

Institut de Formation d'Ergothérapie
d'Aix-Marseille
Faculté d'Aix-Marseille

Caroline DON SIMONI

UE 6.5 S6 : Mémoire
d'initiation à la recherche
Mai 2016

**L'ergothérapeute et l'enseignant en APA dans la mise en place
de l'activité sportive auprès des personnes hémiplegiques**

Sous la direction de Mylène GRISONI

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Je remercie particulièrement ma directrice de mémoire, Madame Mylène GRISONI, pour ses conseils, sa disponibilité et son aide précieuse tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie également mon référent méthodologique, Monsieur David LAVERNHE, de m'avoir guidé, conseillé et encouragé au cours de cette période de rédaction.

Mes remerciements s'adressent aussi aux dirigeants, formateurs et intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille, ainsi qu'aux ergothérapeutes rencontrés en stage pour leur accompagnement durant ces trois années de formation.

Je tiens à remercier l'ergothérapeute et l'enseignant en APA pour le temps qu'ils ont consacré aux entretiens.

Je remercie très chaleureusement ma famille et mes amis pour leur présence et leurs encouragements tout au long de mes études.

Enfin, je termine par une pensée spéciale pour Romain.

SOMMAIRE

1. Introduction.....	6
Problématique pratique.....	8
1.1 L'hémiplégie.....	8
1.1.1 Définition.....	8
1.1.2 Épidémiologie et étiologies.....	9
1.1.3 Divers tableaux cliniques de l'hémiplégie.....	9
1.2 Le sport et la personne hémiplégique.....	11
1.2.1 L'origine du handisport.....	11
1.2.2 Les bienfaits du sport chez les personnes hémiplégiques.....	12
1.2.3 Les sports proposés aux personnes hémiplégiques.....	14
1.2.4 L'enquête exploratoire.....	15
1.3 Les professionnels de santé autour de la personne hémiplégique dans la mise en place de l'activité sportive.....	16
1.3.1 Le rôle de l'enseignant en activités physiques adaptées.....	16
1.3.2 Le rôle de l'ergothérapeute.....	18
1.3.3 Question de recherche.....	21
Cadre théorique.....	22
2.1 Les modes de fonctionnement du travail en équipe.....	22
2.1.1 L'interdisciplinarité.....	22
2.1.2 La pluridisciplinarité.....	24
2.1.3 La transdisciplinarité.....	25
2.2 Les concepts d'autonomie et d'indépendance	26
2.2.1 La notion d'autonomie	27
2.2.2 La notion d'indépendance.....	28
2.3 Le modèle conceptuel du Processus de Production du Handicap	29
2.3.1 La notion de handicap.....	29
2.3.2 Présentation du Processus de Production du Handicap.....	30
2. Matériel et méthode.....	32
2.1 Le choix de la méthode	32
2.2 La population interrogée	34
2.3 La présentation de l'outil	35

2.3.1 Choix de l’outil	35
2.3.2 Construction des matrices théorisées.....	36
2.3.3 Construction et passation des entretiens.....	36
2.3.4 Élaboration des questions d'entretien.....	37
2.3.5 Protocole de passation.....	40
3. Résultats.....	41
3.1 Présentation de l'échantillon.....	41
3.2 Analyse qualitative des données.....	42
3.2.1 Analyse de la question 1.....	42
3.2.2 Analyse de la question 2.....	43
3.2.3 Analyse de la question 3.....	45
3.2.4 Analyse de la question 4.....	47
3.2.5 Analyse de la question 5.....	48
4. Discussion des données.....	50
4.1 Interprétation des résultats et réponse à la question de recherche.....	50
4.2 Critique du dispositif de recherche.....	52
4.2.1 Critique de la méthode.....	52
4.2.2 Critique de la population	52
4.2.3 Critique de la passation des entretiens.....	53
4.2.4 Critique des résultats	53
4.3 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle.....	54
4.4 Intérêt de l'étude et perspectives de recherche.....	55
Conclusion.....	56
Bibliographie.....	58
Annexes.....	61
Annexe 1 : Enquête exploratoire dédiée aux enseignants en APA.....	61
Annexe 2 : Enquête exploratoire dédiée aux ergothérapeutes.....	64
Annexe 3 : Matrices théorisées.....	65
Annexe 4 : Grille d'entretien.....	68
Annexe 5 : Retranscription de l'entretien « enseignant en APA ».....	72
Annexe 6 : Retranscription de l'entretien « ergothérapeute ».....	80
Résumé.....	85

1. Introduction

« Le sport est une évasion complète de la vie ». Cette citation de l'écrivain canadien, François Hertel (*Un Canadien errant : Récits, Mémoires imaginaires, 1953*), me permet d'introduire ce mémoire sur le thème général du sport et du handicap.

Tout d'abord, à titre personnel, le sport représente un élément essentiel dans ma vie et un réel épanouissement tant sur le plan physique que psychologique. Il est pour moi un mobilisateur, par conséquent, il donne du sens à mon existence et contribue à un bien-être général. Je pratique diverses activités sportives depuis mon enfance et cela m'a toujours permis de m'extérioriser, de me sentir bien et de créer du lien social. Aujourd'hui, ayant une pratique davantage tournée vers les sports de pleine nature, comme l'escalade, le VTT, l'alpinisme ou encore le ski de randonnée, la notion de liberté ou de dépassement de soi est encore plus importante. De plus, lors d'un stage, j'ai pu intervenir auprès d'une femme présentant une hémiplégie et au cours d'un entretien à son domicile, elle m'a confiée son envie de reprendre le sport, en particulier le ski. Mon rôle avait été de la conseiller et l'orienter vers des structures Handisport existant près de chez elle. Cette situation m'a fait prendre conscience de la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement d'une personne en situation de handicap dans le domaine sportif.

Ainsi, dès mon entrée à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille, je me suis interrogée sur le rôle de l'ergothérapeute dans le domaine du sport. Puis, mes trois années d'apprentissage au sein de l'école, associées à mon expérience personnelle, m'ont fait, entre autres, réaliser le potentiel de la pratique d'un sport pour une personne présentant un handicap. Les possibilités d'accès aux activités sportives pour les personnes handicapées se développent de plus en plus, et ce, depuis maintenant quelques années. Le sport, en tant que sport de loisirs ou pratiqué en compétition, engendre des bénéfices physiques, psychologiques et sociaux évidents. C'est pourquoi, il me semble cohérent que l'ergothérapeute, en tant que spécialiste de l'activité, ait un rôle à jouer dans le domaine de l'activité sportive auprès de personnes en situation de handicap, et notamment de handicap moteur.

Aujourd'hui, ma réflexion porte plus particulièrement sur la personne hémiplégique souhaitant pratiquer (ou repratiquer) une activité sportive à la suite d'un accident vasculaire cérébral, et le rôle que peut avoir l'ergothérapeute auprès de celle-ci.

La population étudiée dans le cadre de cette recherche correspond donc aux personnes présentant une hémiplégie après un accident vasculaire cérébral (AVC). Plusieurs éléments m'ont incitée à faire une étude sur cette population. Tout d'abord, l'AVC correspond actuellement à un important problème de santé publique en France. De plus, en tant qu'ergothérapeute, nous sommes couramment amenés à prendre en charge des personnes hémiplegiques, et cela notamment en centre de rééducation, du fait de l'importance du travail de rééducation et de réadaptation suite à l'accident.

De plus, mon sujet de mémoire est en lien avec la « loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », ce qui lui confère une certaine utilité sociale. En effet, le ministère a souhaité conduire une politique spécifique en faveur des personnes handicapées, et notamment à travers des articles de loi, développer une politique sportive favorisant l'intégration de ces personnes en situation de handicap. Le sport, considéré alors comme un outil de promotion individuelle, d'intégration sociale et professionnelle autant qu'un espace de loisirs, de solidarité et d'espoir.

Par ailleurs, étant moi-même passionnée de sports, cela m'a menée tout naturellement à la question suivante : quels impacts positifs la pratique d'une activité sportive peut-elle avoir chez une personne handicapée, et notamment chez une personne hémiplegique ? Mon objectif est de visualiser les bénéfices du sport auprès de ces personnes et de faire le lien avec l'action de l'ergothérapeute dans cette activité.

Ce travail de recherche me permet ainsi d'argumenter l'intérêt de l'intégration ou de la réintégration de l'activité sportive, dans le cadre du projet thérapeutique d'une personne en situation de handicap, ancien ou nouveau sportif.

J'ai tout d'abord étudié la pathologie de l'hémiplégie, puis dans un second temps, je me suis intéressée aux activités sportives proposées aux personnes hémiplegiques, pour ensuite rechercher les différents professionnels travaillant en équipe auprès de cette population dans le domaine de l'activité sportive.

Problématique pratique

1.1 L'hémiplégie

1.1.1 Définition

L'hémiplégie se définit comme la paralysie d'un hémicorps controlatéral à une lésion cérébrale, c'est à dire, la perte plus ou moins complète de la motricité volontaire dans une moitié du corps.

La paralysie concerne donc le côté droit ou le côté gauche, par atteinte de l'encéphale du côté opposé à l'hémiplégie. Elle est habituellement incomplète et prédomine à l'extrémité des membres, sur les muscles extenseurs au membre supérieur, et sur les muscles fléchisseurs au membre inférieur. Généralement, le membre supérieur est plus déficitaire que le membre inférieur en fonction de la localisation de la lésion cérébrale.

L'hémiplégie est le plus souvent la conséquence d'un accident vasculaire cérébral (AVC). L'atteinte motrice est fréquemment associée à des troubles du tonus, de la sensibilité, à des troubles neuropsychologiques et de l'humeur. Parmi les troubles neuropsychologiques, les plus courants sont l'aphasie, généralement en cas d'atteinte de l'hémisphère gauche, et la négligence spatiale unilatérale, le plus souvent en cas d'atteinte de l'hémisphère droit.

L'hémiplégie s'accompagne toujours de troubles du tonus musculaire et, en l'occurrence, sauf rares exceptions, de spasticité. Celle-ci se manifeste par une hypertonie musculaire déclenchée ou exagérée par le mouvement. Au membre inférieur, l'hypertonie prédomine sur les extenseurs entraînant une extension du genou et du pied. De manière exagérée, cette extension entraîne, à la marche ou à la course, le « fauchage » avec l'obligation de lancer le membre inférieur sur le côté à chaque passage du pas. En ce qui concerne, le membre supérieur, l'hypertonie prédomine sur les fléchisseurs, responsable de la posture habituelle en flexion de coude, du poignet et des doigts.

La spasticité et la paralysie perturbent donc la gestuelle du membre supérieur qui sera rarement fonctionnel dans le geste sportif.

L'hémiplégie atteint tous les âges, depuis l'enfant jusqu'à la personne âgée. Dans ce travail de

recherche, je ne traiterai que de l'adulte hémiparétique. L'hémiparésie a plusieurs étiologies: traumatique, tumorale, infectieuse et vasculaire. L'étiologie principale reste les accidents vasculaires cérébraux (AVC) qui se répartissent en deux types: hémorragique, dans 20% des cas, ou ischémique, dans 80% des cas. Le premier se caractérise par une rupture d'un vaisseau véhiculant le sang au niveau du système nerveux central. Le second type d'AVC, se caractérise par une obstruction d'un vaisseau sanguin véhiculant le sang au niveau du système nerveux central.

1.1.2 Épidémiologie et étiologies

L'accident vasculaire cérébral survient lors d'une interruption brutale du flux sanguin cérébral, privant ainsi une ou différentes parties du cerveau en oxygène, causant leur dysfonctionnement puis leur mort en quelques minutes.

