin on va faire les courses. La semaine d'avant l'entrée dans l'appartement tremplin on prépare durant les séances la liste de courses. On va aussi à la pharmacie parce qu'ils sont considérés en hôpital de jour donc il faut prévoir les médicaments pour la semaine. C'est à eux en fait de prendre leurs médicaments durant le séjour.

D'accord, donc là durant le séjour vous me dites que vous évitez de faire intervenir la famille, j'ai compris que c'est plus un travail avec la personne, mais il se peut que la famille ou un proche puisse venir séjourner la nuit ou c'est interdit ?

Pour moi ça n'est jamais arrivé, moi je travaille en neurologie donc je n'ai pas eu à faire ça mais je sais que le service des blessés médullaires fait intervenir plus de fois la famille. C'est vrai qu'en neuro on est plus avec des personnes qui ont un projet de vie de vivre tout seule.

D'accord, est-ce que vous pouvez maintenant me citer 3 limites à l'utilisation de l'appartement tremplin ?

Je dirai que même si on essaye de se rapprocher au mieux de l'environnement du domicile de la personne ce n'est pas identique. C'est un environnement nouveau donc on n'a pas le côté rassurant où la personne pourrait avoir ses habitudes. C'est une limite importante.

Ensuite 4 jours et demi peut être court parfois, c'est vraiment un plus mais parfois on est ramené à refaire un séjour ou des VAD.

Et en 3ème, qu'est ce que ça peut être... *heu*.

Je peux en noter que deux si vous en avez pas d'autres en tête.

Oui c'est vraiment un outil super donc je n'ai pas d'autre idée là.

D'accord, est-ce que vous utilisez cet outil autrement qu'en outil de réadaptation ?

En fait on fait quelques fois seulement des mises en situation par exemple cuisine d'une heure, ensuite on va montrer tous les aménagements que l'appartement dispose comme le rail au plafond, on a pas mal de domotique aussi au niveau de l'éclairage. Il y a aussi mes collègues ingénieurs qui montrent à des artisans les aménagements. On peut aussi utiliser ces appartements comme une vitrine en fait.

D'accord, si on parle de l'utilisation de cet outil avec plus spécifiquement des personnes en post-AVC, vous pensez que vous l'utilisez plus avec ces personnes ou d'autres en neuro ?

En fait l'AVC est quand même la pathologie la plus présente dans le service neuro. Donc oui par rapport aux pathologies comme les TC, tumeurs cérébrales... *heu* mais par contre *heu* si on compare avec les blessés médullaires je ne sais pas avec quelle pathologie on l'utilise le plus.

D'accord, est-ce que vous pouvez me décrire un séjour type avec une personne post-AVC ?

Je vous rappelle que tout reste confidentiel. Même si vous pensez à un de vos patients rien de personnel ne sera retranscrit.

D'accord, alors *heu* est-ce que je parle aussi de la préparation ?

Oui bien sur si vous pouvez.

Donc avant on fait des bilans sur l'autonomie et l'indépendance de la personne comme ça on voit si ce séjour est possible, on en informe le patient et au médecin et on prépare l'entrée quelques semaines après généralement. On prépare les papiers alors : carte vitale, assurance de responsabilité civile, de l'argent pour faire les courses. Après on établit la liste de courses et le planning de la semaine car certaines personnes vont manger à midi au restaurant de l'hôpital d'autres mangeront chez eux, ou le petit déjeuner peut-être pris à l'hôpital aussi.

Donc le lundi matin on fait les courses, on va à la pharmacie et en fin de matinée on rentre dans l'appartement tremplin. Pour les affaires personnelles, soit la personne était hospitalisée

donc ce sont les aides soignantes qui l'aident à préparer sa valise, soit sinon si la personne était déjà en HDJ elle vient avec ses affaires directement de chez elle. Ensuite moi je reste jusqu'à 13H30 avec la personne comme ça elle fait à manger et je mange avec elle. L'après midi elle suit ses activités de rééducation. Le soir je n'interviens pas c'est généralement un infirmier libéral qui vient pour la mise au lit si besoin. Le mardi matin je passe pour voir si tout s'est bien passé, pour faire un point. Ensuite les midis si il n'a pas besoin je ne passe pas. Le mercredi dans la journée je passe pour voir si tout va bien si je ne la vois pas en séance de rééducation et sinon le jeudi j'essaye de ne pas passer. Et le vendredi après midi on fait le déménagement, on vide le frigo, on enlève les draps et on n'a pas le ménage à faire car ce sont les femmes de ménage de l'hôpital qui viennent le vendredi après midi. En fait la personne entretien un minimum sinon le gros ménage est fait par quelqu'un d'autre.

D'accord, je vois que c'est quand même une journée bien chargée pour vous en tant qu'ergothérapeute.

Oui c'est toujours *heu* une semaine stressante parce que le lundi soir on se demande un peu comment on va retrouver notre patient le lendemain. On y pense quoi (rire). Après voilà il y a un protocole de sécurité comme je vous disais, donc l'infirmière passe le soir et on a la télé alarme, donc on surveille.

D'accord, ensuite est-ce que vous pouvez me citer d'autres objectifs peut-être plus spécifiques si il y en a avec ces personnes ?

En général c'est la même chose à peu près, mais il y a aussi un objectif supplémentaire sur les aidants. C'est à dire de se familiariser avec les intervenants d'aides à domicile, d'organiser ses activités en fonction de leur arrivée. On voit souvent ça pour des personnes avec une hémiplégie qui demandent pas mal d'intervenants durant la journée. Ça les met un peu fasse à cette réalité.

D'accord, ensuite est-ce que des activités plus spécifiques peuvent être travaillées durant le séjour et comment sont-elles sélectionnées ?

En fait on voit selon la demande de la personne et les résultats des bilans faits en salle. Par exemple pour le repassage ça pourrait être envisager, laver les carreaux aussi, mais généralement ce sont plus des activités de la vie quotidienne les plus ciblées.

D'accord, pour formuler les objectifs est-ce que vous vous appuyez sur un modèle conceptuel en particulier ou non ?

Pas forcément, on se base sur la grille entretien ergo qui est basé sur un modèle mais je ne sais plus lequel. Dans tous les cas on se base sur l'occupation, ça reste le concept le plus adapté à l'utilisation de cet outil.

D'accord, pour mon mémoire j'utilise le modèle de l'occupation humaine, connaissez-vous ce modèle et d'après vous est-il approprié ?

Oui je le connais mais je ne l'utilise pas. *Heu* en fait peut-être mais sans le savoir (rire).

Comme il visent l'occupation en prenant en compte le rendement et l'environnement je pense qu'il trouve bien sa place dans l'utilisation de l'appartement thérapeutique. Après *heu* comme je vous dis on n'a pas l'habitude d'utiliser des modèles. *Heu* en fait on ne met pas de nom de modèle sur nos pratiques.

D'accord, oui je comprends. Ensuite est-ce que vous pensez que cet outil peut favoriser le transfert des acquis de la rééducation dans l'environnement de la personne ?

Bhe je trouve qu'en fait l'outil porte bien son nom, ça joue bien le rôle de tremplin entre la rééducation et le domicile de la personne. Ça permet de garder aussi cet élan que la personne a depuis son entrée dans le centre et on l'accompagne jusqu'au retour chez elle en accompagnant aussi les proches dans ce changement. *Heu..* Comme la personne se met en

situation dans un environnement proche du sien, je pense que oui, c'est un très bon outil pour faciliter le transfert des acquis. Après on ne l'évalue pas avec des bilans quantitatifs, c'est vrai qu'on pourrait le faire mais on reste seulement sur une évaluation par l'observation. Et on remarque que les personnes progressent surtout dans leur autonomie.

D'accord, et pour finir, si nous parlons de l'organisation, comment vous qualifiez le mode de travail entrepris ?

Je dirai un travail pluridisciplinaire car il y a pas mal d'intervenants donc on apporte chacun notre rôle mais on doit aussi s'organiser entre nous professionnels pour être cohérent dans ce que l'on fait. On a chacun des compétences différenciés et c'est vrai qu'on remarque bien les rôles de chacun.

Mais pour un ergothérapeute c'est vraiment un outil où toutes ses compétences peuvent être mise en jeu.

D'accord, pour la cotation des actes effectués vous vous référez à quoi ?

On a la système de PMSI. Donc on cote les actes au fur et à mesure. Et aussi tout ce que ça demande à côté aussi comme les réunions.

Et autres que les réunions pour parler de la réadaptation du patient est-ce qu'il y a de réunions sur l'organisation de l'appartement tremplin ?

Bhe en fait les protocoles ont été très bien rédigés donc on n'a pas eu besoin pour l'instant de revenir dessus. Mais la on a fait une réunion où on a revu l'utilisation selon les années et les pathologies, mais c'était plutôt pour informer tous les professionnels du centre.

Et pensez-vous que c'est un outil qui valorise l'activité du centre ?

Oui totalement, oui oui. C'est vraiment quelque chose qui manquait et comme je disais c'est rare les semaines où ils ne sont pas utilisés.

D'accord, j'ai fini mon entretien, est-ce que vous avez des choses à rajouter, sur le sujet, sur la forme de l'entretien ou autre ?

Non je pense avoir tout dit et c'était sympa. (rire)

D'accord, je vous remercie en tout cas d'avoir été volontaire pour m'aider dans ma recherche. Et je vous souhaite une bonne journée.

Annexe 6: Retranscription entretien 3

ENTRETIEN ERGO 3

Dans un premier temps je vais vous poser des questions plus personnelles.

En quelle année avez vous été diplômée ?

En 1991.

Depuis quand travaillez vous dans cette structure ?

Depuis 1991.

Et depuis quand utilisez-vous l'appartement thérapeutique ?

Il a été construit en 1994 mais je ne l'ai pas utilisé de suite. J'ai commencé à être référente de cet outil et à l'utiliser en 1998.

D'accord.

Je voudrais revenir sur ce que tu as dit dans la description de ton thème. Je te tutoie car j'ai l'habitude de tutoyer mes stagiaires.

Oui pas de problème.

Donc heuu en fait nos appartements ne sont pas réellement dans la structure mais dans un petit village à coté du centre.

D'accord je prends note, pouvez-vous alors me donner votre propre définition de l'appartement thérapeutique ?

Les appartements sont mis en place pour que des personnes puissent vérifier leur capacité à vivre de façon autonome avec si besoin aides techniques et aides humaines.

D'accord, j'ai trouvé une définition sur ces appartements du professeur Hamonet je ne sais pas si vous connaissez, je vous la lis et vous me dites ce que vous voulez rajouter, modifier ou autre.

D'accord, Hamonet s'écrit comment ?

Épellation et lecture de la définition. « Il s'agit d'appartement situés dans les services hospitaliers ou les centres de rééducation, dans lesquels, les personnes handicapées peuvent se ré-entraîner aux actes de la vie courante pour mieux se préparer au retour au domicile. Ce réentraînement se fait avec la collaboration de la famille qui souvent est hébergée dans l'appartement. »

Heu... La définition me convient sauf que le centre est comme je l'ai dis à l'extérieur du centre, et la famille n'intervient pas dans ce cas. Ce sont très souvent des personnes qui retournent à leur domicile seule.

D'accord, alors moi j'utilise le terme d'appartement thérapeutique, et j'ai entendu que vous utilisez souvent le terme d'appartement de transition. Est-ce que vous utilisez toujours celui ci pour parler de cet outil ?

Nous on appelle toujours appartement transitionnel. Je pense que heuuu à mon sens, quand c'est thérapeutique je pense que c'est plus lorsque l'appartement se trouve dans la même structure que le centre, nous c'est vraiment un outil de transition entre le centre et le domicile propre de la personne. Enfin je le défini comme ça. Peut-être aussi noter la différence au niveau des professionnels. Nous ce sont des libéraux qui interviennent.

Les patient aussi le nomment comme ça ?