Les AVC constituent la première cause de situations de handicap moteur chez l'adulte, la deuxième cause de démences et la troisième cause de mortalité en France. Touchant chaque année environ 130 000 nouveaux patients en France, l'AVC est donc considéré comme un problème de santé publique, ce qui explique la mise en œuvre du « Plan d'actions national AVC 2010-2014 », et induit une très forte probabilité d'avoir à traiter des patients hémiparétiques en tant que professionnels de santé et notamment en tant qu'ergothérapeute, en centres de rééducation et de réadaptation.

Nous pouvons retenir dans le cadre de ce travail de recherche que 25% des AVC surviennent chez les personnes de moins de 65 ans, c'est à dire dans la population active, et par conséquent susceptibles de pratiquer une activité sportive.

1.1.3 Divers tableaux cliniques de l'hémiparésie

L'hémiparésie vasculaire est caractérisée par la diversité des tableaux cliniques. Les AVC ont des conséquences polymorphes dépendant de l'artère bouchée et du territoire touché: déficit moteur marqué par une perte de sélectivité de l'activation musculaire volontaire, apparition de schémas moteurs réflexes dits primitifs, ainsi que d'un tonus musculaire anormal. Ils peuvent être associés à des troubles praxiques, sensitifs, cognitifs ou perceptifs (hémianopsie latérale homonyme, diplopie, hémiparésie...).

Il n'existe pas qu'une seule forme d'hémiplégie mais une multitude de formes d'hémiplégie. En se restreignant au niveau moteur, il est possible de distinguer 3 grands types :

- Proportionnelle : L'atteinte motrice est uniforme pour l'ensemble de l'hémicorps.
- Non-proportionnelle : L'atteinte motrice est plus importante sur une zone de l'hémicorps.
- Croisée : Un hémicorps est atteint, ainsi que l'hémiface controlatérale.

En prenant en compte la latéralité de l'atteinte hémisphérique, il est possible d'observer des troubles associés différents. Toutefois, tous les cas de figure peuvent se rencontrer, en fonction de particularités individuelles et de la lésion elle-même.

La personne hémiplégique peut présenter :

- Une diminution de la sensibilité où des difficultés d'intégration des informations sensitives perturbent le schéma corporel (mauvaise connaissance du côté hémiplégique).
- Une spasticité et des troubles posturaux, ce qui pose des difficultés à la marche.
- Des difficultés de préhension. La préhension, en général, demeure incomplète, maladroite, même après récupération.
- Une négligence visuelle de l'espace du côté hémiplégique dont le sportif n'aura pas forcément conscience, cela nécessite d'importants efforts d'attention. La négligence visuo-spatiale gauche associée à une hémiplégie gauche est la plus fréquente.
- Un trouble du langage (en particulier l'aphasie), ce qui ne favorise pas la communication notamment lors de la pratique sportive. La personne hémiplégique peut avoir des difficultés dans l'expression et la compréhension orale.
- Des troubles de l'attention et/ou de la mémoire, cela ne facilite pas les apprentissages.
- Des troubles du comportement et de l'humeur, à prendre en compte notamment quant à la pratique de sports collectifs.
- Des troubles gestuels (une apraxie).
- Des troubles de l'équilibre et de la coordination des mouvements volontaires.

D'autres troubles peuvent s'observer comme la rétraction en flexion du membre supérieur et/ou du triceps sural par spasticité avec un pied en varus équin, une algoneurodystrophie de l'épaule, etc.. Ces troubles sont à prendre en compte dans la pratique d'un sport afin de pouvoir l'adapter au sportif.

L'importance de la paralysie conditionne la pratique d'une activité sportive. Mais de manière générale, la personne hémiplegique est capable de pratiquer de nombreux sports, que ce soit de loisir ou de compétition.

1.2 Le sport et la personne hémiplegique

1.2.1 L'origine du handisport

Le terme de « sport » vient de l'ancien français « desport », qui signifie : « amusement, divertissement, plaisir physique ou de l'esprit ». Aujourd'hui, le sport se définit plus généralement comme « l'ensemble des exercices physiques se présentant sous forme de jeux individuels ou collectifs, donnant généralement lieu à compétition, pratiqués en observant certaines règles précises » (dictionnaire Larousse). Le sport est un phénomène quasi universel dans le temps et dans l'espace humain.

Les origines du sport chez les personnes en situation de handicap remontent à la fin du XIX^{ème} siècle en Allemagne, où il existait déjà des clubs pour les sportifs sourds. Toutefois, ce n'est vraiment qu'après la Seconde Guerre mondiale qu'un neurochirurgien anglais, Ludwig Gutmann, intégra l'activité sportive au sein d'un centre de rééducation pour les aviateurs rescapés des combats. En effet, il s'était rendu compte que le sport pouvait jouer un rôle important dans le processus de rééducation des patients paralysés. Progressivement, l'évolution s'est faite vers une activité sportive de loisir, et, quelques années plus tard, vers le sport de compétition, avec les premiers Jeux Paralympiques, à Rome en 1960. Depuis, ces jeux connaissent, tous les quatre ans, une participation croissante de nations et de sportifs handicapés.

Aujourd'hui, la majorité des personnes handicapées physiques peuvent pratiquer une activité sportive en loisir ou en compétition car de plus en plus de structures leur en offrent la possibilité.

Tout d'abord, l'UFOLEP (Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique) est une fédération sportive multisports, créée en 1928 et agréée par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. De plus, elle est aussi membre du Comité National Olympique et Sportif Français. Cette fédération s'engage dans le développement et la promotion de la pratique multisport pour les personnes handicapées et valides. Elle favorise dans son action au

quotidien l'accès du plus grand nombre aux pratiques sportives de loisir sur tout le territoire français.

Les premiers clubs de sports ont été fondés au cours des années 50 en France, puis se sont regroupés au sein d'une Fédération : la Fédération Française Handisport (FFH).

La FFH a été initialement créée en 1945 et s'appelait « Association sportive des mutilés de France », puis « Fédération Sportive des Handicapés Physiques de France » en 1963, « Fédération Française des Sports pour Handicapés Physique » en 1972, et enfin « Fédération Française de Handisport » en 1977. Cette dernière organise et développe les activités physiques et sportives de compétition ou de loisir pour les personnes présentant une déficience motrice, visuelle ou auditive.

1.2.2 Les bienfaits du sport chez les personnes hémiplegiques

Tout d'abord, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit, en 1946, la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé s'exprime donc dans toutes les dimensions biologique, sociale et psychologique. Elle recoupe la notion plus large de bien-être et se trouve donc être un concept que chacun est appelé à définir dans son environnement et son époque.

Le sport est un moyen de se maintenir en bonne santé et de contribuer à un bien-être général. Il procure du plaisir pour le pratiquant car le fait de dépasser ses limites pour atteindre un objectif est un moyen d'éprouver du plaisir par l'éprouvé du corps.

« L'idée d'utiliser le sport comme thérapeutique n'est pas nouvelle puisqu'on la retrouve déjà clairement par Hippocrate, et les handicapés physiques n'ont attendu ni les conseils des médecins, ni la création d'associations sportives spécialisées pour se livrer à leurs sports favoris » (Piera, 1999).

L'activité sportive permet de développer de nouvelles possibilités insoupçonnées jusqu'alors chez les personnes en situation de handicap tant au plan physique qu'au plan social.

L'exercice physique est une façon d'éviter les méfaits de la sédentarité ou de l'immobilité tels que l'excès de poids, la désadaptation cardiovasculaire, l'ostéoporose de non-utilisation. Il agit notamment sur l'augmentation de la masse musculaire et la perte de poids. De plus, il entraîne un gain de force de tous les groupes musculaires actifs, permet d'entretenir la

souplesse articulaire par la sollicitation des articulations dans le geste sportif, apporte une meilleure coordination gestuelle, mais aussi une plus grande résistance à la fatigue. Ces acquis permettent d'assumer au mieux les activités quotidiennes et toutes les tâches physiques. Le gain de force aux membres supérieurs et au tronc est particulièrement utile pour les personnes hémiplegiques qui utilisent un fauteuil roulant manuel ou des cannes. En effet le développement de la musculature de la ceinture scapulaire permet de faciliter les transferts, les déplacements et le redressement en fauteuil. De ce fait, il favorise l'indépendance de la personne hémiplegique. L'activité physique facilite aussi la minéralisation et le transit intestinal.

L'expertise collective de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) démontre que l'activité physique et sportive est un déterminant majeur de l'état de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie.

Au-delà du bénéfice physique, la pratique sportive permet l'acquisition de nouveaux savoir-faire, comme savoir rouler sur tous les types de chemins en fauteuil roulant, savoir nager, escalader, skier, monter à cheval, etc., avec un membre paralysé.

Aussi, la pratique sportive peut être un substitut intéressant dans la perspective des soins d'entretien. Chaque discipline sportive permet de travailler une déficience, à savoir : le basket permet de développer l'usage maximal d'un fauteuil roulant manuel ; le tir à l'arc et le tennis de table améliore la coordination ; l'escrime accroît l'équilibre du tronc en fauteuil roulant ; la natation est bénéfique à toutes les formes de handicap (même les plus lourds) du fait de la portance de l'eau et de l'amélioration des muscles déficitaires en milieu aquatique. D'autre part, certaines activités physiques, comme les sports de pleine nature, sont un moyen d'avoir des sensations procurant du plaisir, de par la vitesse (ski...), le glissement (surf...), la domination de la peur (l'escalade...).

Les bénéfices sociaux liés à la pratique d'un sport sont affirmés par la Fédération Française Handisport. De leur expérience du suivi des sportifs dans leurs entraînements, leurs déplacements, leurs compétitions à tous les niveaux, ils constatent qu'ils sont mieux insérés dans la société et plus performants, que ce soit physiquement ou socialement. Le sport est donc une pratique sociale. Ainsi, en permettant la rencontre de l'autre, les échanges, il crée le lien social et l'appartenance à un groupe.

Sur le plan psychologique, la pratique sportive permet d'améliorer, très rapidement, l'estime de soi et l'image que la personne a de son corps. Une étude menée par l'OMS (Organisation

Mondiale de la Santé) et la CIH (Classification Internationale des Handicaps) a mis en évidence les bienfaits physiques et psychologiques du sport. Il a été démontré que le sport a un impact positif sur la réinsertion, l'intégration dans la société, ainsi que sur l'indépendance physique et économique, la réadaptation et le retour à la vie normale tant sur le plan individuel que sociétal. Il y a donc une relation évidente entre la pratique sportive, le niveau de moral et l'état physique général de l'individu.

1.2.3 Les sports proposés aux personnes hémiplegiques

Pendant longtemps, l'adulte hémiplegique a été très peu impliqué dans les activités sportives. Aujourd'hui, il y a un réel développement de la prise en charge de la personne hémiplegique en établissement, et prise en relais par handisport par la suite.

Chez les personnes hémiplegiques, l'importance de leur paralysie conditionne la pratique d'une activité sportive. De manière générale, elles sont capables de pratiquer de nombreux sports, que ce soit en loisir ou en compétition.

La coordination, le contrôle postural, la vitesse, l'habileté, etc. sont des facultés motrices que l'activité sportive va pouvoir développer chez la personne hémiplegique. Les contre-indications sont peu nombreuses, mais certaines déficiences comme l'héminégligence peuvent parfois constituer des obstacles. Aussi, la personne hémiplegique peut être gênée, à des degrés variables, par l'asymétrie de ses possibilités physiques et par la spasticité.

Le handicap peut être sous-estimé si la personne hémiplegique marche, le risque d'échecs peut la décourager si elle ne réussit pas. Si au contraire, le handicap est sur-estimé, cela peut conduire à une exclusion. Le meilleur juge sera réellement la pratique du sport sur le terrain.

La complexité du « handicap hémiplegique » réside dans le fait qu'il ne se voit pas facilement au premier abord. Cette complexité s'explique par la diversité des étiologies et la diversité des troubles associés possibles qui peuvent venir compliquer l'apprentissage du geste sportif.

Aujourd'hui, l'offre sportive présentée aux personnes hémiplegiques est très large, que ce soit pour celles qui ont la capacité de marcher, ou encore pour celles ayant des difficultés à se tenir debout et se déplaçant donc en fauteuil roulant.

Certains sports comme la natation, l'athlétisme, l'équitation, l'escrime, le tennis de table, le cyclisme, le tir sportif, le football ou encore les sports de nature (canoë, voile, ski alpin, ski de fond, etc.) sont très appréciés des personnes hémiplegiques.

En effet, le cyclisme, par exemple, rencontre un succès important malgré d'importantes difficultés de pratique, du fait de l'asymétrie des efforts. Les commandes sont alors regroupées du côté non-hémiplégiques.

De même, le tennis de table est parfaitement adapté à la personne présentant une hémiplégie, que ce soit pour une personne pouvant se mettre debout et se déplacer rapidement, que pour une autre en fauteuil roulant qui utilisera dans ce cas mieux son côté sain et disposera d'un meilleur équilibre du tronc.

Malgré l'asymétrie des mouvements nécessitant un long apprentissage des compensations, la natation fait également beaucoup d'adeptes.

Quant à l'escrime, elle se pratique surtout en fauteuil roulant afin que la personne soit plus à l'aise pour utiliser son côté sain, mais elle peut aussi se pratiquer debout même si les déplacements rapides restent difficiles.

1.2.4 L'enquête exploratoire

Afin de préciser ma question de recherche, j'ai souhaité interroger un enseignant en APA et un ergothérapeute par le biais d'un questionnaire envoyé par mail. Les questions posées dans cette enquête exploratoire (*cf. annexes 1 et 2*) portaient sur le cadre de l'activité sportive au sein d'une structure accueillant, entre autres, des patients hémiplégiques. J'ai voulu savoir avec quels professionnels l'enseignant en APA et l'ergothérapeute, respectivement, avaient l'habitude de travailler concernant la mise en place et la pratique d'activités sportives. Mon objectif a été de comprendre de quelle manière ces deux professionnels intervenaient dans la mise en place et le déroulement d'activités sportives adaptées aux personnes hémiplégiques, et s'ils travaillaient conjointement. Je n'ai volontairement pas employé le terme « collaboration » mais le terme « interactions » dans ma présentation afin de ne pas influencer ou ne pas orienter leurs réponses. J'ai construit mon questionnaire à partir de questions ouvertes, objectives et non orientées, de sorte que l'interrogé puisse donner des réponses complètes.

À travers l'enquête, il en ressort notamment que les activités sportives peuvent être utilisées comme un outil thérapeutique au sein d'un établissement comme un centre de rééducation, à condition que leur mise en place soit réfléchie et avec de réels objectifs pour le patient. D'autre part, l'envie, l'intérêt et la motivation du patient hémiplégique sont des aspects importants à prendre en compte en tant que professionnel de santé avant de proposer une

activité sportive.

L'analyse des réponses m'a permis de construire plus clairement ma question de recherche et de trouver un réel intérêt professionnel à ce mémoire.

Je vais poursuivre en m'intéressant maintenant aux professionnels de santé qui interviennent dans le déroulement des activités sportives. Je développerai plus particulièrement le rôle et la complémentarité de l'ergothérapeute et de l'enseignant en APA dont leur engagement et leurs actions dans la mise en place d'activités sportives a été confirmés dans mon enquête exploratoire. Les résultats de cette enquête sont intégrés dans dans le chapitre suivant.

1.3 Les professionnels de santé autour de la personne hémiplégique dans la mise en place de l'activité sportive

1.3.1 Le rôle de l'enseignant en activités physiques adaptées

De Potter (2004) définit l'activité physique adaptée (APA) comme « tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ».

Les enseignants en activités physiques adaptées (APA) agissent au niveau fonctionnel en diminuant la déficience et les incapacités, et au niveau social en réduisant les handicaps. Les formations apparaissent en France dans les années 1980 au sein des Unités de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (UFR STAPS).

Il existe de multiples dénominations selon les secteurs et les conventions collectives des établissements concernant l'intervenant en APA : enseignant en APA, professeur d'APA, éducateur sportif en APA, éducateur médico-sportifs, moniteur d'APA.

Son rôle est de transformer les activités physiques et sportives afin d'utiliser leurs effets pour favoriser l'amélioration ou le maintien de la santé, la gestion des maladies chroniques, le bien être et la participation sociale des personnes handicapées.

L'enseignant en APA exerce sa pratique professionnelle en salle de rééducation, en piscine (balnéothérapie), en gymnase ou en extérieur. Il encadre toute activité physique et sportive destinée à un public porteur d'une limitation, d'une déficience, d'un handicap, d'une pathologie chronique ou encourant un risque de santé, dans le but de favoriser un style de vie actif et porteur de santé. L'enseignant en APA questionné dans l'enquête exploratoire (*cf. annexe 1*)

indique suivre des personnes paraplégiques (basket-fauteuil), amputées du membre inférieur (basket-fauteuil) et non-voyantes (cécifoot) dans le cadre du handisport. Son travail consiste donc à adapter les activités physiques et sportives selon le public qu'il encadre.

Le travail de terrain prend diverses formes, selon le public concerné, le projet institutionnel, les lieux de pratique et les activités.

Les activités concernent :

- le développement de la condition physique (réentraînement à l'effort, renforcement musculaire, travail de l'équilibre, etc.) ;
- l'éducation à la santé (prévention, etc.) ;
- l'animation d'activités physiques et sportives.

L'enseignant en APA ne soigne pas directement, il agit sur des leviers permettant la compensation d'un déficit ou sa réduction. Il prend en charge une ou plusieurs personnes et leur propose un programme en lien avec une problématique de santé. Ce programme contient donc des évaluations, des séances de pratique, des temps pour l'éducation à la santé. Il est progressif et adapté à l'état de chaque personne.

De plus, l'enseignant en APA intervient généralement au sein d'une équipe pluridisciplinaire, c'est à dire qu'il travaille en collaboration, principalement avec des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, neuropsychologues et le médecin MPR.

Dans l'enquête exploratoire (*cf. annexe 1*), l'enseignant en APA, travaillant dans un Centre de Rééducation Fonctionnelle, évoque son travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire de la manière suivante : « je dois nécessairement catégoriser les relations que je peux entretenir avec les différentes personnes avec lesquelles je travaille. Cela s'organise ainsi :

- Avec les kinés : on échange sur la progression du patient, eux me donnent des infos sur les capacités d'un point de vue analytique, par rapport à leurs évaluations. Et ensuite, je peux organiser mes activités, les structurer, et en tenant compte de la fatigabilité des patients, et de leurs capacités à des valeurs sub-maximales.
- Avec la psychomotricienne : on encadre ensemble les ateliers « Équilibre », on échange les idées pour les faire évoluer.
- Avec les ergothérapeutes : on travaille de différentes manières. Les ergothérapeutes ont ça de particulier qu'ils s'intéressent au quotidien du patient, et c'est très enrichissant, et indispensable de les solliciter. Par exemple, je leur fais part de ce que j'ai fait avec tel ou tel patient, et eux m'expliquent comment ils vont utiliser la progression pour transposer ça sur le

quotidien. Je suis en demande de ça, car moi aussi je peux parler au patient différemment. Enfin, on travaille ensemble sur des ateliers, notamment l'escalade mais pas seulement. Par exemple pour l'escalade, quand j'emmène des patients à l'extérieur, on doit prendre le métro, le bus, etc. Moi, je m'occupe de l'activité escalade (je sollicite l'ergo pour assurer sur les murs certains patients s'ils sont d'accord), et eux ont besoin de venir avec moi pour voir comment se comporte les patients dans des situations de tous les jours. Ils m'expliquent que ce genre de sortie permet de percevoir le fonctionnement exécutif ou cognitif des patients. C'est intéressant car à l'issue de ces sorties on échange sur nos problématiques du jour, et on arrive à mieux cerner les besoins du patient en terme de prise en charge.

- Avec la neuropsychologue : il s'agit d'échanger sur le fonctionnement cognitif des patients. Souvent elle m'explique pourquoi il a tel ou tel comportement. Cela me permet d'adapter mes exercices, et d'adapter les consignes que je peux transmettre, afin qu'elles soient davantage comprises et pour que les patients puissent s'approprier les modalités de réalisation demandées/exigées. Elle me demande régulièrement comment s'est passé la séance, dans la dimension comportementale et motivationnelle.

- Avec le médecin MPR : on échange surtout sur la progression des patients. Mais je demande aussi parfois des explications sur les particularités des pathologies, et les contre-indications en terme d'activités. Ce qui est bien au CRF, c'est que le médecin a vraiment un œil attentif à ce qu'on fait en APA, et aux bénéfices que cela apporte à la prise en charge globale ».

En finalité, l'enseignant en APA peut être présent dans la guidance et la mise en place d'activités sportives auprès des personnes hémiplegiques. Les ergothérapeutes peuvent aussi accompagner ces activités mais un des encadrants doit toujours être formé à la pratique du sport. Cette compétence est reconnue par des diplômes en vigueur dans les spécificités. Chaque discipline sportive doit respecter des règles et consignes de sécurité, d'autant plus quand les activités sont réalisées à l'extérieur comme par exemple le kayak ou le ski.

1.3.2 Le rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé en agissant contre les limitations d'activités et les restrictions de participation sociale de l'individu. Son objectif est de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière

sécurisée, autonome et efficace ». Il aide à « prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. De ce fait, il est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (ANFE, 2012).

Le rôle de l'ergothérapeute s'inscrit dans une démarche d'autonomie fondée sur une vision holistique. En effet, l'ergothérapeute prend en compte le sujet dans sa globalité et l'intègre dans son environnement matériel et humain pour favoriser l'autonomie et l'indépendance.

La profession d'ergothérapeute est régie par un diplôme d'État attestant d'avoir les compétences professionnelles à réaliser les activités propres au métier. L'ergothérapeute doit respecter le code de la santé publique ainsi que les principes de déontologie, d'éthique et du droit français (ANFE, 2012). L'exercice est réglementé par l'article L. 4331-1 du code de la santé publique et il respecte le champ d'intervention des autres professions réglementées.

L'ergothérapeute agit sur prescription médicale et se base sur les données médicales et l'anamnèse du patient. Les prises en charge sont personnalisées et élaborées en fonction des attentes, des besoins, des envies et des projets de vie des patients. « L'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapique » (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'ergothérapeute).

L'ergothérapeute peut conseiller, adapter des éléments liés à la personne, à l'activité ou à l'environnement afin de favoriser une activité adaptée et lutter contre les situations de handicap.

De plus, il ne travaille pas seul, il collabore avec de nombreuses personnes, que ce soit avec le patient lui même mais aussi avec l'entourage de ce dernier, avec l'équipe médicale, paramédicale, médico-sociale, les revendeurs médicaux, etc. afin d'établir des projets d'intervention pertinents.

Nous avons vu que l'ergothérapeute utilise l'activité comme outil thérapeutique. Toutefois, l'activité en ergothérapie, bien qu'elle soit considérée comme un moyen est aussi une finalité thérapeutique, elle correspond à un concept central de l'ergothérapie (Meyer, 1996). Aussi, étymologiquement, le terme « ergothérapie » renvoie à l'activité. En effet, « ergon » signifie « activité », « travail » en grec. L'activité signifie : « l'exécution d'une tâche ou le fait pour

une personne de faire quelque chose » (selon la Classification Internationale du Fonctionnement) ». Aussi, « l'activité s'entend selon la définition du terme anglo-saxon à « l'occupation » : « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société » (selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'ergothérapeute). Elles comprennent notamment les soins personnels, le travail et les loisirs.