Oui, mais pour nous ce ne sont plus des patients ce sont des résidents.

D'accord comment ça se passe pour le fonctionnement de cet outil ? Y-a t-il eu des procédures de fonctionnement ?

Alors au début lors de la création de cet outil je n'étais pas présente pour la mise en place. Mais régulièrement on revoit nos documents, notre façon de travailler, nos contrats ect..

Si j'ai bien compris c'est un travail en équipe qui comprend quels professionnels ?

De tous les ergothérapeutes c'est moi qui m'en occupe, je suis référente, avec l'assistante sociale et les libéraux.

D'accord, et j'aimerais savoir avec quelles personnes vous utilisez cet outil ?

Avec toute pathologie sauf les tétraplégies hautes et les personnes qui nécessitent une intervention de nuit.

Si on cible l'utilisation avec des personnes en post- AVC, quels sont les objectifs ? Citez moi en trois si possible.

Alors je ne fais pas de distinction entre les pathologies. Alors *heuuu* c'est un petit peu dur à définir pour moi car je n'ai pas vraiment le statut d'ergothérapeute lorsque je m'occupe des personnes qui sont dans cet appartement. Je suis plus *heu..* j'ai plus un statut d'accompagnante. Je m'occupe des aides techniques, j'informe les auxiliaires de vie sur les transferts...

Silence.

D'accord, si je vous parle d'autonomie et d'indépendance, est ce que vous travaillez cela au sein de cet appartement ?

Alors moi personnellement non. Je travaille vraiment le projet de vie de la personne, en lien avec les auxiliaires de vie, infirmiers et kinés. Je m'occupe des recherches d'appartements après le séjour dans celui là, mon rôle c'est vraiment de l'accompagner dans sa sortie vers son domicile pour habiter seule.

D'accord, donc si je reprends ce sont des intervenants libéraux qui viennent dans cet appartement de transition, et la personne vaque à ses occupations comme si elle était dans son propre domicile. Et vous vous l'accompagnez dans son projet de vie qui est souvent le retour à son domicile en toute autonomie et en sécurité.

Oui voilà c'est ça.

Pouvez vous m'expliquer comment se passent les séjours dans les appartements thérapeutiques ?

Qu'entends-tu par séjour ?

Par exemple lors de mon dernier entretien, l'appartement thérapeutique était utilisé du lundi au vendredi.

Ah d'accord (étonnée) non nous pas du tout. En fait les personnes rentrent dans l'appartement et on ne sait pas quand est-ce qu'elles sortiront. On a une période d'essai d'un mois. Soit ça se passe bien et dans ces cas là le projet est de trouver un logement ailleurs et d'installation de tous les moyens et aides humaines. On reproduit ce qui y a été établie dans l'appartement de transition dans le futur logement de la personne. Nous on s'occupe, je dis nous parce que au quotidien il y a l'assistante sociale et moi. Donc nous sommes impliquées dans la suite du projet, faire le déménagement, mettre en place un SAVS si besoin, rechercher des structures, donc voilà on est dans ce rôle. Le séjour de la personne prend fin donc quand tout est établie et que la personne peut vivre dans son nouveau logement.

D'accord, parlez moi de vos interventions durant le séjour.

Alors j'interviens, enfin nous intervenons une fois par semaine le mercredi matin. On monte faire le point avec la personne mais je n'interviens pas directement sur la personne. J'ai pas un rôle d'ergothérapeute purement ergo on va dire. C'est plus dans l'accompagnement de la personne dans son projet de vie.

Est-ce que vous pouvez me décrire un séjour type ?

Alors les personnes viennent soit du centre médical soit d'une autre structure, à ce moment là on leur demande de passer 15 jours dans le SSR, où là je vais les voir pour un peu voir leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne et noter tout ce dont la personne peut avoir

besoin.

D'accord, si je comprends bien ce sont 15 jours d'évaluation pour savoir si oui ou non la personne peut rentrer dans l'appartement thérapeutique et savoir quelles aides mettre en place ?

Oui voilà on peut dire ça.

Pouvez-vous me décrire les appartements thérapeutiques ?

Alors on en a 3, ce sont des T2 entre 40 et 50m².

D'accord, est ce qu'il y a de la domotique dans ces appartements ?

Non parce que dans la vraie vie on n'a pas de domotique et c'est bien trop cher.

D'accord, si je vous demandes de me citer des limites à l'utilisation de cet outil ?

Alors ça va être le danger. C'est vrai qu'il est arrivé que la personne se soit mise en danger, comme mettre le feu et chuter. Et puis durant ces mois on voit aussi les problèmes d'alcool qui peuvent surgir. Parce que quand on se retrouve seul *bhé* on voit qu'on s'ennuie et tout ça donc des addictions peuvent être présentes.

D'accord, si nous parlons d'activités, quelles sont les activités que la personne peut faire lorsqu'elle utilise cet outil ?

Le résident est totalement autonome. Il fait les activités qu'il veut. Bien évidemment il y a les activités de la vie quotidienne, puis les activités de la vie instrumentales mais aussi les loisirs. J'ai une patiente qui voulait faire de la zumba donc nous l'avons accompagnée dans ses démarches.

D'accord, est-ce que vous pouvez m'expliquer ce qu'est pour vous une activité?

Alors heu... Une activité est un ensemble de tâches que la personne effectue. En fait heu.. les activités reflètent les occupations de la personne. Comme je l'ai dit, il peut y avoir des activités de la vie quotidienne comme se laver, manger, se déplacer, des choses basiques puis des activités instrumentales plus élaborer comme aller acheter du pain... Heu et ensuite il y a les loisirs.

D'accord merci.

Voilà la personne peut avoir toutes sortes d'occupations durant le séjour.

Vous me parlez de résident, quel statut a-t-il lorsqu'il rentre dans cet appartement ?

En fait la personne est dans un logement basique, elle paye un loyer, des charges tel que l'électricité, l'eau, et le téléphone selon ce qu'elle consomme. On demande une assurance de responsabilité civile, puis une caution qui lui sera rendue si l'appartement est rendu en bon état.

D'accord, donc ici l'appartement de transition marche vraiment comme une location.

Oui voilà c'est ça, c'est ça. *Silence*. Donc ça implique que la personne ait un revenu, qu'elle n'ait pas d'autre loyer. Et chez nous il n'y a pas besoin de notification MDPH.

Très bien, ensuite si nous parlons plus de votre rôle, est ce que vous utilisez des modèles conceptuels ?

Rire. Pas du tout. Je sais que c'est dans votre formation. Je pense que j'en utilise certainement mais sans le savoir. Je n'en connais pas.

Oui, nous apprenons beaucoup à utiliser des modèles, mais votre pratique aussi doit certainement se référer à un des modèles mais vous ne mettez pas de nom dessus.

Oui voilà.

Ensuite pour parler d'évaluation, est-ce que vous évaluez la personne ou autre durant et après le séjour ?

Non, en fait ce sont les auxiliaires de vie qui sont un peu garants du bon fonctionnement du séjour parce qu'elles y sont tous les jours ou presque. Donc ce sont elles qui nous sollicitent si quelque chose ne va pas ou si il y a quelque chose à mettre en place.

D'accord, est-ce que vous pouvez me parler de l'intérêt de cet outil dans le transfert des acquis pour des personnes en post- AVC ?

Bhé heu... déjà cet outil permet de voir comment la personne se débrouille. L'objectif étant qu'il rentre dans un logement en toute autonomie et en sécurité. Cette mise en situation lui permet de mettre en place tout ce qu'elle a appris au cours de son séjour, prendre conscience de certaines choses. Je prends l'exemple d'une dame qui au début pensait ne savoir rien faire après son AVC. Donc au début elle avait besoin de 8 heures d'aides humaines par jour, puis maintenant elle n'en a besoin que de 4. Elle sait se faire à manger, elle a des idées de menus, s'habiller. Donc là oui on a vu que ce qu'elle a acquis comme techniques et compensations en rééducation elle a pu les mettre en pratique et elle fera certainement pareil à son domicile.

D'accord, vous dites que vous travaillez en équipe, pensez-vous que vous travaillez en collaboration avec les autres professionnels ?

Oui carrément, les résidents ont quand même aussi un lien avec le médecin de rééducation donc la personne vient 1 à 2 fois par semaine ça dépend des objectifs de rééducation au sein du pôle de rééducation. Et aussi les gens qu'on reçoit sont souvent des personnes qui ont eu un passé assez long en SSR et c'est un peu brutal de passer heu directement à leur domicile. Et de se retrouver livré à soit même. Donc du coup l' HDJ sert aussi à faire un sevrage progressif des soins hospitaliers.

Silence.

Mon rôle en fait heu c'est de coordonner les intervenants. Les heures d'aides humaines sont décidées selon la notification de la MDPH. Et aussi, il y a quelques années on a mis une supervision avec le psychologue qui intervient pour les professionnels. Avec les auxiliaires de vie et l'assistante sociale on rencontre le psychologue et on discute sur les problèmes rencontrés avec les personnes vus dans l'appartement thérapeutique. Et c'est c'est très riche pour les auxiliaires surtout. Elles apprécient énormément.

D'accord, expliquez-moi comment ça se passe pour les heures d'aides humaines.

En fait heu bhé les gens ont leur notification avant d'arriver. Il y a tellement de temps de traitement du dossier MDPH que le dossier est déjà envoyé avant. Si il y a besoin d'une évaluation on le fait mais c'est souvent fait avant.

D'accord, est-ce qu'il y a eu des procédures de fonctionnement qui ont été rédigées ?

Oui dès la construction de l'outil. Après heu, ça a été repris quelques fois pour modifier certaines choses, heu, mais sinon globalement ça reste le même fonctionnement depuis des années.

Bien, est-ce que vous pouvez me parler des compétences d'un ergothérapeute que vous mettez en avant lorsque vous utilisez cet outil ?

Bhé c'est un peu délicat parce que comme je vous ai dit je n'ai pas non plus un rôle d'ergothérapeute à proprement parlé. Heu... Je peux dire que oui j'ai les compétences de gérer une équipe, je suis compétente je peux dire en réadaptation sans vouloir me vanter.

Bien, comment cotez-vous les actes, donc vos heures de travail lorsque vous utilisez cet outil ?

En fait on n'utilise pas le PMSI pour cet outil, on le note hors PMSI. Nous avons une grille hors PMSI mais après je ne sais pas du tout où ça va.

D'accord, pensez-vous que c'est un outil valorise le centre de rééducation ?!

Oui bien sûr, les personnes en sont contentes.

Bien, et expliquez-moi si il y a d'autres utilisations de cet outil mise à part avec les résidents ?

Heu.. Non on l'utilise vraiment que et avec des patients. Il n'y a pas d'autre utilité.

« perplexe ».

Je vous demande ça car dans mes autres entretiens les appartements thérapeutiques sont

aussi utilisés pour faire des démonstrations de domotique, ou pour montrer des aides techniques au famille, ou ça peut aussi être un lieu de formation pour les artisans.

*Ah d'accord, non non *bhé* ce n'est pas le but d'un appartement thérapeutique... En tout cas pas chez nous.*

D'accord, et à quelle fréquence utilisez-vous cet outil?

Il est utilisé à peu près à 80% par an.

D'accord, j'ai fini mon entretien. Je vous remercie d'avoir accepté de me livrer toutes ces informations. Je vous rappelle que tout reste confidentiel, puis je supprimerai l'enregistrement une fois l'entretien retranscrit.

Annexe 7: Retranscription entretien 4

ENTRETIEN ERGO 4

Je vais commencer par vous poser des questions personnelles comme l'année de votre diplôme ?

J'ai été diplômée en 2016.

D'accord, vous travaillez depuis quand dans cette structure ?

Depuis 2016, j'ai commencé de suite on va dire il y a 10mois.

D'accord, et vous utilisez l'appartement thérapeutique du centre depuis le début alors ?

Oui c'est ça.