L'activité est donc au centre de la profession d'ergothérapeute, l'objectif est de rendre au patient tout ou une partie de ses possibilités d'avoir une activité. Par ailleurs, l'activité a besoin d'avoir un sens pour être constructive, et dans le cas où elle perdrait son sens elle deviendrait contraignante.

« L'activité ergothérapique n'a de sens que si elle aide le patient à retrouver son espace vital, son champ d'action, dans un milieu où les symptômes pathologiques pourront être objectivés » (Pibarot, 1981).

L'engagement du patient dans des activités signifiantes et significatives permet de développer ses capacités, d'avoir un certain contrôle sur sa vie et sur son environnement, de donner un sens à sa vie et donc d'améliorer sa qualité de vie. Une activité est dite signifiante lorsqu'elle a un sens pour la personne, et dite significative lorsqu'elle a un sens pour l'environnement social (Leontiev, cité par Rochex, 1995). Pour l'ergothérapeute, il s'agit de permettre à une personne handicapée de réaliser des activités qui sont importantes pour elle dans son environnement, car cela a non seulement un intérêt thérapeutique mais permet aussi d'améliorer la gestion du quotidien, son bien-être et sa qualité de vie.

Dans un objectif de « remise en activité », présent dès le début de la prise en charge, l'ergothérapeute se doit de prendre en compte le milieu, les conditions de vie et l'environnement de la personne. « C'est la mise en activité de la personne afin qu'elle puisse développer ses aptitudes, appréhender ses situations de handicap, se les approprier et passer de l'état de dépendance objective à celui d'une indépendance relative » (Pibarot, 1981).

Suite à un AVC, l'apparition d'un handicap va entraîner une rupture dans la vie de l'individu. L'ergothérapeute va alors essayer de comprendre l'histoire de son patient et les valeurs que ce dernier donne à ses activités quotidiennes, et notamment l'activité sportive. À savoir, celles qu'il effectuait auparavant, celles qu'il aimerait faire, comment il conçoit sa position actuelle vis à vis des différentes activités et ses projections dans l'avenir.

En centre de rééducation neurologique, l'ergothérapeute peut suivre des personnes

hémiplégiques dans le cadre d'une activité handisport. En effet, l'ergothérapeute interrogé lors de l'enquête exploratoire (*cf. annexe 2*) évoque que « lorsque l'équilibre postural le permet, les patients pratiquent la marche nordique et le tricycle à propulsion podale ou manuelle, dans un but de ré-entraînement à l'effort ». De plus, au sein de l'équipe pluridisciplinaire et dans le cadre de l'activité sportive, l'ergothérapeute a généralement « l'habitude de travailler avec le médecin, le kinésithérapeute et l'enseignant en APA ». Son action est « d'évaluer le patient hémiplégique dans un but d'orientation et de choix » (*cf. annexe 2*).

1.3.3 Question de recherche

Le thème du sport et du handicap est source de questionnements divers quant à l'accompagnement en ergothérapie. En effet, l'ergothérapeute peut choisir et mettre en place certaines activités sportives ; toutefois l'enseignant en APA, en tant que professionnel de l'activité physique et sportive auprès des personnes handicapées, a un rôle primordial dans ce domaine d'intervention. L'ergothérapeute serait donc davantage amené à travailler en équipe dans la mise en place d'activités sportives.

Le choix des activités mis en place par l'ergothérapeute est influencé par le patient, la structure, et bien sûr le thérapeute lui-même. En exerçant en institution, l'ergothérapeute va être confronté à un contexte institutionnel, fondé sur son histoire, des valeurs, des principes, des dogmes et des croyances laïques ou religieuses, ce qui apporte des ressources mais aussi des contraintes auxquelles il faudra s'adapter. De plus, le patient va également orienter le choix des activités proposées par les intervenants. Le potentiel thérapeutique d'une activité nécessite de prendre en compte l'intérêt de l'activité pour le patient et sa dimension écologique ; mais aussi l'éventuelle collaboration avec d'autres professionnels dans la mise en place de l'activité et des objectifs à atteindre pour le patient.

La suite de ce mémoire s'attachera à répondre à la question de recherche suivante :

« En quoi une collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant en APA peut-elle améliorer l'autonomie d'une personne hémiplégique dans la mise en place de l'activité sportive ? »

Cadre théorique

2.1 Les modes de fonctionnement du travail en équipe

La loi du 04 mars 2002 suppose le développement de pratiques d'accompagnement thérapeutique allant de pair avec le développement de l'interprofessionnalité. Il apparaît de plus en plus évident qu'« il devient impossible d'agir avec compétence en restant isolé et sans coopérer avec d'autres » (Le Boterf, 2004, p.9). Les professionnels d'une équipe doivent savoir communiquer et se comprendre afin d'accomplir un but commun.

Cette partie va me permettre de comprendre comment les professionnels de santé, et plus particulièrement en lien avec mon sujet de mémoire : l'ergothérapeute et l'enseignant en APA, fonctionnent et travaillent ensemble au sein d'une équipe.

2.1.1 L'interdisciplinarité

Tout d'abord, une équipe interdisciplinaire fait référence à la notion d'interdisciplinarité, qui suppose l'échange de connaissances, d'analyses et de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines : l'interaction et l'enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes. Il s'agit alors d'un transfert de méthodes d'une discipline à l'autre. Chaque professionnel conserve sa spécificité, ses concepts et ses méthodes. L'interdisciplinarité consiste donc à faire travailler ensemble des équipes issues de différentes disciplines et porteuses d'objectifs communs. De ce fait, les interactions entre les spécialistes permettent d'appréhender le patient dans sa globalité.

L'interdisciplinarité est inmanquablement liée au concept de coopération. Une équipe interdisciplinaire est un regroupement de plusieurs professionnels dont les compétences se chevauchent et s'harmonisent. Chaque professionnel coopère avec les autres pour atteindre les objectifs de l'équipe, qui utilise un dossier unique pour le patient. D'ailleurs, la Loi HPST du 21 juillet 2009 propose une modernisation globale du système de santé, et l'article 51 pose le principe général de coopération entre les professionnels de santé. En effet, les professionnels s'engagent dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des

transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Toutefois, le professionnel n'intervient que dans les limites de ses connaissances et de son expérience.

L'objectif principal d'une équipe interdisciplinaire est de prendre en compte la problématique d'un patient dans sa globalité, d'avoir une vision de groupe et donc de pouvoir apporter la réponse la mieux adaptée.

Grâce à la complémentarité et l'apport des connaissances, compétences et points de vue de chacun des professionnels de l'équipe interdisciplinaire, les besoins de la personne accompagnée seront satisfaits via une approche multidimensionnelle. Le patient, placé au centre du dispositif et des attentions, sera alors mieux pris en charge et de façon plus globale. Le principe que se donnent l'équipe repose ainsi sur des objectifs communs et la convergence de leur travail individuel.

Certaines conditions doivent être remplies pour qu'un travail interdisciplinaire soit réalisable. En effet, une démarche volontaire et le désir de travailler en équipe est fondamental pour être compétent et pour que cela fonctionne.

Certains champs de compétences sont partagés par des membres de l'équipe, il y a alors un échange des savoirs, des analyses et des méthodes, ce qui permet une vision plus riche et plus ouverte sur une situation donnée.

Une reconnaissance égalitaire de l'autre et de ses compétences est primordial, il ne doit pas y avoir de recherche de pouvoir ou de supériorité de sa propre discipline. Un respect des champs de compétences des autres professionnels de l'équipe amène à reconnaître la complémentarité de tous, au service du patient. Pour que cela fonctionne, chacun se doit de connaître la discipline de l'autre, son rôle et responsabilités. Il est nécessaire de savoir qui fait quoi, pour ne pas aboutir à des confusions, pouvant être source de malentendus, de tensions, voir de conflits. De plus, il est important de bien se connaître soi-même, de maîtriser sa discipline et d'avoir une identité professionnelle qui lui est propre, tout en restant dans une démarche d'évolution.

L'interactivité entre les membres de l'équipe, la communication et les échanges sont des éléments fondamentaux du travail en équipe. La relation est la base du travail de groupe, et l'interdisciplinarité dépend donc étroitement de chaque personnalité d'une équipe. En effet, des qualités relationnelles, comme l'ouverture d'esprit, l'écoute, la tolérance ou encore le positivisme au travail sont nécessaires au bon fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire.

Même si chaque individu à son propre caractère, il est important de réussir à garder son rôle de professionnel en trouvant un équilibre au sein de l'équipe.

L'efficacité des soins se trouve alors augmentée par la mise en place d'un encadrement professionnel favorisant le travail en interdisciplinarité. Cependant, il s'agit d'un mode d'organisation exigeant car il suppose une importante communication et une coopération active.

Dans l'interdisciplinarité, il ne s'agit donc pas seulement d'additionner les intervenants, leurs savoirs ou leurs actions, mais de réunir les conditions nécessaires à leur coopération.

2.1.2 La pluridisciplinarité

Par ailleurs, dans une équipe pluridisciplinaire, nous retrouvons une certaine complémentarité entre les différents professionnels mais, à l'inverse d'une équipe interdisciplinaire, il n'y a pas de croisement ou d'imbrication des savoirs et méthodes, chaque professionnel est autonome et peut prendre des décisions de manière indépendante. La pluridisciplinarité renvoie alors davantage au concept de collaboration. La collaboration interprofessionnelle est d'ailleurs définie par M. Robidoux (2007) comme le « lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage. Ce processus est dynamique, évolutif et complexe ». De plus, selon Goudreau et Dion (2005), la fréquence des réunions, la culture des différents professionnels, la communication, la coordination et la gestion des conflits, font partie des facteurs qui modulent la qualité de la collaboration interprofessionnelle. La collaboration repose sur le fait qu'il est nécessaire que chaque membre de l'équipe reconnaissent les compétences de l'autre. Il est important qu'ils se sentent plus compétents et plus productifs ensemble, que chacun de leur côté. La démarche de collaborer avec un ou plusieurs professionnels est un processus difficile, qui demande de grandes qualités professionnelles, mais aussi humaines.

2.1.3 La transdisciplinarité

Comme le préfixe « trans » l'indique, il s'agit de ce qui est à la fois entre et à travers les disciplines, mais aussi au delà. Cela désigne un savoir qui parcourt diverses disciplines sans se soucier des frontières. Ici, la technique est dépassée. Les professionnels acceptent l'idée d'interchangeabilité, modifient l'organisation et se centrent sur le projet de vie, sur les particularités de la personne.

Ainsi, la transdisciplinarité correspond à la mise en oeuvre d'un travail commun, engendrant une complexité qui dépasse les cadres disciplinaires et implique le renforcement et/ou l'acquisition de compétences communes (transversales) aux disciplines associées.

La transdisciplinarité se nourrit d'interdisciplinarité. Elle déborde les champs disciplinaires afin d'envisager l'objet d'étude dans sa complexité et surtout dans son caractère absolu (tel un système). Elle a donc dans l'idée de dégager des éléments transversaux à toutes les disciplines. Il s'agit là plutôt d'une utopie, mais le principe même d'essayer permet de trouver des résultats très intéressants.

La source de la notion de transdisciplinarité se trouve dans l'article de Niels Bohr (1955) sur l'unité de la connaissance. Le mot n'y apparaît pas mais la notion y est exprimée : « Le problème de l'unité de la connaissance est intimement lié à notre quête d'une compréhension universelle, destinée à élever la culture humaine » (p. 272).

L'apparition du mot « transdisciplinarité » est difficile à situer dans le temps. Toutefois J. Piaget, en 1970, cite à l'occasion d'un colloque sur l'interdisciplinarité : « Enfin, à l'étape des relations interdisciplinaires, on peut espérer voir succéder une étape supérieure qui serait « transdisciplinaire », qui ne se contenterait pas d'atteindre des interactions ou réciprocitys entre recherches spécialisées, mais situerait ces liaisons à l'intérieur d'un système total sans frontières stables entre les disciplines ». Depuis, plusieurs auteurs ont précisé leur conception de la transdisciplinarité, notamment B. Nicolescu (1993) dont la notion reste la plus élaborée. D'autre part, en novembre 1994, les participants au 1er Congrès mondial de la transdisciplinarité ont adopté une Charte, dont l'objectif principal est de « donner une orientation commune aux disciplines, de les centrer sur les besoins et les aspirations de l'Homme ».

En définitive, le travail en équipe facilite la cohérence et la continuité de l'accompagnement du patient. Il évite le chevauchement d'actions, la redondance de prestations ou la non

réponse à des attentes. Cela permet alors de réduire le risque de prise en charge incomplète, d'actes contradictoires ou d'actes répétés inutilement, au détriment d'autres actions. La cohérence des interventions permet une continuité dans l'accompagnement de la personne. Un climat de confiance peut aussi s'instaurer grâce au discours uni des professionnels de l'équipe. Chaque membre de l'équipe doit toujours garder à l'esprit la résolution de la problématique du patient afin de tendre vers son bien-être. La qualité du lien de coopération entre les professionnels sera garante de la qualité de l'accompagnement du patient.

L'ergothérapeute a toute légitimité pour intégrer l'activité sportive dans un programme de soins. D'autres professionnels, comme les enseignants en APA, ont aussi une légitimité complémentaire pour proposer l'activité sportive dans leur accompagnement. La pluridisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle dans ce cas peut alors être un gage de prise en charge globale de la personne. « Les enseignants en APA sont désormais intégrés dans le système de santé » (Fabre, 2010). Ils sont donc susceptibles de travailler en collaboration avec les ergothérapeutes, incluant le patient dans une prise en charge globale et tendant vers un but commun. L'objectif est de traiter une problématique avec une approche systémique où l'enseignant en APA et l'ergothérapeute confrontent et intègrent leurs différents savoirs. L'activité sportive, menée conjointement par un professionnel de l'APA et un ergothérapeute, peut permettre au patient de découvrir une nouvelle activité en lien avec ses attentes, besoins et envies, tout en gardant des objectifs de rééducation.

2.2 Les concepts d'autonomie et d'indépendance

Cette partie va définir les concepts d'autonomie et d'indépendance. Ainsi, cela va me permettre de comprendre comment se situe la personne hémiplegique dans ses activités, et notamment ses activités sportives, par rapport à ces deux notions.

Dans les sociétés occidentales, l'autonomie est aujourd'hui une valeur fondamentale. Elle renvoie plus ou moins clairement aux notions d'autodétermination, d'indépendance, de liberté de choix, de droits... (Leroy, Mon dossier, mon histoire, 2015).

Adant (1995) introduit dans son article sur « une réflexion autour des concepts d'indépendance et d'autonomie » : « Chacun le sait, les mots autonomie et indépendance sont très souvent utilisés dans notre travail quotidien d'ergothérapeutes. Ils sont employés l'un

comme l'autre comme des synonymes ».

Nous avons vu précédemment que le but de l'ergothérapie est de permettre aux personnes en situation de handicap de maintenir ou développer le potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale et professionnelle. Toutefois ces deux termes recouvrent deux concepts différents qui ne sont pas toujours intégrés, de façon dissociée, dans la pratique professionnelle. Ces deux notions d'autonomie et d'indépendance renvoient notamment à la liberté de choix du patient (selon la Charte de la personne hospitalisée). Ce sont deux finalités recherchées par les patients, et de ce fait au cœur des objectifs de l'ergothérapeute.

2.2.1 La notion d'autonomie

De nombreux auteurs se sont penchés sur la notion d'autonomie en reprenant le sens étymologique « auto », voulant dire soi-même, et « nomos », voulant dire la loi. De ce fait, l'autonomie peut se traduire par : « droit pour un individu de se gouverner par ses propres lois. C'est une liberté relative puisqu'elle est avec et en dépendance avec la société. Il s'agit d'un processus adaptatif interactif réciproque de la personne avec son environnement » (Sève-Ferrieu, 2008).

L'autonomie désigne une capacité cognitive à gérer sa vie selon un processus d'individuation. C'est la faculté de faire des choix librement en étant conscient de l'existence de l'autre et des limites que cela impose à sa propre liberté. Elle renvoie à la « capacité de décision, parfois qualifiée d'autonomie psychique », elle correspond à la « capacité de comprendre les informations reçues, d'envisager différentes options possibles, de mener une argumentation cohérente et de prendre des décisions de manière réfléchie » (Leroy, 2015).

Le concept d'autonomie peut ainsi être associé au fait de « vouloir », il s'agit de « l'être » et ainsi d'une conceptualisation de l'action.

Turlan, dans son article « À la recherche de l'autonomie » (1998), expose diverses approches du concept, au travers d'auteurs présentant la notion d'autonomie de différentes manières : l'approche biologique (Varela et Maturana), l'approche philosophique (Simondon et Malherbe), l'approche cognitive (Favre) et l'approche humaniste (Rogers). Ces approches montrent alors la complexité du concept. Elles mettent cependant toutes en avant la notion d'individualisation.

L'autonomie n'est pas innée, elle s'acquiert dans une relation avec son entourage. C'est

l'individu dans son groupe qui par sa démarche personnelle crée son individualité par rapport à ce groupe. C'est l'affirmation de sa propre identité.

« Devenir autonome est une dynamique interne propre à chacun mais elle ne peut s'exercer que dans la relation d'interdépendance qui relie chacun de nous aux autres et à son environnement » (Turlan 1998).

Le terme « autonomie » est un terme familier pour les ergothérapeutes. En effet, il figure très souvent comme un des objectifs principaux dans de nombreux dossiers cliniques ; il fait partie de la finalité des interventions de réadaptation auprès du patient.

L'autonomie, en lien avec la dépendance à la société, est un processus interactif d'adaptation reposant sur la capacité à choisir et à gérer sa vie en toute conscience. Elle n'est pas mesurable car elle représente une entité subjective et personnelle. Seuls des modèles en permettent l'approche. Les liens entre autonomie et projet de vie montrent l'interaction entre indépendance, interdépendance et autonomie, et combien l'évaluation de la qualité de vie est délicate.

2.2.2 La notion d'indépendance

L'indépendance est relative aux capacités fonctionnelles, neuropsychologiques voire psychiques de la personne afin de pouvoir réaliser seul les activités de la vie quotidienne. Le concept d'indépendance décrit la possibilité de réaliser une action, il se situe donc dans le « faire », le « pouvoir ».

« L'indépendance comprend un ensemble de comportements observables et potentiellement mesurables » (Adant, 1995).

Ainsi, l'indépendance renvoie à une absence de besoin des autres et s'exprime à plusieurs niveaux : c'est la capacité de se déplacer comme on le veut, d'avoir des activités et de prendre soin de soi, c'est-à-dire de façon générale, de pouvoir accomplir les actes de la vie quotidienne par soi-même. Cette capacité de se prendre en charge est qualifiée, dans le langage ordinaire, d'autonomie physique. « Le concept standard de l'autonomie implique un individu indépendant robuste, capable d'agir sans aide » (Dekkers, *Autonomy and dependence*, 2001).

À l'inverse, la dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de

s'adapter à son environnement. La qualité de la dépendance joue un rôle non négligeable dans la perte ou l'acquisition de l'autonomie.

D'autre part, Favre (1991) décrit l'interdépendance comme « un mode de relation universelle entre les êtres vivants » et il évoque que « l'indépendance dans l'univers cohérent dans lequel nous vivons n'existe pas ».

2.3 Le modèle conceptuel du Processus de Production du Handicap

2.3.1 La notion de handicap

Tout d'abord, la notion de handicap et l'élaboration d'une définition consensuelle sont nécessaires dans le but d'avoir un langage commun au niveau national et international. Ceci, afin de permettre l'analyse de données sanitaires concernant les populations mondiales.

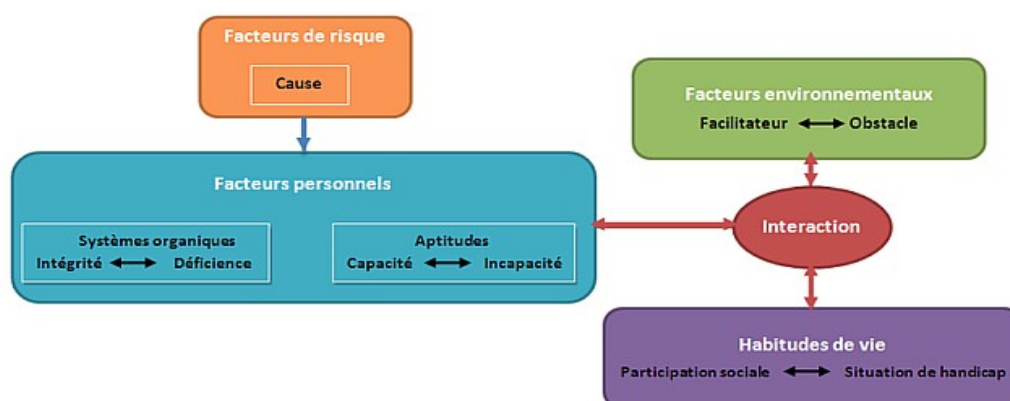
La notion de handicap a largement évolué depuis 1950, elle bénéficie actuellement d'une classification internationale aboutie. L'OMS définit actuellement le handicap comme « le résultat d'une interaction entre les déficiences physiques, sensorielles, mentales ou psychiques entraînant des incapacités plus ou moins importantes, qui sont renforcées en raison d'un environnement inadapté ou inaccessible ». Cette définition reprend en partie les notions évoquées dans la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé. En 1946, la notion de handicap est définie par la Classification Internationale des Maladies (CIM) comme une maladie, sans la prise en compte des conséquences invalidantes. Le concept de handicap, jusqu'aux années 70-80, se développe seulement dans le champ du médical et suit donc l'évolution du modèle biomédical. La notion de handicap a commencé à évoluer en 1980 avec la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, Handicaps (CIDIH), faisant référence à trois niveaux de handicap découlant d'un trouble ou d'une maladie.

2.3.2 Présentation du Processus de Production du Handicap

L'évolution de la classification du handicap s'est faite en parallèle avec l'évolution des normes internationales et avec l'évolution des représentations politiques et sociales des personnes handicapées. L'aboutissement de cette classification a notamment émergé en 1998 à travers le modèle conceptuel du Processus de Production du Handicap (P.P.H.) de P. Fougeyrollas (ci-dessous).

Ce modèle du PPH va me permettre de montrer que le niveau de réalisation des habitudes de vie d'une personne hémiplegique est déterminé par le résultat de l'interaction entre ses facteurs personnels et les facteurs environnementaux présents dans son milieu de vie, et à un moment donné dans le temps.

Aussi, les situations de participation sociale ou de handicap peuvent également évoluer en fonction des changements observés dans les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.



Le Processus de Production du Handicap est un modèle explicatif des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne.

Selon le modèle conceptuel du Processus de production du handicap, la compréhension et l'explication du phénomène du handicap repose sur l'interaction entre trois domaines : facteurs personnels, facteurs environnementaux et habitudes de vie.

Le PPH montre que la réalisation des habitudes de vie peut être influencée par le renforcement des aptitudes de la personne et la compensation de ses incapacités par la réadaptation, mais également par la réduction des obstacles dus par exemple : aux préjugés, au manque d'aide ou de ressources, à l'absence d'accessibilité du domicile ou de l'école, à la

difficulté de se procurer de l'information imprimée adaptée ou de se déplacer au moyen d'une signalisation accessible.

Ainsi, en mesurant la réalisation des habitudes de vie, il est possible d'identifier le résultat de la rencontre entre la personne et son environnement.