D'accord, alors mon entretien est divisé en trois parties, une partie sur la définition d'un appartement thérapeutique, une partie sur son utilisation avec des personnes en post-AVC et enfin une partie sur l'organisation que demande l'utilisation de cet outil.

D'accord très bien.

Je vais vous lire d'abord une définition que j'ai trouvée rédigée par un professeur MPR Mr Hamonet. Je vous la lis et vous me dites si vous êtes d'accord, ce que vous voulez rajouter, supprimer ou autre, d'accord ?

Oui

Définition : « Il s'agit d'appartement situés dans les services hospitaliers ou les centres de rééducation, dans lesquels, les personnes handicapées peuvent se ré-entraîner aux actes de la vie courante pour mieux se préparer au retour au domicile. Ce réentraînement se fait avec la collaboration de la famille qui souvent est hébergée dans l'appartement. »

Du coup c'est ça sauf lorsque vous parlez de la place de la famille nous ça ne fonctionne pas comme ça. On a 9 studios donc le conjoint ou autres ne sont pas acceptés mais il y a aussi un T2 dans lequel si besoin un conjoint peut venir passer le séjour avec le patient mais ce n'est vraiment pas le but de l'utilisation de cet outil et ça reste vraiment rare.

D'accord, est-ce que vous pouvez me définir brièvement ce qu'est pour vous un appartement thérapeutique ?

Hum... alors je réfléchis un petit peu. C'est un lieu de transition entre la vie hospitalière donc sans une indépendance totale vers une vie vers l'extérieur où l'indépendance et l'autonomie est maximale. C'est un vrai moyen en ergothérapie, surtout un moyen d'évaluation.

D'accord, est ce que vous utilisez d'autres termes qu'appartement thérapeutique ?

Non en général on dit appartement thérapeutique ou appartement de réadaptation parce qu'en fait nos appartements font parties d'un grand secteur. On a 3 secteurs, traumatologie, neurologie et de réadaptation. Donc c'est un service à part entière.

D'accord, si je vous demande de me citer 3objectifs de l'utilisation de cet outil avec des personnes post-AVC vous me direz quoi ?

Alors heu.. le premier comme je vous ai dit sera d'évaluer le besoin en aides techniques ou humaines. L'objectif sera aussi de faire prendre conscience de ses capacités et ses incapacités. Les mettre en situation permet de leur montrer que certaines choses soit dans un cas possible et mettre en confiance la personne soit dans un autre cas démontrer que ce n'est pas possible donc de faire prendre conscience que des choses ne seront pas possible sans aide du moins. Et en troisième heu... je pense que ce sont vraiment nos objectifs principaux je n'en vois pas d'autre pour l'instant.

D'accord, maintenant, parlez moi des concepts d'autonomie et d'indépendance travaillés au

sein de l'appartement thérapeutique.

Alors hum... les deux concepts sont liés. La vie seule demande pour moi de l'indépendance et de l'autonomie. Donc l'autonomie être capable de faire ses propres choix et l'indépendance c'est la capacité à faire les choses seules. Après l'indépendance peut être modifiée mais c'est surtout que la personne dans cet outil peut avoir le choix de la façon de faire les choses. On travaille aussi le fait de pousser la personne à faire des choix justement.

D'accord, est ce que vous pouvez me citer trois grandes limites à l'utilisation de cet outil avec ces personnes post-AVC ?

D'abord, ça reste un logement hospitalier on va dire, ce n'est pas exactement l'environnement matériel et humain de la personne. C'est à dire qu'il y a des règles à respecter, des règles d'hygiène, de sécurité qui font que par exemple le soir ils ne peuvent pas manger chaud, il mange soit au réfectoire soit il mange froid. Donc ça ne représente pas exactement la vie quotidienne telle qu'elle sera au domicile futur de la personne.

Et en deuxième limite je dirai qu'on reste limité dans les activités que l'on peut leur proposer. Par exemple si la personne vient de l'extérieur, elle peut venir d'un autre département et dans ce cas là on ne peut pas aller les mettre en situation transport dans leur lieu de vie. Parce qu'on travaille l'autonomie et l'indépendance dans l'appartement mais aussi dans l'environnement extérieur.

Et en troisième je dirai qu'on est aussi limité dans le temps car 3 semaines ça passe très vite. Et parfois le déclic se fait à la fin ou n'a pas le temps de se faire.

D'accord, toutes les personnes ont le droit à un seul séjour de 3 semaines ou vous pouvez faire la demande d'un renouvellement de séjour ?

En fait oui on peut mais ça sera 6 mois voir 1 an après, mais ça reste très rare. Et le délai du séjour dépend du statut de la personne. Si la personne vient de notre centre elle a le droit à 3 semaines, si elle vient d'une autre structure elle reste 4 semaines minimum avec une première semaine qui se base simplement sur l'évaluation de ses capacités et incapacités.

D'accord, est ce que vous pouvez me décrire un séjour type ? Si vous pensez à une personne en particulier tout restera confidentiel.

Oui, alors je vais prendre une personne qui est extérieur au centre si ça vous va ?

Oui bien sur.

Alors le séjour dure 4 semaines. A l'arrivée de la personne, une caution est demandée, et l'infirmière et l'aide soignante référentes du service de réadaptation lui donnent un livret d'accueil avec les règles d'hygiène et de sécurité.

La première semaine la personne prend ses marques dans l'appartement thérapeutique, et elle démarre ses activités de rééducation au centre durant la semaine. L'ergothérapeute accompagne la personne pour la cuisine et les courses. Le patient a un budget de 7 euros par repas. Moi ce que je fais, les pratiques sont différentes selon les ergothérapeutes, j'accompagne la personne à faire les courses le premier jour et je reste lorsqu'il prépare son repas. Ça me permet de voir si il est autonomie durant les courses, pour gérer le budget, pour sélectionner les ingrédients tout ça, et je regarde si il se débrouille donc plutôt l'indépendance dans la réalisation du repas.

Au début on leur donne les 7 euros à chaque fois et puis au fur et à mesure c'est eux qui vont gérer leur budget seul. L'objectif durant ce séjour c'est qu'au fur et à mesure il fasse le plus possible ses courses et les repas durant la semaine, et à la fin il doit être capable de le faire seul.

D'accord, pour les courses du coup vous mettez la personne en situation à l'extérieur, et selon les objectifs vous allez choisir le moyen de transport ?

Oui on a la chance d'avoir un petit supermarché à 3 minutes à pied, donc le but est que la

personne y aille seul. Puis si il le faut, ça dépend de l'environnement réel du patient, de comment il va faire une fois rentré chez lui, on peut parfois aller plus loin, donc prendre les transports en communs, la voiture, ou changer de supermarché non pas pour la distance mais pour la grandeur du supermarché. Si la personne fera ses courses dans une grande surface il faut aussi apprendre à gérer ses courses dans une grande superficie.

Ensuite durant le séjour, en tant qu'ergothérapeute on évalue les activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, les repas tout ça, puis aussi l'entretien de l'appartement.

Après durant la 1ere semaine le petit déjeuner est emmené dans l'appartement, et ensuite il doit se lever et préparer son petit déjeuner dans une salle commune mise à disposition.

D'accord, et cette salle se trouve dans le service de réadaptation ?

Oui c'est exactement ça. Après on demande aussi à la personne de garder son linge sale, parce que le week-end il peut rentrer chez lui donc souvent ils ramènent tous leurs linges sales, donc là on demande de le garder pour qu'on puisse aussi travailler les activités d'entretien du linge : lavage repassage et le rangement.

Ensuite durant le séjour on accompagne la personne dans tous ses déplacements, donc on voit avec lui ce qu'il faut apporter, si il faut un ticket, on fait la démarche d'avertir que l'on quitte le centre, on prépare vraiment entièrement la sortie.

Les mises en situation à l'extérieur nous permet aussi de sociabiliser la personne avec le monde extérieur, de prendre confiance en soi, d'oser se montrer en fauteuil roulant ou autre, et de faire des rencontres. Pour ça, on l'accompagne aussi dans toutes les démarches de loisirs on va dire. Si il veut faire du sport, ou intégrer une association, on l'accompagne aussi dans ces démarches là. On le pousse à appeler, et prendre des initiatives. Au bout de la 3eme semaine, on a une réunion avec le médecin, l'ergothérapeute, l'infirmière, le patient et son entourage. Et si le patient est orienté par une équipe de SAVS ou autre, ils peuvent être aussi présents lors de la réunion. On fait le point sur le séjour, les objectifs atteints, les choses à travailler ... Et en tant qu'ergothérapeute on a un compte rendu à rédiger à la fin du séjour. Comme on est le garant du bon fonctionnement du séjour on note tout ce qui s'est passé, les informations apportées par l'infirmière et l'aide soignante, si des problèmes ont été relevés ou non. On cote aussi les capacités et incapacités de la personne donc son évolution au cours du séjour avec un outil maison basé sur la MIF.

D'accord, donc là vous pouvez en fait évaluer le transfert des acquis ?

Oui voilà là on évalue vraiment les progrès et on établie ensuite les conditions du retour à domicile, les besoins en aides techniques et humaines, la sécurité...

D'accord, si nous parlons maintenant d'activités, vous m'avez cité plusieurs activités que la personne pouvait réaliser au cours du séjour. Pour vous qu'est ce que c'est une activité ?

Alors... Heu... Une activité est quelque chose dans laquelle la personne s'investit, soit dans des activités obligatoires soit de plaisirs, et ça demande à la personne un certains nombres de capacités, physiques et motrices. C'est le propre de l'homme, c'est une façon d'interagir avec le monde extérieur, c'est une façon de définir sa place dans le quotidien. En fait ce sont les occupations de la personne durant son quotidien.

D'accord, merci. Vous m'avez dit que vous utilisez un bilan maison pour évaluer le transfert des acquis, est ce qu'il se base sur un modèle conceptuel ou non ? Et est ce que vous utilisez des modèles conceptuels dans votre pratique ?

En fait on a un bilan d'entrée basé sur le PPH. Ensuite on va bientôt être formé au MCRO peut être que ça va nous apporter une diversité dans nos pratiques. Après on est plus à l'aise avec le PPH donc on l'utilise plus, mais c'est vrai que par exemple le modèle de l'occupation humaine peut aussi apporter une autre approche on va dire, peut être que l'utiliser peut nous

apporter d'autres informations sur la personne, sur son environnement et sur la manière dont elle effectue ses activités.

Ensuite, est ce que vous pensez que cet outil peut favoriser le transfert des acquis ?

Alors heu... c'est un peu délicat parce qu'on n'a pas de retour de l'expérience de la personne une fois rentrée à domicile. Donc on peut évaluer le transfert des acquis à la fin du séjour comme j'ai dit mais pas vraiment au domicile de la personne. Donc en fait ce séjour n'a jamais été néfaste mais c'est un vrai passage entre la rééducation et le nouveau monde de l'autonomie tout en gardant encore un peu la sécurité de l'environnement du centre. Je pense que ça favorise le transfert des acquis dans le sens où on se base beaucoup sur la réadaptation. Donc en fait toutes les petites astuces qu'il a, ou qu'on lui a apprises, il peut les appliquer et on voit ensemble ce qui a marché et ce qui n'a pas marché. Entre le début et la fin du séjour dans ce que j'ai pu voir il y a une évolution positive, mais je ne sais pas comment la personne se débrouille réellement chez elle.

D'accord, si on parle maintenant de l'organisation, est ce qu'il y a eu des procédures de fonctionnement ?

Oui comme le centre a moins de 10ans, les appartements thérapeutiques ont été créés en même temps, du coup il y a eu une section autour de l'utilisation de cet outil. Donc en fait on a toute une procédure d'utilisation de cet outil. Parfois, si les studios ne sont pas pris par des personnes dont le but est pas de rentrer à domicile en sécurité avec le plus d'autonomie. Il peut y avoir des personnes par exemple des amputés qui sont totalement autonomes, peuvent être dans ces studios mais ils n'ont pas accès à tout ce qui est électriques, ainsi que le frigo tout ça est débranché.

Donc la procédure d'utilisation est détaillée en fonction des personnes qui utilisent l'appartement.

On a décidé que le mardi était le jour d'admission privilégié parce qu'il y a une visite avec le médecin avant de rentrer dans l'appartement, le patient paye aussi sa caution.

Il y a aussi une organisation plus technique on va dire et bien explicitée pour les repas pris dans l'appartement, l'aide soignante doit avertir les cuisines, ou sinon pour les sorties, le patient doit avertir l'accueil, le soir comme je l'ai dit, ils ne peuvent manger que froid.

D'accord, ça c'est une question de sécurité, par manque de personnels ou non ?

Oui en fait comme il y a des plaques électriques tout ça, le soir on ne permet pas à la personne de se faire à manger.

En tout cas l'ergothérapeute est le professionnel phare, garant du séjour, on s'occupe vraiment de toute la gestion et de l'organisation. C'est un travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les professionnels du service de réadaptation, mais aussi l'équipe de rééducation. C'est un vrai travail pluridisciplinaire.

D'accord, et je comprends qu'il n'y a pas de professionnels libéraux qui interviennent dans ce service de réadaptation ?

Non voilà ce sont seulement les professionnels du centre.

OK, ensuite d'un point de vue ergo quelles compétences sont mises en avant selon vous ?

Ça dépend des objectifs de la personne mais dans tous les cas l'ergothérapeute met en jeu vraiment toutes ses compétences, surtout organisationnelles. Et aussi l'ergothérapeute doit être compétent dans le rôle d'accompagnant car on cherche continuellement l'autonomie dans les activités que ça soit à l'intérieur mais aussi à l'extérieur. Mais aussi avoir un rôle d'accompagnant dans le processus de changement de la personne. C'est vrai que ce n'est pas facile de se retrouver à se déplacer dans un fauteuil roulant après un AVC, surtout le regard des autres à accepter.

D'accord. Lorsque vous travaillez avec cet outil, comment vous cotez vos actes ?

En fait on utilise le PMSI qui est découpé en différentes parties qu'on appelle enveloppes. Par exemple, bilan d'entrée, évaluations, activités en extérieures...

D'accord, vous m'avez parlé de la réunion au bout de 3 semaines de séjour, est-ce qu'il y a d'autres réunions prévues ?

Oui, tous les mardis ont fait une mini réunion organisationnelle, donc nous sommes deux ergothérapeutes à représenter l'ensemble de l'équipe ergo donc on se partage ce moment de réunion. Elle sert à faire le point sur l'organisation des séjours en général avec le médecin référent de l'appartement thérapeutiques, les cadres, l'infirmière et l'ergothérapeute.

D'accord, est ce que vous pensez que cet outil valorise le centre de rééducation ?

Oui complètement, ça lui donne de la notoriété, c'est peut-être un grand mot mais quand on voit que d'autres établissements de rééducation nous sollicitent, c'est vraiment une bonne chose. C'est devenu une spécificité du centre et c'est quelque chose d'important à conserver. Même pour nous, en tant qu'ergothérapeutes ça nous permet de diversifier notre pratique, on a la possibilité d'aller à l'extérieur, donc c'est vraiment un bon point.

D'accord, et pour finir est ce que selon vous il y a des limites à l'utilisation de cet outil dans le sens organisationnel ?

Je dirai que le temps est une grande limite. Déjà c'est très chronophage, lorsqu'on sait que certains patients vont bénéficier de cet outil, entre les ergothérapeutes on se partage les patients. Ce n'est pas un seul ergothérapeute qui s'occupe des appartements thérapeutiques ça ne serait pas gérable. La je parle des ergothérapeutes mais c'est pareil pour toutes l'équipe du service de réadaptation.

Et en deuxième limite j'aurai dit que le matériel reste limité, on a les choses en une fois, une machine à laver, un fer à repasser, donc c'est vrai qu'on doit prévoir à quelle heure on va utiliser tel ou tel matériel. Ça demande beaucoup d'organisation.

Et en troisième je dirai le budget. Parce qu'on a un budget de 300 euros par mois pour toutes les sorties. Ça comprend le service de réadaptation mais aussi les autres services, pour par exemple les activités cuisines ou les sorties. Le budget peut être négocié mais c'est compliqué d'avoir en plus une limite budgétaire mensuelle, car selon les mois on ne fait pas le même nombre de sorties, ou il n'y a pas toujours le même nombre d'appartement occupé. Donc là aussi on doit organiser notre enveloppe.

Annexe 8 : guide d'analyse

THEMES	INDICATEURS	CADRE THEORIQUE
L'occupation au sein de l'appartement thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> -Durée du séjour -Activités -Verbes d'actions -Termes, concepts, modèles -Objectifs -Définition de l'outil selon l'ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> → Modèle de l'occupation humaine : rendement occupationnel → Autonomie/indépendance : modification des objectifs ? → Activité : domaines d'activité, empowerment
Interactions personnes/environnement	<ul style="list-style-type: none"> -Environnement social : famille, aidants, présence dans l'appartement thérapeutique. -Transfert des acquis : rôle de l'environnement -Statut de la personne : résident, locataire... influence ? -Environnement physique:taille, situation de l'outil 	<ul style="list-style-type: none"> → Modèle de l'occupation humaine : être -agir-devenir : environnement – expériences = processus de changement. → Influence sur l'autonomie et l'indépendance → Activités dans l'appartement et à l'extérieur.
Place de l'outil dans la pratique de l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> -Organisation des séjours -Rôles et compétences de l'ergothérapeute -Modalités de travail -Cotations des actes 	<ul style="list-style-type: none"> → Influence du mode de travail et compétences sur le rendement → influence de l'organisation du séjour sur l'engagement de la personne. → ergothérapeute et activités proposées.

Annexe 9 : Encodage thème 1

ENCODAGE THEME 1 : L'occupation au sein de l'appartement thérapeutique**Éléments internes ENTRETIEN ERGO 1- § 27 références encodées [Couverture 9,80%]**

Référence 1 - Couverture 0,05%

permettre

Référence 2 - Couverture 0,34%

tester ses capacités dans ses activités personnelles et domestiques

Référence 3 - Couverture 0,22%

retrouver son rôle dans la sphère familiale

Référence 4 - Couverture 0,30%

apprentissage à l'organisation des aides humaines à domicile

Référence 5 - Couverture 0,40%

gérer son quotidien selon les interventions des professionnels durant la journée

Référence 6 - Couverture 0,18%

grosse gestion pour la personne.

Référence 7 - Couverture 0,67%

qu'on demande à la personne d'être indépendant mais aussi d'être autonome sur le choix des activités qu'elle va faire durant le séjour

Référence 8 - Couverture 0,41%

On voit si elle préfère faire la cuisine par exemple ou si elle est trop fatiguée

Référence 9 - Couverture 0,18%

préfèrent acheter des plats préparés

Référence 10 - Couverture 0,36%

faire des choix selon les activités qui leur sont les plus significantes

Référence 11 - Couverture 0,16%

qu'elles ont envie de prioriser

Référence 12 - Couverture 0,21%

prennent conscience de beaucoup de choses

Référence 13 - Couverture 0,22%

il a fait la demande d'un scooter électrique

Référence 14 - Couverture 0,50%

qu'il a du prendre conscience qu'il pouvait faire encore plus de choses si il en avait les moyens.

Référence 15 - Couverture 0,19%

soit je mange seule avec la personne

Référence 16 - Couverture 0,21%

L'idée c'est de leur laisser de la liberté

Référence 17 - Couverture 0,29%

les personnes s'aperçoivent que les journées sont longues

Référence 18 - Couverture 0,37%

On a besoin que les gens s'ennuient parfois pour qu'ils aient des envies.

Référence 19 - Couverture 0,39%

En fait les activités de la vie quotidienne sont quasiment toutes travaillées

Référence 20 - Couverture 0,50%

il se peut qu'il y ai des demandes plus spécifiques par exemple je souhaite ré-apprendre à repasser

Référence 21 - Couverture 0,18%

s'entraîner à prendre le bus seule

Référence 22 - Couverture 1,12%

C'est ce que fait une personne du matin au soir. L'activité c'est heu ce qu'on fait en permanence, heu, qu'elle soit personnelle ou domestique, toilette habillage, les déplacements, la vie sociale, l'activité est très large.

Référence 23 - Couverture 0,87%

Bien, vous parlez d'activité domestique et personnelle, quelle différence faites-vous ?

En fait heu on utilise ces termes pour dire AVQ et AIVQ en fait, ou ADL et IADI.

Référence 24 - Couverture 0,16%

on est centrée sur l'occupation

Référence 25 - Couverture 0,25%

on cherche vraiment le rendement de l'activité.

Référence 26 - Couverture 0,65%

ils peuvent se tester et voir comment avec ce qu'ils ont appris et réappris en rééducation, ils pourraient se débrouiller chez eux

Référence 27 - Couverture 0,42%

Après avant on se débrouillait, on faisait des mises en situations cuisines surtout.

<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 2 - Copie> - § 19 références encodées [Couverture 7,95%]

Référence 1 - Couverture 0,79%

pour le patient ça va lui permettre de *hé bhé* de se mettre en situation et de voir pour lui si il est capable de vivre seul

Référence 2 - Couverture 0,18%

d'expérimenter une vie seule

Référence 3 - Couverture 0,47%

On parle d'une semaine mais c'est plutôt du lundi midi au vendredi midi.

Référence 4 - Couverture 0,49%

On connaît déjà sur certaines activités si la personne est dépendante ou non

Référence 5 - Couverture 1,56%

ou on sait que la personne est indépendante dans la préparation d'un repas mais là durant le séjour on va voir si elle est autonome dans le choix des recettes, l'heure à laquelle il faut commencer à préparer, l'heure à laquelle elle va manger

Référence 6 - Couverture 0,32

un travail de fond dans le domaine de l'autonomie

Référence 7 - Couverture 0,50%

Justement on commence le lundi midi car le lundi matin on va faire les courses

Référence 8 - Couverture 0,68%

La semaine d'avant l'entrée dans l'appartement tremplin on prépare durant les séances la liste de courses

Référence 9 - Couverture 0,24%

4jours et demi peut être court parfois

Référence 10 - Couverture 0,14%

des mises en situation

Référence 11 - Couverture 0,38%

on établie la liste de courses et le planning de la semaine

Référence 12 - Couverture 0,24%

elle suit ses activités de rééducation

Référence 13 - Couverture 0,15%

on fait le déménagement

Référence 14 - Couverture 0,21%

la personne entretien un minimum

Référence 15 - Couverture 0,36%

se familiariser avec les intervenants d'aides à domicile

Référence 16 - Couverture 0,34%

d'organiser ses activités en fonction de leur arrivée

Référence 17 - Couverture 0,25%

le repassage ça pourrait être envisager

Référence 18 - Couverture 0,12%

laver les carreaux

Référence 19 - Couverture 0,52%

généralement ce sont plus des activités de la vie quotidienne les plus ciblées.

<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 3 - Copie> - § 16 références encodées [Couverture 11,92%]

Référence 1 - Couverture 1,24%

Les appartements sont mis en place pour que des personnes puissent vérifier leur capacité à vivre de façon autonome avec si besoin aides techniques et aides humaines.

Référence 2 - Couverture 2,34%

Alors moi personnellement non. Je travaille vraiment le projet de vie de la personne, en lien avec les auxiliaires de vie, infirmiers et kinés. Je m'occupe des recherches d'appartements après le séjour dans celui là, mon rôle c'est vraiment de l'accompagner dans sa sortie vers son domicile pour habiter seule.

Référence 3 - Couverture 0,10%
au quotidien

Référence 4 - Couverture 0,59%

Et puis durant ces mois on voit aussi les problèmes d'alcool qui peuvent surgir

Référence 5 - Couverture 0,31%

des addictions peuvent être présentes.