Le PPH est un modèle positif qui ne place pas la responsabilité du handicap sur la personne.

La composante du PPH fait apparaître les concepts de « facteurs de risque », de « systèmes organiques » et d'« aptitudes ». En effet, les facteurs de risque sont à l'origine des déficiences aux « systèmes organiques » et des incapacités liées aux « aptitudes » de la personne ou d'une population.

Ce modèle conceptuel introduit également l'idée que les « facteurs environnementaux » présents dans le milieu de la personne ou d'une population peuvent se révéler être des facilitateurs ou des obstacles.

2. Matériel et méthode

Mon objectif, à travers ce mémoire, est de comprendre de quelle manière l'ergothérapeute et l'enseignant en APA collaborent à travers la mise en place d'une activité sportive auprès de patients hémiplegiques.

L'objectif de ce chapitre est de développer la démarche de recherche qui me permettra de répondre, par la suite, à ma question de recherche. En premier lieu, j'expliquerai la méthode choisie, puis dans un second temps, le choix de la population étudiée, pour enfin terminer par présenter l'outil de recherche qui sera utilisé.

Pour rappel, ma question de recherche, vu précédemment, est la suivante : « *En quoi une collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant en APA peut-elle améliorer l'autonomie d'une personne hémiplegique dans la mise en place de l'activité sportive ?* »

2.1 Le choix de la méthode

L'objectif de cette étude est de montrer qu'elles sont et qu'elles peuvent être les actions de l'ergothérapeute auprès des personnes hémiplegiques dans la mise en place d'activités sportives, en lien avec le travail de l'enseignant en APA.

Je vais tout d'abord chercher à connaître et à analyser le vécu, les besoins, les envies, les demandes et les facilitateurs et les obstacles d'une personne hémiplegique dans la pratique d'activités sportives. Dans un deuxième temps, j'explorerai le rôle qu'a l'ergothérapeute auprès de ces personnes par rapport à ce type d'activités. C'est donc une recherche d'informations de type qualitatif qui m'intéresse ici. Le choix de la méthode clinique me paraît donc le plus pertinent et le plus adapté parmi les autres méthodes pour cette étude, car c'est une méthode qualitative centrée sur la personne et son discours.

La méthode différentielle ne me semble pas appropriée car elle étudie la variabilité des comportements des sujets vivant le même phénomène. Elle est centrée sur ce qui différencie les sujets en tenant compte de facteurs intrinsèques ou extrinsèques. Elle propose à partir de la recherche de corrélations entre des variables individuelles, de repérer des catégories de fonctionnement des sujets.

D'autre part, la méthode expérimentale faisant appel à l'observation directe, à la constatation

et à l'expérience n'est également pas en accord avec ma recherche de données. Elle produit une ou plusieurs explications généralisables des phénomènes par des savoirs objectivés. Pour cela, elle s'appuie sur les résultats du test d'une « hypothèse théorique ». L'hypothèse met en relation de cause à effet une ou plusieurs variables indépendantes et une ou plusieurs variables dépendantes. Dans ce mémoire, je ne pose pas d'hypothèse, cette méthode n'est donc pas adaptée.

La méthode clinique, que je souhaite utiliser, produit des savoirs sur un phénomène à partir du récit des sujets. L'objectif principal est d'acquérir de nombreuses informations sur les personnes interrogées. C'est donc une méthode exploratoire utilisée quand les connaissances sur le sujet sont insuffisantes, ce qui est le cas concernant mon sujet de mémoire. Cela me semble être cohérent par rapport à ce que je recherche, c'est à dire connaître les actions de l'ergothérapeute et l'enseignant en APA dans l'activité sportive auprès de personnes hémiplegiques. Le chercheur en méthode clinique s'intéresse à la parole du sujet qu'il écoute dans son expérience de la santé. Il découvre des éléments d'un cas clinique à partir d'un travail d'interprétation du récit singulier du sujet se racontant et ayant la possibilité, notamment dans l'entretien clinique, de communiquer son point de vue, sa vérité. L'intérêt majeur de la méthode clinique est donc la prise en compte de l'individu dans sa totalité. Elle a l'avantage de laisser ce dernier s'exprimer par rapport à son vécu et sa situation.

De plus, la méthode clinique met en jeu les rapports entre individus, ce qui est cohérent avec mon sujet de mémoire en ce qui concerne la collaboration entre deux professionnels de santé : l'ergothérapeute et l'enseignant en APA. D'autre part, elle va me permettre d'utiliser les outils nécessaires pour mener à bien cette enquête et ainsi obtenir des données pertinentes répondant à ma question de recherche. Cette méthode est le plus souvent utilisée pour étudier le fonctionnement d'un individu et l'analyser pour mieux le comprendre. Le point commun de toute recherche clinique réside dans le fait que l'objet de l'étude est toujours une personne, un sujet individuel.

Le but de la méthode clinique est de laisser le plus possible de place au sujet, de le laisser parler le plus librement possible, en essayant d'intervenir le moins souvent possible.

Pour terminer, l'analyse et l'interprétation d'un problème par la méthode clinique se centre sur la singularité et sur l'histoire du sujet. Son objet est l'étude de la conduite humaine incluant les dimensions sociales ou l'impact de l'environnement.

2.2 La population interrogée

Mon étude vise à mettre en évidence la collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant en APA, mettant en place une activité sportive pour des personnes hémiplegiques. De cette façon, cela engage les compétences de l'ergothérapeute et celles de l'enseignant en APA, ainsi que leurs implications dans cette activité. Mon but est alors de recueillir des points de vue différents. Pour cela je souhaiterais réaliser mes entretiens avec trois types de personnes : un ergothérapeute, un enseignant en APA et un usager (patient hémiplegique).

Tout d'abord, le choix de la population à interroger s'est affiné à partir du souhait de recueillir le vécu et le ressenti de personnes hémiplegiques. Leurs réponses vont me permettre, notamment, de cerner les actions de l'ergothérapeute à travers les activités sportives. L'interrogation d'un patient va révéler des éléments à partir de son vécu, de ses ressentis et des attentes afin de répondre à ma question de recherche. Pour correspondre au mieux à mon sujet, la personne hémiplegique interrogée devra répondre à certains critères d'inclusion. En effet, dans le groupe « usager », la personne hémiplegique à interroger doit être en situation de handicap causé par un AVC, ayant déjà travaillé avec un enseignant en APA et un ergothérapeute, et pratiquant (ou avoir déjà pratiqué) une activité sportive. De plus, j'exclue les personnes qui n'ont pas encore assez de recul sur l'activité et sur leur traumatisme, c'est à dire celles dont l'AVC est trop récent.

En ce qui concerne, le groupe « professionnels » : ergothérapeute et enseignant en APA. La personne interrogée doit être, un ergothérapeute ou un enseignant en APA, diplômé d'état qui, durant son parcours, a travaillé auprès de patients hémiplegiques et dans une structure embauchant un enseignant en APA pour l'ergothérapeute, et un ergothérapeute pour l'enseignant en APA. J'exclus les professionnels de santé qui n'ont jamais travaillé avec des personnes hémiplegiques.

2.3 La présentation de l’outil

2.3.1 Choix de l’outil

L'entretien clinique est un des outils privilégiés de la méthode clinique, il permet d'accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences...) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La formulation des questions donnera des informations qualitatives qu'il faudra ensuite travailler pour leur donner du sens. Le chercheur devra toutefois rester vigilant quant au recueil et traitement des informations récoltées car la quantité relative de données recueillies exigera un tri, dont l'enjeu principal sera de maintenir des résultats valides. Les entretiens que le chercheur aura avec ses interlocuteurs seront enregistrés puis retranscrits plus tard, afin de les analyser et interpréter les propos recueillis dans des conditions sereines et distancées.

L'entretien clinique s'intéresse entièrement à l'aspect qualitatif des données recueillies. Une base d'entretien est réalisée, de façon à établir une trame à propos des points-clés à aborder, et ne pas en omettre au cours de l'échange. Toutefois, l'entretien reste principalement guidé par les réponses de la personne interviewée. L'intérêt est d'obtenir des données les plus objectives possible, les questions ouvertes laissent libre cours à l'expression et empêchent d'influencer les réponses. Aussi, les relances et incitations à la justification sont nécessaires pour enrichir le recueil d'informations récoltées et approfondir le sujet traité.

Quatre principes sont essentiels au bon déroulement d'un entretien clinique :

- La centration sur le sujet, c'est-à-dire la position du chercheur visant la production par la personne interrogée d'un discours auto-référentiel.
- La non-directivité, faisant référence à l'attitude du clinicien. Ce dernier doit faciliter la liberté de parole du sujet par des interventions ne visant pas à diriger le discours mais à soutenir l'acte de parole (Rogers, 1942 ; Pagès, 1965-1968).
- La neutralité bienveillante qui suppose que le clinicien s'abstient de tout jugement et de prise de position idéologique.
- L'empathie, c'est-à-dire la capacité à comprendre ce qu'une personne vit, il convient de pouvoir s'identifier à elle tout en restant soi-même. Cette notion a été décrite par C. Rogers dans le cadre de la relation d'aide et renvoie à la réceptivité aux sentiments vécus par le sujet et à la capacité verbale d'en communiquer la compréhension.

2.3.2 Construction des matrices théorisées

Les matrices théorisées issues de ma problématique théorique font référence au modèle conceptuel du PPH, aux modes de fonctionnement du travail en équipe, et au concepts d'autonomie et d'indépendance.

Ces matrices sont présentées sous la forme de tableaux composés de quatre colonnes : théorie, modèle ou concept ; critères ; indicateurs et indices (*cf. annexe 3*). Elles ont été développées afin de réaliser mes grilles d'entretien (*cf. annexe 4*). Ainsi, elles vont me permettre de collecter et de traiter des données à travers mes questions d'entretien.

2.3.3 Construction et passation des entretiens

Mon choix s'est porté sur l'entretien semi-directif car il permet la liberté de parole de la personne interrogée et donc d'avoir une démarche d'ouverture tout en gardant un cadre.

La passation s'est faite sous la forme d'entretiens téléphoniques (indirects). Ces derniers se sont déroulés en trois phases : tout d'abord une phase d'introduction (explicative), suivie d'une phase de questions, et pour terminer par une phase de conclusion. Avant de débiter mes entretiens, je me suis présentée, en rappelant également le thème de mon travail de recherche mais sans pour autant leur donner mon sujet de mémoire, afin que les personnes interviewées ne soient pas influencées. D'autre part, je leur ai demandé l'autorisation de les enregistrer grâce à un dictaphone, en précisant que l'entretien resterait anonyme.

Je débute donc l'entretien par une présentation, me concernant et concernant le déroulement de l'entretien (cela n'est pas retranscrit en annexes). Puis la phase d'interrogation commence par des questions signalétiques afin de mieux connaître les sujets. Puis, cinq questions principales sont posées, possédant chacune des questions de relance afin de reprendre et dynamiser la discussion en cas de réponse jugée trop incomplète. Ces questions sont des questions ouvertes pouvant laisser la personne interrogée parler librement. De plus, une question est posée pour clôturer l'entretien, ressemblant à ma question de recherche, et me permettant aussi de terminer sur une ouverture. Lors de la phase de conclusion, je remercie la personne en lui précisant que je reste disponible pour toute autre question et que si elle le désire je pourrai lui transmettre ce mémoire une fois terminé.