Référence 6 - Couverture 0,26

Le résident est totalement autonome

Référence 7 - Couverture 0,25%

Il fait les activités qu'il veut.

Référence 8 - Couverture 0,74%

activités de la vie quotidienne, puis les activités de la vie instrumentales mais aussi les loisirs

Référence 9 - Couverture 0,68%

une patiente qui voulait faire de la zumba donc nous l'avons accompagnée dans ses démarches

Référence 10 - Couverture 0,47%

Une activité est un ensemble de tâches que la personne effectue

Référence 11 - Couverture 0,38%

activités reflètent les occupations de la personne.

Référence 12 - Couverture 1,66%

il peut y avoir des activités de la vie quotidienne comme se laver, manger, se déplacer, des choses basiques

puis des activités instrumentales plus élaborer comme aller acheter du pain... Heu et ensuite il y a les loisirs

Référence 13 - Couverture 0,51%

la personne peut avoir toutes sortes d'occupations durant le séjour.

Référence 14 - Couverture 1,06%

Cette mise en situation lui permet de mettre en place tout ce qu'elle a appris au cours de son séjour, prendre conscience de certaines choses.

Référence 15 - Couverture 0,50%

Elle sait se faire à manger, elle a des idées de menus, s'habiller

Référence 16 - Couverture 0,80%

la personne vient une à deux fois par semaine ça dépend des objectifs de rééducation au sein du pôle de rééducation

<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 4> - § 25 références encodées [Couverture 13,52%]

Référence 1 - Couverture 0,31%

d'évaluer le besoin en aides techniques ou humaines.

Référence 2 - Couverture 0,32%

prendre conscience de ses capacités et ses incapacités

Référence 3 - Couverture 1,63%

Les mettre en situation permet de leur montrer que certaines choses soit dans un cas possible et mettre en

confiance la personne soit dans un autre cas démontrer que ce n'est pas possible donc de faire prendre

conscience que des choses ne seront pas possible sans aide du moins

Référence 4 - Couverture 0,17%

les deux concepts sont liés.

Référence 5 - Couverture 0,39%

La vie seule demande pour moi de l'indépendance et de l'autonomie.

Référence 6 - Couverture 0,30%

l'autonomie être capable de faire ses propres choix

Référence 7 - Couverture 0,34%

l'indépendance c'est la capacité à faire les choses seules

Référence 8 - Couverture 0,39%

dans cet outil peut avoir le choix de la façon de faire les choses

Référence 9 - Couverture 0,48%

On travaille aussi le fait de pousser la personne à faire des choix justement.

Référence 10 - Couverture 0,52%

le soir ils ne peuvent pas manger chaud, il mange soit au réfectoire soit il mange froid.

Référence 11 - Couverture 0,61%

ça ne représente pas exactement la vie quotidienne telle qu'elle sera au domicile futur de la personne.

Référence 12 - Couverture 0,39%

qu'on reste limité dans les activités que l'on peut leur proposer.

Référence 13 - Couverture 0,15%

le séjour dure 4 semaines

Référence 14 - Couverture 0,36%

un livret d'accueil avec les règles d'hygiène et de sécurité.

Référence 15 - Couverture 0,48%

La première semaine la personne prend ses marques dans l'appartement thérapeutique

Référence 16 - Couverture 0,41%

elle démarre ses activités de rééducation au centre durant la semaine.

Référence 17 - Couverture 0,25%

Le patient a un budget de 7euros par repas.

Référence 18 - Couverture 1,05%

L'objectif durant ce séjour c'est qu'au fur et à mesure il fasse le plus possible ses courses et les repas durant la semaine, et à la fin il doit être capable de le faire seul.

Référence 19 - Couverture 0,48%

se laver, s'habiller, les repas tout ça, puis aussi l'entretien de l'appartement.

Référence 20 - Couverture 1,07%

Après durant la 1ere semaine le petit déjeuner est emmené dans l'appartement, et ensuite il doit se lever et préparer son petit déjeuner dans une salle commune mise à disposition.

Référence 21 - Couverture 0,49%

travailler les activités d'entretien du linge : lavage repassage et le rangement.

Référence 22 - Couverture 1,51%

on prépare vraiment entièrement la sortie.

Les mises en situation à l'extérieur nous permet aussi de sociabiliser la personne avec le monde extérieur, de prendre confiance en soi, d'oser se montrer en fauteuil roulant ou autre, et de faire des rencontres

Référence 23 - Couverture 0,72%

Une activité est quelque chose dans laquelle la personne s'investit, soit dans des activités obligatoires soit de plaisirs

Référence 24 - Couverture 0,30%

c'est une façon d'interagir avec le monde extérieur

Référence 25 - Couverture 0,42%

En fait ce sont les occupations de la personne durant son quotidien.

Annexe 10: page encodage thème 2

ENCODAGE THEME 2 : Interactions personne/environnement.**<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 1 - Copie - § 31 références encodées [Couverture 16,49%]**

Référence 1 - Couverture 0,20%

un espace de vie qui est dit écologique

Référence 2 - Couverture 0,17%

proche du quotidien de la personne

Référence 3 - Couverture 0,53%

Il peut y avoir des séjours où les personnes de la famille peuvent venir quelques temps durant la journée

Référence 4 - Couverture 0,19%

la personne retrouve son rôle familial

Référence 5 - Couverture 0,22%

retrouver son rôle dans la sphère familiale

Référence 6 - Couverture 0,38%

Il y a des personnes d'extérieurs, des internes et ceux en hôpital de jour.

Référence 7 - Couverture 0,13%

L'appartement est domotisé

Référence 8 - Couverture 0,24%

on leur explique le fonctionnement des appareils

Référence 9 - Couverture 0,44%

montrer la semaine d'avant leur intégration dans l'appartement pendant une séance d'ergo

Référence 10 - Couverture 0,35%

On part avec eux en bus ou en voiture tout dépend ce qu'on veut tester

Référence 11 - Couverture 1,00%

si la personne continue sa rééducation on fait la séance dans l'appartement thérapeutique comme ça on voit si elle a besoin de sortir pour aller acheter quelque chose, ou faire des lessives ou autre.

Référence 12 - Couverture 0,69%

tout est domotisé, les portes, les fenêtres, les lumières, les volets, la cuisine, la télé... On utilise des contrôles d'environnement.

Référence 13 - Couverture 0,79%

La famille aussi peut venir voir les installations pour qu'on leur explique l'utilisation de chaque matériel comme les WC japonais, le rail au plafond...

Référence 14 - Couverture 0,53%

on utilise l'appartement thérapeutique pour des personnes qui rentrent généralement seules à leur domicile

Référence 15 - Couverture 1,03%

Parce que si il y a la famille on utilise moins cet outil, on privilégie plus les week-end thérapeutiques, ou même les semaines thérapeutiques lorsque des personnes ont des coupures dans leur rééducation.

Référence 16 - Couverture 0,45%

on l'utilise pour des personnes qui rentrent seules et surtout pour tester la sécurité.

Référence 17 - Couverture 0,26%

du matériel spécialisé on va parfois faire des tests

Référence 18 - Couverture 0,56%

qu'on est basé sur l'occupation, sur les activités que la personne voudrait réaliser dans un environnement donné

Référence 19 - Couverture 0,25%

on cherche vraiment le rendement de l'activité.

Référence 20 - Couverture 0,40%

les personnes rentrent très vite chez elle après leur séjour dans l'appartement

Référence 21 - Couverture 0,52%

Ils sont très très contents d'avoir tester leurs capacités dans un autre environnement que leur chambre.

Référence 22 - Couverture 0,30%

malgré que ça soit sécurisé parce qu'ils sont dans le centre

Référence 23 - Couverture 0,66%

ils peuvent se tester et voir comment avec ce qu'ils ont appris et réappris en rééducation, ils pourraient se débrouiller chez eux.

Référence 24 - Couverture 0,88%

Pour évaluer une personne il faut vraiment la mettre en situation, et parfois nos évaluations en salle sont biaisées parce qu'on n'est pas dans l'environnement de la personne.

Référence 25 - Couverture 0,46%

Clairement la rééducation il faudrait qu'on soit chez les gens et qu'on les évalue chez eux

Référence 26 - Couverture 0,90%

la c'est encore semi, parce que ce n'est pas leur milieu de vie, mais avec cet outil on s'y rapproche au maximum et on en tire quand même une évaluation qui s'y rapproche le plus

Référence 27 - Couverture 0,86%

Après avant on se débrouillait, on faisait des mises en situations cuisines surtout. Et le plus possible de visites à domicile mais ça prenaient vraiment beaucoup de temps

Référence 28 - Couverture 0,56%

on l'utilise tout le temps et c'est vraiment un grand plus dans notre prise en charge en tant qu'ergothérapeute

Référence 29 - Couverture 0,48%

cet outil permet de faire le lien entre la salle de rééducation et le domicile de la personne.

Référence 30 - Couverture 1,60%

Lorsque la personne fait ses séances de rééducation on évalue son autonomie et son indépendance, on utilise des bilans puis après lorsqu'elle utilise l'appartement thérapeutique on fait seulement des observations. On connaît les capacités à l'entrée de la personne et on voit comment elle a évolué au fil du séjour.

Référence 31 - Couverture 0,45%

on les appelle appartements tremplins et appartement thérapeutique quelques fois.

<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 2 - Copie> - § 24 références encodées [Couverture 13,61%]

Référence 1 - Couverture 0,07%

lieu de vie

Référence 2 - Couverture 0,48%

se mettre en situation et de voir pour lui si il est capable de vivre seul

Référence 3 - Couverture 0,18%

d'expérimenter une vie seule

Référence 4 - Couverture 0,32%

de le mettre lui et son entourage en confiance.

Référence 5 - Couverture 1,49%

en ce qui concerne la famille on les implique dans le sens où on les informe sur ces mises en situation mais on va plutôt essayer qu'il soit le moins présent possible pour vraiment évaluer les capacités de la personne à vivre seul.

Référence 6 - Couverture 0,77%

les patients qui séjournent dans l'appartement tremplin sont souvent des personnes qui vont vivre seules par la suite.

Référence 7 - Couverture 0,26%

IDE libéraux qui interviennent si besoin

Référence 8 - Couverture 0,61%

il est à 100m de l'entrée de l'établissement, mais il reste sur le terrain du parc du centre.

Référence 9 - Couverture 0,12%

un studio et un T2

Référence 10 - Couverture 0,64%

C'est vrai qu'en neuro on est plus avec des personnes qui ont un projet de vie de vivre tout seule.

Référence 11 - Couverture 0,81%

Je dirai que même si on essaye de se rapprocher au mieux de l'environnement du domicile de la personne ce n'est pas identique

Référence 12 - Couverture 0,70%

C'est un environnement nouveau donc on n'a pas le côté rassurant où la personne pourrait avoir ses habitudes.

Référence 13 - Couverture 0,39%

on va montrer tous les aménagements que l'appartement dispose

Référence 14 - Couverture 1,31%

soit la personne était hospitalisée donc ce sont les aides soignantes qui l'aident à préparer sa valise, soit sinon si la personne était déjà en HDJ elle vient avec ses affaires directement de chez elle.

Référence 15 - Couverture 0,25%

c'est généralement un infirmier libéral

Référence 16 - Couverture 0,14%

protocole de sécurité

Référence 17 - Couverture 0,32%

l'infirmière passe le soir et on a la télé alarme

Référence 18 - Couverture 0,31%

je trouve qu'en fait l'outil porte bien son nom

Référence 19 - Couverture 0,54%

ça joue bien le rôle de tremplin entre la rééducation et le domicile de la personne

Référence 20 - Couverture 1,10%

garder aussi cet élan que la personne a depuis son entrée dans le centre et on l'accompagne jusqu'au retour chez elle en accompagnant aussi les proches dans ce changement.