2.3.4 Élaboration des questions d'entretien

La grille d'entretien (*cf. annexe 4*) débute par des questions préalables, appelées également questions signalétiques, elles sont énoncées dans le tableau suivant :

Professionnels : Ergothérapeute/Enseignant en APA	Usager : Personne hémiplegique
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quel âge avez-vous ?</i> • <i>Depuis combien d'année exercez-vous en tant qu'ergothérapeute/enseignant en APA ?</i> • <i>Pratiquez-vous à titre personnel un ou plusieurs sports ? Si oui, lesquels ? Depuis combien d'années ?</i> • <i>Avez-vous des formations spécifiques dans le domaine du sport ? Si oui, lesquelles ?</i> • <i>Dans quelles circonstances avez-vous travaillé auprès de personnes hémiplegiques ?</i> • <i>Quelles activités sportives et non sportives avez-vous eu l'occasion de proposer aux personnes hémiplegiques ?</i> • <i>Avez-vous déjà travaillé avec un enseignant en APA/ergothérapeute ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quel âge avez-vous ?</i> • <i>Pouvez-vous, si vous êtes d'accord, me parler des circonstances de la survenue de votre AVC ? À quel âge cela s'est-il produit ? Dans quel centre de rééducation avez-vous été suivi à ce moment là ?</i> • <i>Quelle est votre plus grande difficulté par rapport à votre hémiplegie ?</i> • <i>Dans le cadre du handisport, quelle(s) activité(s) faites-vous ?</i> • <i>Est-ce une activité que vous faisiez avant votre accident ?</i>

Les questions signalétiques vont ensuite me permettre de questionner la personne par le biais de questions ouvertes (*énoncées dans les tableaux suivants*) en lien avec les matrices théorisées (*cf. annexe 3*).

Question 1 :

Professionnels : Ergothérapeute/Enseignant en APA	Usager : Personne hémiplegique	Mise en lien avec la matrice théorisée
<i>Quel accompagnement proposez-vous à un patient hémiplegique ?</i>	<i>Après votre AVC, avec quels professionnels de santé avez-vous eu l'occasion de travailler ?</i>	Les modes de fonctionnement du travail en équipe

Question 2 :

Professionnels : Ergothérapeute/Enseignant en APA	Usager : Personne hémiplegique	Mise en lien avec la matrice théorisée
<i>Comment choisissez-vous les activités pour vos patients hémiplegiques ?</i>	<i>Pour quelles raisons pratiquez-vous une activité sportive ?</i>	Le modèle du P.P.H.

Question 3 :

Professionnels : Ergothérapeute/Enseignant en APA	Usager : Personne hémiplegique	Mise en lien avec la matrice théorisée
<i>Quels sont les professionnels qui coordonnent la mise en place des activités sportives ?</i>	<i>Qui coordonne la mise en place d'activités sportives ?</i>	Les modes de fonctionnement du travail en équipe

Question 4 :

Professionnels : Ergothérapeute/Enseignant en APA	Usager : Personne hémiplegique	Mise en lien avec la matrice théorisée
<i>Quels sont les objectifs visés dans la mise en place de l'activité sportive auprès des patients hémiplegiques ?</i>	<i>Comment percevez-vous l'apport de l'activité sportive dans votre vie quotidienne ?</i>	Le modèle conceptuel du P.P.H.

Question 5 :

Professionnels : Ergothérapeute/Enseignant en APA	Usager : Personne hémiplegique	Mise en lien avec la matrice théorisée
<i>En terme d'autonomie et d'indépendance, quels bénéfices de l'activité sportive percevez-vous dans la vie quotidienne pour une personne hémiplegique ?</i>	<i>En terme d'autonomie et d'indépendance, quels bénéfices de l'activité sportive percevez-vous dans votre vie quotidienne ?</i>	Les concepts d'autonomie et d'indépendance

Pour conclure :

Professionnels : Ergothérapeute/Enseignant en APA	Usager : Personne hémiplegique
<i>En quoi la collaboration entre l'ergothérapeute/l'enseignant en APA et vous permet-elle d'améliorer votre travail ?</i>	<i>En quoi la collaboration entre un ergothérapeute et un enseignant en APA serait-elle bénéfique ? Qu'aimeriez-vous améliorer lors des séances sportives ?</i>

2.3.5 Protocole de passation

Je n'ai pas pu rencontrer les personnes à interroger : ergothérapeute et enseignant en APA, car la distance qui nous séparait était trop importante. Les deux conversations ont donc été enregistrées grâce à mon téléphone portable, sous la forme de fichier audio (MPEG-4). Je les ai ensuite intégralement retranscrits sous forme texte (OpenOffice).

Les retranscriptions complètes des deux entretiens se trouvent en annexes (*cf. annexes 5 et 6*). D'autre part, l'identité des personnes interviewées est restée anonyme afin qu'elles puissent s'exprimer librement. La durée des deux entretiens a varié selon les personnes : l'enseignant en APA : 33 min 28 et l'ergothérapeute : 25 min 33.

3. Résultats

3.1 Présentation de l'échantillon

Pour mes entretiens, j'ai pu trouver deux personnes répondant à mes critères d'inclusion, il s'agit d'un enseignant en APA et d'un ergothérapeute. Dans un premier temps, je présenterai ces deux personnes en me servant des réponses données aux questions signalétiques des entretiens.

Enseignant en APA : J'ai réalisé mon premier entretien (*cf. annexe 5*) auprès de Monsieur B, par téléphone. Agé de 29 ans, Monsieur B est enseignant en APA près de Nîmes, il a obtenu son diplôme en 2008 et travaille au sein d'un Centre de Rééducation Fonctionnelle. Il pratique, à titre personnel, le handball depuis une quinzaine d'années et le karaté depuis 20 ans. Il possède d'ailleurs un Brevet d'État de natation (maître nageur sauveteur) et un diplôme d'instructeur fédéral en karaté. Au sein du CRF, il travaille, de façon régulière, avec des personnes hémiplegiques. Il leur propose diverses activités sportives, comme la marche nordique, l'escalade, le basket, la lutte adaptée et des parcours d'équilibre. Il utilise également la réalité virtuelle en activité physique adaptée (golf et tennis essentiellement). D'autre part, Monsieur B travaille régulièrement avec les ergothérapeutes du centre, ce qui va être très intéressant pour mon étude.

Ergothérapeute : J'ai réalisé mon deuxième entretien (*cf. annexe 6*) auprès de Madame M, par téléphone. Agé de 57 ans, Madame M est ergothérapeute en Lozère. Diplômée il y a 35 ans, elle travaille depuis plusieurs années dans un Centre de Rééducation Fonctionnelle. Elle ne pratique pas de sport à titre personnel. Elle n'a pas de formation spécifique dans le domaine du sport mais a suivi une formation : « Posture, équilibre, motricité » il y a quelques années. Elle travaille auprès de personnes hémiplegiques au sein du centre de rééducation fonctionnelle. En tant qu'ergothérapeute, elle ne propose pas d'activités sportives à ces patients. Elle travaille au quotidien avec les deux enseignants en APA du centre, notamment lors des réunions d'équipe, mais pas dans la mise en place d'activités sportives.

3.2 Analyse qualitative des données

L'analyse qualitative consiste à analyser le discours recueilli, elle reprend les questions et les réponses brutes des deux entretiens retranscrits. Les réponses sont ensuite comparées afin de pouvoir faire ressortir les idées communes. Les mots écrits en italique sont ceux des personnes interrogées. Les numéros de lignes entre parenthèses et en italiques font références aux annexes 5 et 6 correspondant aux deux entretiens. .

3.2.1 Analyse de la question 1

Quel accompagnement proposez-vous à un patient hémiparétique ?

Réponse de l'enseignant en APA : L'équipe du *plateau technique* (en rééducation) qui gravite autour de la prise en charge du patient hémiparétique est composée du *médecin MPR, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de psychomotriciens, d'enseignants en APA et d'une neuropsychologue (35 à 37)*. Les patients sont vus 1 à 2 fois par jour par les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes selon leur fatigabilité. Ce sont généralement ces deux professionnels qui les voient les plus, les enseignants en APA les prennent en charge plutôt 1 fois par jour mais, selon Monsieur B, *l'équipe essaye toujours de s'arranger (42-43)*. Chaque professionnel voit tout d'abord le patient individuellement, puis lors de la réunion avec tous les acteurs en charge sur le plateau technique (le médecin y compris) ils définissent les *axes de travail (54 à 56)* en rééducation. De plus, Monsieur B dit beaucoup échanger avec ses collègues afin qu'ils sachent ce qu'il fait en APA (59-60).

Réponse de l'ergothérapeute : L'équipe est pluridisciplinaire, il s'agit d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, d'enseignants en APA, d'une orthophoniste, d'une psychologue et d'une diététicienne (à la demande pour les deux dernières)(256 à 258). Des réunions se déroulent trois matinées par semaine, en présence du médecin (qui présente les nouveaux patients arrivés au centre) et de toute *l'équipe pluridisciplinaire*. Chaque patient est vu *1 fois par semaine* en présence des professionnels de santé *qui l'entourent (269-272)*. Le rôle de l'ergothérapeute est tout d'abord, à l'arrivée du patient, l'installation en chambre, en fauteuil, et la proposition d'aides techniques si besoin. Ensuite, sur prescription médicale, est proposé un

travail de rééducation, de stimulation neuro-motrice, en vue après vers un travail de réadaptation et d'un retour à domicile (visites, propositions d'aménagements du domicile) (260 à 264). L'ergothérapeute prend en charge chaque patient 1 à 2 fois par jour selon les disponibilités, entre trois quart d'heure et une heure. Madame M dit que depuis que c'est rajouté les activités APA, le nombre de séances quotidiennes pour le patient a été multiplié, il bénéficie en plus de la balnéothérapie, de l'atelier marche, de l'éveil musculaire et de l'atelier équilibre. *Les enseignants en APA prennent le relais de la rééducation (275 à 287).*

Question 1 : Quel accompagnement proposez-vous à un patient hémiparalysé ?

Enseignant en APA	Ergothérapeute
Équipe	Rééducation
Réunions	Réadaptation
Axes de travail	Retour à domicile
Entente	Réunions d'équipe
Rééducation	Pluridisciplinaire

Le travail d'équipe pluridisciplinaire est présent dans la prise en charge du patient hémiparalysé. Chaque professionnel de l'équipe a un travail propre à ses compétences tout en sachant communiquer avec les autres membres de l'équipe. Le cadre est défini afin d'accompagner au mieux, dans la structure et à la sortie, la personne hémiparalysée. On retrouve des similitudes quant à la prise en charge de ces patients.

3.2.2 Analyse de la question 2

Comment choisissez-vous les activités pour vos patients hémiparalysés ?

Réponse de l'enseignant en APA : Monsieur B dit toujours s'organiser pour aller voir les bilans des autres professionnels qui ont été fait avant de proposer une activité (51). Il utilise essentiellement comme bilans : le Tinetti, le Get up and Go et des tests de marche « maison » avec des parcours d'obstacles, *afin d'évaluer la personne et de savoir si elle peut venir sur la*

marche nordique par exemple (89 à 92). Il dit que les évaluations doivent servir à quelque chose derrière, à se rendre compte de quelque chose (96-97). Lors de réunions, le médecin peut parfois émettre des contre-indications qui sont à prendre en compte lors des activités. Au départ il y avait une équipe en place, sans enseignant en APA et donc sans activités physiques adaptées, c'était les kinésithérapeutes qui faisaient certaines choses (balnéothérapie, jeux d'équilibre, travail de lancer, proprioception ludique...)(62 à 71). Par rapport au choix de l'activité sportive, Monsieur B dit ne pas proposer tout de suite aux patients un sport qu'ils avaient l'habitude de pratiquer avant leur accident, pour ne pas les mettre en échec (74-75). Cependant, il leur laisse toujours le choix (81-82) mais toujours en les orientant vers telle ou telle activité adaptée. Il souhaite toujours garder un côté ludique dans l'APA avec une notion de plaisir (85-86).