Référence 21 - Couverture 1,02%

Comme la personne se met en situation dans un environnement proche du sien, je pense que oui, c'est un très bon outil pour faciliter le transfert des acquis.

Référence 22 - Couverture 0,93%

on ne l'évalue pas avec des bilans quantitatifs, c'est vrai qu'on pourrait le faire mais on reste seulement sur une évaluation par l'observation.

Référence 23 - Couverture 0,47%

on remarque que les personnes progressent surtout dans leur autonomie.

Référence 24 - Couverture 0,40%

le lundi matin, on fait les courses, on va à la pharmacie

<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 3 - Copie> - § 20 références encodées [Couverture 16,46%]

Référence 1 - Couverture 0,77%

nos appartements ne sont pas réellement dans la structure mais dans un petit village à côté du centre.

Référence 2 - Couverture 0,30%

la famille n'intervient pas dans ce cas.

Référence 3 - Couverture 0,45%

pour nous ce ne sont plus des patients ce sont des résidents

Référence 4 - Couverture 0,74%

En fait les personnes rentrent dans l'appartement et on ne sait pas quand est-ce qu'elles sortiront

Référence 5 - Couverture 2,19%

Alors les personnes viennent soit du centre médical soit d'une autre structure, à ce moment là on leur demande de passer 15 jours dans le SSR, où là je vais les voir pour un peu voir leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne et noter tout ce dont la personne peut avoir besoin.

Référence 6 - Couverture 0,36%

Alors on en a 3, ce sont des T2 entre 40 et 50m²

Référence 7 - Couverture 0,46%

la vraie vie on n'a pas de domotique et c'est bien trop cher.

Référence 8 - Couverture 0,41%

qu'il est arrivé que la personne se soit mise en danger

Référence 9 - Couverture 1,60%

la personne est dans un logement basique, elle paye un loyer, des charges tel que l'électricité, l'eau, et le téléphone selon ce qu'elle consomme. On demande une assurance de responsabilité civile, puis une caution

Référence 10 - Couverture 0,3%

ça implique que la personne ait un revenu

Référence 11 - Couverture 0,39%

chez nous il n'y a pas besoin de notification MDPH.

Référence 12 - Couverture 0,82%

au début elle avait besoin de 8 heures d'aides humaines par jour, puis maintenant elle n'en a besoin que de 4.

Référence 13 - Couverture 1,23%

on a vu que ce qu'elle a acquis comme techniques et compensations en rééducation elle a pu les mettre en pratique et elle fera certainement pareil à son domicile.

Référence 14 - Couverture 1,43%

les résidents ont quand même aussi un lien avec le médecin de rééducation donc la personne vient 1 à 2 fois par semaine ça dépend des objectifs de rééducation au sein du pôle de rééducation.

Référence 15 - Couverture 2,09%

les gens qu'on reçoit sont souvent des personnes qui ont eu un passé assez long en SSR et c'est un peu brutal de passer heu directement à leur domicile. Et de se retrouver livré à soit même. Donc du coup l' HDJ sert aussi à faire un sevrage progressif des soins hospitaliers.

Référence 16 - Couverture 0,28%

Il est utilisé à peu près à 80% par an

Référence 17 - Couverture 0,40%

Nous on l'appelle toujours appartement transitionnel

Référence 18 - Couverture 0,70%

Nous c'est vraiment un outil de transition entre le centre et le domicile propre de la personne

Référence 19 - Couverture 0,83%

la famille n'intervient pas dans ce cas. Ce sont souvent des personnes qui retournent à leur domicile seules.

Référence 20 - Couverture 0,70%

une patiente qui voulait faire de la zumba donc nous l'avons accompagnée dans ses démarches

<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 4> - § 25 références encodées [Couverture 13,74%]

Référence 1 - Couverture 0,94%

9 studios donc le conjoint ou autres ne sont pas acceptés mais il y a aussi un T2 dans lequel si besoin un conjoint peut venir passer le séjour avec le patient

Référence 2 - Couverture 0,93%

un lieu de transition entre la vie hospitalière donc sans une indépendance totale vers une vie vers l'extérieur où l'indépendance et l'autonomie est maximale.

Référence 3 - Couverture 0,82%

en général on dit appartement thérapeutique ou appartement de réadaptation parce qu'en fait nos appartements font parties d'un grand secteur

Référence 4 - Couverture 0,18%

c'est un service à part entière

Référence 5 - Couverture 0,14%

un logement hospitalier

Référence 6 - Couverture 0,43%

ce n'est pas exactement l'environnement matériel et humain de la personne

Référence 7 - Couverture 0,34%

des règles à respecter, des règles d'hygiène, de sécurité

Référence 8 - Couverture 0,79%

elle peut venir d'un autre département et dans ce cas là on ne peut pas aller les mettre en situation transport dans leur lieu de vie.

Référence 9 - Couverture 0,35%

le déclic se fait à la fin ou n'a pas le temps de se faire.

Référence 10 - Couverture 0,31%

le délai du séjour dépend du statut de la personne.

Référence 11 - Couverture 0,15%

le séjour dure 4 semaines

Référence 12 - Couverture 0,14%

une caution est demandée

Référence 13 - Couverture 0,41%

l'infirmière et l'aide soignante référentes du service de réadaptation

Référence 14 - Couverture 0,26%

ça dépend de l'environnement réel du patient

Référence 15 - Couverture 0,26%

comment il va faire une fois rentré chez lui

Référence 16 - Couverture 1,02%

on peut parfois aller plus loin, donc prendre les transports en communs, la voiture, ou changer de supermarché non pas pour la distance mais pour la grandeur du supermarché.

Référence 17 - Couverture 0,52%

on évalue vraiment les progrès et on établie ensuite les conditions du retour à domicile,

Référence 18 - Couverture 0,30

c'est une façon d'interagir avec le monde extérieur

Référence 19 - Couverture 0,49%

qu'on n'a pas de retour de l'expérience de la personne une fois rentrée à domicile.

Référence 20 - Couverture 0,69%

on peut évaluer le transfert des acquis à la fin du séjour comme j'ai dis mais pas vraiment au domicile de la personne

Référence 21 - Couverture 0,87%

c'est un vrai passage entre la rééducation et le nouveau monde de l'autonomie tout en gardant encore un peu la sécurité de l'environnement du centre

Référence 22 - Couverture 0,62%

Je pense que ça favorise le transfert des acquis dans le sens où on se base beaucoup sur la réadaptation.

Référence 23 - Couverture 0,91%

Donc en fait toutes les petites astuces qu'il a, ou qu'on lui a apprise, il peut les appliquer et on voit ensemble ce qui a marché et ce qui n'a pas marché

Référence 24 - Couverture 0,58%

une évolution positive, mais je ne sais pas comment la personne se débrouille réellement chez elle

Référence 25 - Couverture 1,30%

Si la personne vient de notre centre elle a le droit à 3 semaines, si elle vient d'une autre structure elle reste 4 semaines minimum avec une semaine qui se base simplement sur l'évaluation de ses capacités et incapacités.

<Éléments internes\présentation données pré enquête> - § 1 référence encodée [Couverture 6,42%]

Référence 1 - Couverture 6,42%

l'environnement est le principale obstacle à un bon transfert des acquis. La notion de : « familiarité de l'environnement » revient souvent.

Annexe 11: Encodage thème 3

ENCODAGE THEME 3 : La place de l'outil dans la pratique de l'ergothérapeute**<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 1 - Copie> - § 43 références encodées [Couverture 32,89%]**

Référence 1 - Couverture 0,25

Depuis sa création, je crois que c'était en 2012.

Référence 2 - Couverture 0,36%

d'évaluer les besoins en aides techniques, en aides humaines à domicile

Référence 3 - Couverture 1,01%

cet outil sert aussi à la prise de conscience de ses difficultés, choses importantes durant cette semaine et puis la mise en confiance de la personne mais aussi de la famille pour préparer son retour.

Référence 4 - Couverture 0,54%

des séjours où les personnes de la famille peuvent venir quelques temps durant la journée dans l'appartement

Référence 5 - Couverture 0,11%

appartements tremplins

Référence 6 - Couverture 0,21%

la famille ne dort pas dans l'appartement

Référence 7 - Couverture 0,11%

un outil d'évaluation

Référence 8 - Couverture 0,08%

un but évaluatif

Référence 9 - Couverture 0,18%

d'évaluer la capacité de la personne

Référence 10 - Couverture 0,04%

évaluer

Référence 11 - Couverture 0,06%

réentraîner

Référence 12 - Couverture 0,52%

qu'on met en situation la personne dans des tâches qu'on a généralement vues en salle de rééducation.

Référence 13 - Couverture 1,74%

Est-ce qu'il y a eu des procédures de fonctionnements qui ont été écrites, et si oui, comment?

Oui pour le déroulement du séjour car on est plusieurs services à l'utiliser. Il y a la pédiatrie, la neuro, la traumatologie, les amputés, les brûlés, et les blessés médullaires... Voilà.. Globalement c'est ça, on a des pathologies vraiment très variées

Référence 14 - Couverture 0,28%

gens de l'extérieur qui viennent visiter l'appartement.

Référence 15 - Couverture 0,44%

évalue les besoins dans un environnement comme celui là qui reste néanmoins protégé.

Référence 16 - Couverture 0,91%

Les séjours sont du lundi au vendredi et si il y a d'autres objectifs à valider comme sur des gros retour à domicile on fait une demande pour avoir un autre séjour d'une semaine.

Référence 17 - Couverture 2,59%

d'abord l'évaluation des capacités d'autonomie et d'indépendance de la personne quoi. Parce que l'évaluation motrice et cognitive on l'a déjà dans la rééducation. On utilise des bilans on n'a pas besoin d'appartement thérapeutique pour évaluer ces capacités là.

Voilà c'est le principal objectif. Ensuite si il y a des restrictions dans ce cas là ça sera quantifier le besoin en aides techniques et aides humaines. Heu voilà. Et on va dire que le 3eme gros objectif serait la mise en confiance de la personne.

Référence 18 - Couverture 0,05%

travaille

Référence 19 - Couverture 1,05%

D'accord, quand vous dites « on », vous parlez de qui ?

Des ergothérapeutes. Ce sont nous qui nous occupons le plus des activités qui vont se dérouler durant le séjour.

Avec l'avis de la personne bien sur.

Référence 20 - Couverture 0,86%

Oui on utilise souvent le MCRO pour viser l'occupationnel pour que la personne puisse choisir sa demande, parce qu'une semaine c'est court donc on a du mal à tout réaliser

Référence 21 - Couverture 0,77%

valider les capacités d'autonomie et d'indépendance puis on demande un autre séjour pour évaluer le besoin en aides humaines ou en domotique par exemple.

Référence 22 - Couverture 0,94%

cet outil nous apporte la possibilité de travailler et d'évaluer les activités instrumentales ou domestiques, donc pour les AVC par exemple c'est surtout l'entretien qui pose problème.

Référence 23 - Couverture 0,43%

on prend un peu le rôle d'une auxiliaire de vie pour quantifier après le besoin d'aide

Référence 24 - Couverture 0,40%

on veut vraiment que les personnes s'aperçoivent que les journées sont longues.

Référence 25 - Couverture 1,21%

Et en fin de semaine on prévoit une heure ou deux pour discuter du séjour. On réunit les intervenants pour faire le point aussi sur le nombre d'heures, sur les demandes d'aides à faire.. et si la personne est prête on l'encourage à déménager

Référence 26 - Couverture 0,75%

On rédige un bilan qui nous permet d'avoir un écrit pour l'envoyer le plus souvent à l'assistante sociale qui elle va l'envoyer à la MDPH si besoin.

Référence 27 - Couverture 0,91%

Oui, ce sont de grosses semaines, lorsqu'on utilise les appartements tremplins on diminue nos prises en charge des patients. Déjà le lundi ça nous prend la matinée pour tout faire.

Référence 28 - Couverture 0,44%

en fait ici on a aussi des formations pour les artisans, pour avoir des labels handicaps

Référence 29 - Couverture 0,79%

La famille aussi peut venir voir les installations pour qu'on leur explique l'utilisation de chaque matériel comme les WC japonais, le rail au plafond...

Référence 30 - Couverture 1,69%

D'accord, et donc la famille heu, peut venir aux réunions que vous organisez ?

Oui bien sur, en fait la plupart du temps en neurologie en tout cas, on a beaucoup de troubles cognitifs notamment pour les personnes post-AVC donc on utilise l'appartement thérapeutique pour des personnes qui rentrent généralement seules à leur domicile

Référence 31 - Couverture 0,50%

globalement on l'utilise pour des personnes qui rentrent seules et surtout pour tester la sécurité.

Référence 32 - Couverture 0,31%

Mais les appartements ne sont jamais trop libres en réalité.

Référence 33 - Couverture 0,67%

Ah oui mais nous on l'adore. C'est vraiment le propre de l'ergothérapie en fait. Et on est très content de l'avoir dans notre centre.

Référence 34 - Couverture 0,58%

D'accord, et pour les objectifs comment ils sont négociés ?

On les travaille à l'avance en séance d'ergothérapie.

Référence 35 - Couverture 1,37%

parce que ce n'est pas leur milieu de vie, mais avec cet outil on s'y rapproche au maximum et on en tire quand même une évaluation qui s'y rapproche le plus. Malheureusement par manque de temps et de rentabilité, l'ergothérapeute ne peut pas tout faire chez la personne.

Référence 36 - Couverture 1,46%

Maintenant que l'on a cet outil on l'utilise tout le temps et c'est vraiment un grand plus dans notre prise en charge en tant qu'ergothérapeute. Pour reprendre le terme de transfert des acquis, cet outil permet de faire le lien entre la salle de rééducation et le domicile de la personne.

Référence 37 - Couverture 0,86%

par CESAR *bhe* on le cote et on valorise cette activité. On a travaillé sur un code propre à l'utilisation de l'appartement parce que ça nous demande beaucoup de temps.

Référence 38 - Couverture 0,68%

un travail pluridisciplinaire. Surtout avec l'assistance sociale, le réseau autour comme les libéraux. Tout en

incluant la famille aussi

Référence 39 - Couverture 1,95%

Si on parle de compétences, pensez-vous que notre référentiel de compétences est bien représentatif à l'utilisation de cet outil ?

Ah oui carrément, je pense qu'on utilise quasiment l'intégralité de nos compétences lorsqu'on utilise cet outil. C'est un vrai travail d'abord organisationnel mais aussi il faut avoir une grande connaissance de la personne et de tous ses autres facteurs.

Référence 40 - Couverture 2,11%

Oui oui déjà la décision du séjour est prise en réunion pluridisciplinaire, avec le médecin et les autres professionnels le patient et sa famille. Toutes les 3 semaines on fait un état des lieux des avancés de la personne, elle peut nous poser ses questions et on organise un séjour si il le faut. On acte le séjour entre nous puis après avec le patient et ensuite on met en place toute l'organisation que ça demande.

Référence 41 - Couverture 1,14%

il y a eu beaucoup de demandes pour utiliser l'appartement tremplin, je vous ai dit même des personnes de l'extérieur demande de venir tester le matériel et autres. Et aussi la présence des artisans, ça met en avant le centre.

Référence 42 - Couverture 1,18%

C'est très consommateur de temps et parfois on voudrait faire plus de mise en situation mais on ne peut pas. Même travailler avec la personne 2h par jour dans l'appartement tremplin serait bien mais il n'est pas toujours disponible.

Référence 43 - Couverture 0,38%

Soit on les accompagne juste devant soit on les accompagne totalement

<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 2 - Copie> - § 27 références encodées [Couverture 28,22%]

Référence 1 - Couverture 0,24%

Depuis son année de création en 2012.

Référence 2 - Couverture 0,88%

permettre de le mettre en situation pour que nous on évalue un certain nombre de choses autour de son autonomie et de son indépendance.

Référence 3 - Couverture 0,34%

évaluer ces AVQ instrumentales et non instrumentales

Référence 4 - Couverture 0,19%

d'expérimenter une vie seule

Référence 5 - Couverture 1,37%

la famille on les implique dans le sens où on les informe sur ces mises en situation mais on va plutôt essayer qu'il soit le moins présent possible pour vraiment évaluer les capacités de la personne à vivre seul.

Référence 6 - Couverture 2,66%

moi en tant qu'ergothérapeute j'interviens souvent, il peut y avoir éventuellement l'IDE de l'HDJ mais elle ne va pas sur le lieu, elle contact seulement la personne par téléphone sinon ce sont les IDE libéraux qui interviennent si besoin, il peut y avoir aussi des aides ménagères, du personnel de l'HAD : hospitalisation à domicile, mais voilà ce ne sont pas des personnes de notre centre de rééducation.

Référence 7 - Couverture 0,21%

on utilise appartement tremplin

Référence 8 - Couverture 2,28%

Oui en fait avant la construction il y a un groupe d'ergothérapeutes qui a été formé et ensemble elles ont édité les procédures. Elles ont rédigés les protocoles d'utilisation administratifs et le protocole d'urgence. Ensuite pour l'organisation c'est vraiment très varié, donc ce n'est pas forcément tout écrit. Ça dépend de la demande de la personne.

Référence 9 - Couverture 0,23%

c'est rare qu'il ne soit pas utilisé

Référence 10 - Couverture 0,46%

On parle d'une semaine mais c'est plutôt du lundi midi au vendredi midi

Référence 11 - Couverture 2,62%

D'accord d'abord je dirai évaluer l'autonomie et l'indépendance dans les AVQ de la personne, ça c'est l'objectif qu'on va retrouver presque à chaque fois *heu* il peut y avoir *heu* l'évaluation des besoins en aides techniques et le troisième serait de faire prendre conscience à la personne de ses incapacités et plus dans le côté positif de lui montrer qu'elle peut vivre seule dans un environnement aménagé.

Référence 12 - Couverture 0,52%

En fait le dernier objectif il a soit une finalité positive ou négative je dirais

Référence 13 - Couverture 0,43%

on fait un travail de fond dans le domaine de l'autonomie surtout.

Référence 14 - Couverture 3,04%

D'accord, si on parle de l'utilisation de cet outil avec plus spécifiquement des personnes en post- AVC, vous pensez que vous l'utilisez plus avec ces personnes ou d'autres en neuro ?

En fait l' AVC est quand même la pathologie la plus présente dans le service neuro. Donc oui par rapport aux pathologies comme les TC, tumeurs cérébrales... *heu* mais par contre *heu* si on compare avec les blessés médullaires je ne sais pas avec quelle pathologie on l'utilise le plus.

Référence 15 - Couverture 2,12%

on fait des bilans sur l'autonomie et l'indépendance de la personne comme ça on voit si ce séjour est possible, on en informe le patient et au médecin et on prépare l'entrée quelques semaines après généralement. On prépare les papiers alors : carte vitale, assurance de responsabilité civile, de l'argent pour faire les courses.

Référence 16 - Couverture 2,00%

Oui c'est toujours *heu* une semaine stressante parce que le lundi soir on se demande un peu comment on va retrouver notre patient le lendemain. On y pense quoi (rire). Après voilà il y a un protocole de sécurité comme je vous disais, donc l'infirmière passe le soir et on a la télé alarme, donc on surveille.

Référence 17 - Couverture 1,09%

Comme il visent l'occupation en prenant en compte le rendement et l'environnement je pense qu'il trouve bien sa place dans l'utilisation de l'appartement thérapeutique.

Référence 18 - Couverture 0,30%

on n'a pas l'habitude d'utiliser des modèles.

Référence 19 - Couverture 0,53%

ça joue bien le rôle de tremplin entre la rééducation et le domicile de la personne

Référence 20 - Couverture 0,61%

on l'accompagne jusqu'au retour chez elle en accompagnant aussi les proches dans ce changement

Référence 21 - Couverture 0,47%

on remarque que les personnes progressent surtout dans leur autonomie.

Référence 22 - Couverture 0,19%

un travail pluridisciplinaire

Référence 23 - Couverture 0,82%

on apporte chacun notre rôle mais on doit aussi s'organiser entre nous professionnels pour être cohérent dans ce que l'on fait.

Référence 24 - Couverture 1,30%

On a chacun des compétences différenciés et c'est vrai qu'on remarque bien les rôles de chacun.

Mais pour un ergothérapeute c'est vraiment un outil où toutes ses compétences peuvent être mise en jeu.

Référence 25 - Couverture 0,86%

On a la système de PMSI. Donc on cote les actes au fur et à mesure. Et aussi tout ce que ça demande à côté aussi comme les réunions.

Référence 26 - Couverture 1,72%

les protocoles ont été très bien rédigés nc on n'a pas eu besoin pour l'instant de revenir dessus. Mais la on a fait une réunion où on a revu l'utilisation selon les années et les pathologies, mais c'était plutôt pour informer tous les professionnels du centre.

Référence 27 - Couverture 0,73%

C'est vraiment quelque chose qui manquait et comme je disais c'est rare les semaines où ils ne sont pas utilisés.

<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 3 - Copie> - § 26 références encodées [Couverture 31,25%]

Référence 1 - Couverture 1,01%

Il a été construit en 1994 mais je ne l'ai pas utilisé de suite. J'ai commencé à être référente de cet outil et à l'utiliser en 1998.

Référence 2 - Couverture 0,79%

nos appartements ne sont pas réellement dans la structure mais dans un petit village à côté du centre.

Référence 3 - Couverture 1,26%

Les appartements sont mis en place pour que des personnes puissent vérifier leur capacité à vivre de façon autonome avec si besoin aides techniques et aides humaines.

Référence 4 - Couverture 0,30%

la famille n'intervient pas dans ce cas.

Référence 5 - Couverture 0,55%

Ce sont très souvent des personnes qui retournent à leur domicile seule.

Référence 6 - Couverture 0,34%

on appelle toujours appartement transitionnel

Référence 7 - Couverture 0,34%

Nous ce sont des libéraux qui interviennent.

Référence 8 - Couverture 0,47%

pour nous ce ne sont plus des patients ce sont des résidents.

Référence 9 - Couverture 0,62%

régulièrement on revoit nos documents, notre façon de travailler, nos contrats ect.

Référence 10 - Couverture 0,89%

De tous les ergothérapeutes c'est moi qui m'en occupe, je suis référente, avec l'assistante sociale et les libéraux.

Référence 11 - Couverture 0,82%

Avec toute pathologie sauf les tétraplégies hautes et les personnes qui nécessitent une intervention de nuit.

Référence 12 - Couverture 1,92%

je n'ai pas vraiment le statut d'ergothérapeute lorsque je m'occupe des personnes qui sont dans cet appartement.

Je suis plus *heu..* j'ai plus un statut d'accompagnante. Je m'occupe des aides techniques, j'informe les auxiliaires de vie sur les transferts...

Référence 13 - Couverture 3,15%

si je vous parle d'autonomie et d'indépendance, est ce que vous travaillez cela au sein de cet appartement ?

Alors moi personnellement non. Je travaille vraiment le projet de vie de la personne, en lien avec les auxiliaires de vie, infirmiers et kinés. Je m'occupe des recherches d'appartements après le séjour dans celui là, mon rôle c'est vraiment de l'accompagner dans sa sortie vers son domicile pour habiter seule.

Référence 14 - Couverture 5,76%

En fait les personnes rentrent dans l'appartement et on ne sait pas quand est-ce qu'elles sortiront. On a une période d'essai d'un mois. Soit ça se passe bien et dans ces cas là le projet est de trouver un logement ailleurs et d'installation de tous les moyens et aides humaines. On reproduit ce qui y a été établie dans l'appartement de transition dans le futur logement de la personne. Nous on s'occupe, je dis nous parce que au quotidien il y a l'assistante social et moi. Donc nous sommes impliquées dans la suite du projet, faire le déménagement, mettre en place un SAVS si besoin, rechercher des structures, donc voilà on est dans ce rôle. Le séjour de la personne prend fin donc quand tout est établie et que la personne peut vivre dans son nouveau logement.

Référence 15 - Couverture 2,30%

j'interviens, enfin nous intervenons une fois par semaine le mercredi matin. On monte faire le point avec la personne mais je n'interviens pas directement sur la personne. J'ai pas un rôle d'ergothérapeute purement ergo on va dire. C'est plus dans l'accompagnement de la personne dans son projet de vie.

Référence 16 - Couverture 1,85%

ici l'appartement de transition marche vraiment comme une location.

Oui voilà c'est ça, c'est ça. *Silence.* Donc ça implique que la personne ait un revenu, qu'elle n'ait pas d'autre loyer. Et chez nous il n'y a pas besoin de notification MDPH.

Référence 17 - Couverture 1,95%

Non, en fait ce sont les auxiliaires de vie qui sont un peu garants du bon fonctionnement du séjour parce qu'elles y sont tous les jours ou presque. Donc ce sont elles qui nous sollicite si quelque chose ne va pas ou si il y a quelque chose à mettre en place.

Référence 18 - Couverture 0,43%

cet outil permet de voir comment la personne se débrouille

Référence 19 - Couverture 1,01%

Mon rôle en fait *heu* c'est de coordonner les intervenants. Les heures d'aides humaines sont décidées selon la notification de la MDPH.

Référence 20 - Couverture 0,62%

on a mis une supervision avec le psychologue qui intervient pour les professionnels

Référence 21 - Couverture 1,54%

je n'ai pas non plus un rôle d'ergothérapeute a proprement parlé. *Heu...* Je peux dire que oui j'ai les compétences de gérer une équipe, je suis compétente je peux dire en réadaptation sans vouloir me vanter

Référence 22 - Couverture 1,10%

En fait on n'utilise pas le PMSI pour cet outil, on le note hors PMSI. Nous avons une grille hors PMSI mais après je ne sais pas du tout où ça va.

Référence 23 - Couverture 0,94%

D'accord, pensez vous que c'est un outil valorise le centre de rééducation ?!

Oui bien sur, les personnes en sont contentes.

Référence 24 - Couverture 0,61%

Non on l'utilise vraiment que et avec des patients. Il n'y a pas d'autre utilité.

Référence 25 - Couverture 0,28%

Il est utilisé à peu près à 80% par an

Référence 26 - Couverture 1,40%

Oui dès la construction de l'outil. Après *heu*, ça a été repris quelques fois pour modifier certaines choses, *heu*, mais sinon globalement ça reste le même fonctionnement depuis des années.

<Éléments internes\ENTRETIEN ERGO 4> - § 29 références encodées [Couverture 37,29%]

Référence 1 - Couverture 0,98%

Depuis 2016, j'ai commencé de suite on va dire il y a 10mois.

D'accord, et vous utilisez l'appartement thérapeutique du centre depuis le début alors ?

Oui c'est ça.

Référence 2 - Couverture 1,34%

un lieu de transition entre la vie hospitalière donc sans une indépendance totale vers une vie vers l'extérieur où l'indépendance et l'autonomie est maximale. C'est un vrai moyen en ergothérapie, surtout un moyen d'évaluation.

Référence 3 - Couverture 0,60%

On a 3 secteur, traumatologie, neurologie et de réadaptation. Donc c'est un service à part entière.

Référence 4 - Couverture 2,45%

d'évaluer le besoin en aides techniques ou humaines. L'objectif sera aussi de faire prendre conscience de ses capacités et ses incapacités. Les mettre en situation permet de leur montrer que certaines choses soit dans un cas possible et mettre en confiance la personne soit dans un autre cas démontrer que ce n'est pas possible donc de faire prendre conscience que des choses ne seront pas possible sans aide du moins

Référence 5 - Couverture 1,35%

Si la personne vient de notre centre elle a le droit à 3 semaines, si elle vient d'une autre structure elle reste 4 semaines minimum avec une première semaine qui se base simplement sur l'évaluation de ses capacités et incapacités.

Référence 6 - Couverture 0,42%

L'ergothérapeute accompagne la personne pour la cuisine et les courses.

Référence 7 - Couverture 0,08%

j'accompagne

Référence 8 - Couverture 0,94%

en tant qu'ergothérapeute on évalue les activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, les repas tout ça, puis aussi l'entretien de l'appartement.

Référence 9 - Couverture 0,31%

on accompagne la personne dans tous ses déplacements,

Référence 10 - Couverture 0,25%

on prépare vraiment entièrement la sortie.

Référence 11 - Couverture 0,08%

l'accompagne

Référence 12 - Couverture 2,39%

en tant qu'ergothérapeute on a un compte rendu à rédiger à la fin du séjour. Comme on est le garant du bon fonctionnement du séjour on note tout ce qui s'est passé, les informations apportées par l'infirmière et l'aide soignante, si des problèmes ont été relevés ou non. On cote aussi les capacités et incapacités de la personne donc son évolution au cours du séjour avec un outil maison basé sur la MIF.

Référence 13 - Couverture 0,95%

Oui voilà là on évalue vraiment les progrès et on établie ensuite les conditions du retour à domicile, les besoins en aides techniques et humaines, la sécurité..

Référence 14 - Couverture 2,91%

En fait on a un bilan d'entrée basé sur le PPH. Ensuite on va bientôt être formé au MCRO peut être que ça va nous apporter une diversité dans nos pratiques. Après on est plus à l'aise avec le PPH donc on l'utilise plus, mais c'est vrai que par exemple le modèle de l'occupation humaine peut aussi apporter une autre approche on va dire, peut être que l'utiliser peut nous apporter d'autres informations sur la personne, sur son environnement et

sur la manière dont elle effectue ses activités.

Référence 15 - Couverture 1,14%

les appartements thérapeutiques ont été créés en même temps, du coup il y a eu une section autour de l'utilisation de cet outil. Donc en fait on a toute une procédure d'utilisation de cet outil.

Référence 16 - Couverture 1,26%

Il peut y avoir des personnes par exemple des amputés qui sont totalement autonomes, peuvent être dans ces studios mais ils n'ont pas accès à tout ce qui est électriques, ainsi que le frigo tout ça est débranché.

Référence 17 - Couverture 0,61%

Donc la procédure d'utilisation est détaillée en fonction des personnes qui utilisent l'appartement.

Référence 18 - Couverture 0,94%

le mardi était le jour d'admission privilégié parce qu'il y a une visite avec le médecin avant de rentrer dans l'appartement, le patient paye aussi sa caution.

Référence 19 - Couverture 1,56%

organisation plus technique on va dire et bien explicitée pour les repas pris dans l'appartement, l'aide soignante doit avertir les cuisines, ou sinon pour les sorties, le patient doit avertir l'accueil, le soir comme je l'ai dit, ils ne peuvent manger que froid.

Référence 20 - Couverture 1,87%

En tout cas l'ergothérapeute est le professionnel phare, garant du séjour, on s'occupe vraiment de toute la gestion et de l'organisation. C'est un travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les professionnels du service de réadaptation, mais aussi l'équipe de rééducation. C'est un vrai travail pluridisciplinaire.

Référence 21 - Couverture 0,33%

Non voilà ce sont seulement les professionnels du centre

Référence 22 - Couverture 3,38%

Ça dépend des objectifs de la personne mais dans tous les cas l'ergothérapeute met en jeu vraiment toutes ses compétences, surtout organisationnelles. Et aussi l'ergothérapeute doit être compétent dans le rôle d'accompagnant car on cherche continuellement l'autonomie dans les activités que ça soit à l'intérieur mais aussi à l'extérieur. Mais aussi avoir un rôle d'accompagnant dans le processus de changement de la personne. C'est vrai que ce n'est pas facile de se retrouver à se déplacer dans un fauteuil roulant après un AVC, surtout le regard des autres à accepter.

Référence 23 - Couverture 0,89%

on utilise le PMSI qui est découpé en différentes parties qu'on appelle enveloppes. Par exemple, bilan d'entrée, évaluations, activités en extérieures.

Référence 24 - Couverture 2,10%

tous les mardis ont fait une mini réunion organisationnelle, donc nous sommes deux ergothérapeutes à représenter l'ensemble de l'équipe ergo donc on se partage ce moment de réunion. Elle sert à faire le point sur l'organisation des séjours en général avec le médecin référent de l'appartement thérapeutiques, les cadres, l'infirmière et l'ergothérapeute.

Référence 25 - Couverture 2,52%

ça lui donne de la notoriété, c'est peut-être un grand mot mais quand on voit que d'autres établissements de rééducation nous sollicitent, c'est vraiment une bonne chose. C'est devenu une spécificité du centre et c'est quelque chose d'important à conserver.

Même pour nous, en tant qu'ergothérapeutes ça nous permet de diversifier notre pratique, on a la possibilité d'aller à l'extérieur, donc c'est vraiment un bon point.

Référence 26 - Couverture 0,26%

Je dirais que le temps est une grande limite.

Référence 27 - Couverture 1,54%

entre les ergothérapeutes on se partage les patients. Ce n'est pas un seul ergothérapeute qui s'occupe des appartements thérapeutiques ça ne serait pas gérable. Là je parle des ergothérapeutes mais c'est pareil pour toutes l'équipe du service de réadaptation.

Référence 28 - Couverture 1,49%

en deuxième limite j'aurai dit que le matériel reste limité, on a les choses en une fois, une machine à laver, un fer à repasser, donc c'est vrai qu'on doit prévoir à quelle heure on va utiliser tel ou tel matériel. Ça demande beaucoup d'organisation.

Référence 29 - Couverture 2,35%

Ça comprend le service de réadaptation mais aussi les autres services, pour par exemple les activités cuisines ou les sorties. Le budget peut être négocié mais c'est compliqué d'avoir en plus une limite budgétaire mensuelle, car selon les mois on ne fait pas le même nombre de sorties, ou il n'y a pas toujours le même

nombre d'appartement occupé. Donc là aussi on doit organiser notre enveloppe.

Résumé

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une priorité de santé publique dans notre société. Cette pathologie est la première cause d'handicap acquis chez l'Homme. Les personnes post-AVC sont souvent confrontées à des incapacités de nature motrices, cognitive ou sensibles lors de l'exécution de différentes activités de la vie quotidienne.

L'ergothérapeute accompagne ces personnes dans le transfert de leurs acquis de la rééducation au sein de leurs activités. Cependant, ce transfert reste difficile. Plusieurs moyens existent, telles que les mises en situation dans un appartement thérapeutique.

Par une méthode de recherche clinique, quatre ergothérapeutes ont été interrogés lors d'entretiens sur les intérêts et les limites de l'utilisation de l'appartement thérapeutique pour des personnes victimes d'un AVC, dans un but de transférer les acquis de la rééducation. Les mises en situation dans cet outil favorise le transfert des acquis mais reste un moyen coûteux et chronophage.

Abstract

The frequency and the gravity of stroke have made this problem a public health priority in our society. This pathology is the first cause of handicap acquired. She involves motor, cognitive and sensory disabilities. Depending on the activities carried out, the person may be in a disability situation.

The occupational therapist accompanies the person in the transfer of the gains of the reeducation in her activities of daily living. According this professional, this transfer remains difficult.

This work shows us that occupational therapists have several means to facilitate it like the use of the therapeutic apartment.

By a clinical method, four occupational therapist were interviewed with respect to the interests and limits of this tool for the transfert of acquired.

The simulations in the therapeutic apartment are very positive but it remains a costly and time consuming means.

Mots clés: Transfert des acquis – accident vasculaire cérébral – appartement thérapeutique.

Key words: Transfer of acquired – stroke – therapeutic apartment.