Réponse de l'ergothérapeute : Les enseignants en APA ne font pas de sport avec les patients mais plutôt des ateliers, comme des ateliers d'équilibre et musculaire. Toutefois, une fois par semaine, ils proposent une « initiation à l'activité sportive » où les patients peuvent être initiés à la pratique d'une activité sportive (fléchettes, sarbacane, ping-pong...)(281 à 288). *C'est l'occasion de mixer les gens, les pathologies, de les faire se rencontrer (286).* Pour ces activités, ce sont seulement les enseignants en APA qui les proposent selon un *mode d'affichage et sur la base du volontariat (290-291)* pour les patients. Selon Madame M, *la plupart du temps ce sont des personnes qu'ils côtoient déjà dans les autres ateliers, ça a plus un abord ludique que de réadaptation (292).* Madame M utilise systématiquement la MIF (295), ainsi que des bilans gestuel du membre supérieur, de préhension, de force, mais *pas forcément de bilans spécifiques pour les patients hémiplegiques (297 à 299).* C'est le kinésithérapeute qui fait un bilan global de l'hémiplegie (299-300). *L'enseignant en APA fait faire le Tinetti, le Get up and Go, et a aussi des bilans prescrits par le médecin, plus orientés sur l'équilibre, le transfert assis-debout et la marche (303 à 305).*

Question 2 : Comment choisissez-vous les activités pour vos patients hémipariés ?

Enseignant en APA	Ergothérapeute
Bilans	Ateliers
Évaluation	Initiation
Choix	Bilans
Orientation	Volontariat
Plaisir	Affichage

On peut donc constater que le choix et la mise en place de l'activité sportive pour les personnes hémipariés se fait de manière différente en fonction des personnes interrogées. Cela amène à penser que c'est une activité qui n'est pas restreinte dans sa mise en place.

3.2.3 Analyse de la question 3

Quels sont les professionnels qui coordonnent la mise en place des activités sportives ?

Réponse de l'enseignant en APA : Monsieur B dit être « autonome » au niveau de la coordination et du fonctionnement, et avoir une vraie liberté dans la mise en place de l'activité sportive (mise à part les contre-indications que pourrait émettre le médecin)(120 à 122). Il évoque le fait de suivre des lignes directrices au niveau neurologiques et d'ensuite justifier ses choix d'activités auprès du médecin et des autres professionnels de santé en réunion (126 à 128). Monsieur B travaille en situation de collaboration avec l'ergothérapeute sur 2 ou 3 temps par semaine (notamment lors d'ateliers en commun)(149 à 151). À ce moment là, l'ergothérapeute est présent pendant le déroulement de l'activité sportive du fait, notamment, de ses connaissances concernant les troubles associés à l'AVC et d'être le « spécialiste » du fauteuil roulant. Il donne des indications, des consignes ou la manière d'organiser l'environnement durant les séances (136 à 139). Aussi, il intervient, par exemple, lors des activités piscine, au sujet de l'habillage et du déshabillage, de l'activité escalade, d'ateliers équilibre. De plus, il évalue en même temps, les patients en situation (141-142). L'ergothérapeute prend donc part aux activités mais selon Monsieur B, chacun à son propre

champ de compétences (143). Cette collaboration permet dans la pratique de Monsieur B *de s'ajuster et de faire les choses différemment (149)*. L'enseignant en APA travaille moins fréquemment en collaboration avec les kinésithérapeutes, ces derniers interviennent seulement dans le cas d'une *hémiplegie massive* nécessitant une *vigilance particulière (151 à 153)*. Concernant le rôle de l'ergothérapeute, Monsieur B pense qu'il pourrait *préparer la suite, prendre le relais, afin de réinsérer la personne, la rediriger, lui susciter l'envie d'aller vers des clubs de loisirs ou des clubs sportifs*. Je pense qu'il y aurait un *vrai rôle dans la réadaptation, dans l'orientation et dans la réinsertion* de la personne hémiplegique (160 à 165).

Réponse de l'ergothérapeute : L'enseignant en APA est le seul professionnel à coordonner la mise en place d'activités sportives (307). Le kinésithérapeute peut envoyer un patient ayant une *prescription APA* vers l'enseignant en APA et lui *transférer des informations (308)* mais il n'y a pas de collaboration (312) durant l'activité sportive. Madame M dit intervenir ponctuellement, voir rarement, mais cela peut être pour la *réalisation d'aides techniques, d'adaptations, comme un support pour une sarbacane, ou améliorer une préhension (315-317)*. Elle pense toutefois que l'ergothérapeute a un rôle a joué dans le cadre de l'activité sportive et plus particulièrement au niveau des *aides techniques (321)*, de confection d'*orthèses particulières*, donc un *rôle d'adaptation (325)* principalement, mais aussi un rôle concernant l'*évaluation* et le *conseil* (pour des exercices ou pour l'installation d'appareils de musculation)(326).

Question 3 : Quels sont les professionnels qui coordonnent la mise en place des activités sportives ?

Enseignant en APA	Ergothérapeute
Liberté	Enseignant en APA
Collaboration	Informations
Ergothérapeute	Aides techniques
Compétences	Adaptations
Indications	Évaluation
Ajustement	Conseil

On peut constater que la coordination de la mise en place de l'activité sportive peut être réalisée dans un cas seulement par l'enseignant en APA, ou dans un autre en collaboration avec l'ergothérapeute principalement. Selon les entretiens, le rôle des intervenants diffère mais quand la question du rôle d'un ergothérapeute dans la mise en place de l'activité sportive est posée, ils s'accordent à mettre en évidence son importance. Il en ressort alors que l'ergothérapeute a un rôle à jouer, que ce soit dans la réadaptation, l'orientation, l'insertion, la réalisation d'adaptations sportives, comme dans l'évaluation du patient ou le conseil avant la pratique d'un sport.

3.2.4 Analyse de la question 4

Quels sont les objectifs visés dans la mise en place de l'activité sportive auprès des patients hémiplésiques ?

Réponse de l'enseignant en APA : Les objectifs visés par l'enseignant en APA dans la mise en place de l'activité sportive concernent, tout d'abord, les capacités motrices, comme gagner en *amplitude articulaire, en force musculaire, en endurance*. Il évoque également une *récupération des capacités cardio-respiratoires (réentraînement à l'effort, conditionnement physique)*(169 à 171). Il dit que, contrairement au kinésithérapeute qui va *agir sur un groupe musculaire*, lui, va *utiliser les choses au sens global comme lors des ateliers de proprioception* par exemple (110 à 112). D'autre part, il y a la dimension psycho-sociale, du fait que ce soit des activités de groupe. Il y a donc *l'émergence du sentiment d'appartenance à un groupe, le plaisir de partager une activité avec d'autres, la confiance, l'envie d'avancer et le sentiment de compétences* (capacité de pouvoir refaire des choses même en ayant un handicap)(173-174). Monsieur B parle également de la *notion de plaisir* comme étant *primordial* (113) et que la *relaxation* (103) est aussi un des objectifs visés dans l'APA. Par ailleurs, au niveau de la *charge émotionnelle*, il trouve que c'est *intéressant car les patients se trouvent sur un fort terrain anxigène* (178-179).

Réponse de l'ergothérapeute : Selon Madame M, la mise en place de l'activité sportive permettrait, sur un plan psychologique : la *valorisation* et *l'estime des soi* ; sur le plan social : la *sociabilisation* et *l'émulation par le groupe* ; sur un plan moteur : le *ré-entraînement à*

l'effort, la coordination, la poursuite oculaire, la mémoire et le repérage dans l'espace, mais aussi de faire travailler les fonctions supérieures (ex : l'héminégligence)(330 à 334).

Question 4 : Quels sont les objectifs visés dans la mise en place de l'activité sportive auprès des patients hémipariés ?

Enseignant en APA	Ergothérapeute
Récupération	Valorisation
Gain	Estime de soi
Global	Sociabilisation
Groupe	Réentraînement à l'effort
Plaisir	Coordination
Confiance	Mémoire

L'apport de l'activité sportive peut être bénéfique sur de nombreux aspects, tant sur le plan moteur que sur le plan cognitif mais les personnes interrogées font ressortir des entretiens également l'aspect social, psychologique et personnel. L'activité sportive serait alors aussi un moyen de réadaptation, de réinsertion et d'intégration sociale.

3.2.5 Analyse de la question 5

En terme d'autonomie et d'indépendance, quels bénéfices de l'activité sportive percevez-vous dans la vie quotidienne pour une personne hémipariée ?

Réponse de l'enseignant en APA : L'activité sportive demande à la personne hémipariée certaines choses, comme se mettre en *équilibre debout*, d'avoir des *mouvements d'amplitude*, de *coordination*, de *dissociation segmentaire*, etc (184-185). En parallèle, cette personne, chez elle, va, par exemple, pouvoir faire la cuisine debout ou des tâches de la vie quotidienne. Il est donc possible de *rapporter ce qui est fait en APA et de le transposer* sur la vie de tous jours du patient (187). Selon Monsieur B, *les bénéfices sont très importants* (188) et grâce à la pratique sportive les patients ont *gagné en autonomie et en indépendance* (191). Il dit que l'APA est un *maillon de la chaîne* (192) et que chaque professionnel, selon son domaine d'actions, a une

manière de faire, mais garde les *objectifs généraux (194)*, communs à tous les intervenants, et notamment celui de donner à la personne le *moyen de récupérer un maximum de capacités (194-195)*. Ceci, afin d'améliorer l'autonomie et l'indépendance des patients hémiplésiques. L'enseignant en APA évoque également le cas d'anciens patients qui se sont inscrits dans un club handisport après avoir bien récupéré en centre de rééducation (*199 à 202*).

Réponse de l'ergothérapeute : Selon Madame M, ces personnes vont *énormément gagner (337)* en indépendance et en autonomie grâce à l'activité sportive. Elle évoque notamment le fait de *gagner en équilibre (338)*. De plus, elle constate que les patients qui passent en activités APA *progressent rapidement (339)*. En ce qui concerne le quotidien, elle prend l'exemple du *franchissement des escaliers* et elle imagine qu'en *franchissant des obstacles (340-341)* avec l'enseignant en APA, les patients *prennent de l'aisance (340)*, et que par conséquent cela permet d'*améliorer leur autonomie et leur indépendance (344)*. Elle évoque de la même manière l'habillage. D'autre part, l'ergothérapeute fait aussi référence à la *stimulation au niveau du plaisir (342)*.

Question 5 : En terme d'autonomie et d'indépendance, quels bénéfices de l'activité sportive percevez-vous dans la vie quotidienne pour une personne hémiplésique ?

Enseignant en APA	Ergothérapeute
Gagner	Progression
Récupération	Aisance
Amélioration	Amélioration
Transposer	Gagner
Activités quotidiennes	Stimulation
Handisport	Plaisir

Il ressort des deux entretiens que les bénéfices de l'activité sportive sont évidents et se répercutent sur les activités de la vie quotidienne. En effet, l'activité sportive permet un gain d'autonomie et d'indépendance non négligeable dans la vie de tous les jours des patients hémiplésiques.

4. Discussion des données

La discussion des données a pour objectif de répondre à ma question de recherche : « *En quoi une collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant en APA peut-elle améliorer l'autonomie d'une personne hémiplegique dans la mise en place de l'activité sportive ?* ».

Pour cela, elle s'appuie sur la problématique pratique et le cadre théorique, sur les matrices théorisées, ainsi que sur l'analyse des entretiens.

4.1 Interprétation des résultats et réponse à la question de recherche

Tout d'abord, on peut constater au travers des réponses données par les deux professionnels interrogés que les activités sportives sont bénéfiques tant au plan moteur qu'au plan psychosocial pour les personnes hémiplegiques. Cela fait référence au concept d'indépendance et au modèle du PPH concernant les facteurs personnels. Lors des entretiens, il en ressort alors que l'activité sportive apparaît être un moyen satisfaisant sur l'aspect rééducation et réadaptation pour ces personnes. Les bénéfices de l'APA en centre de rééducation peuvent être transposés aux activités de la vie quotidienne et permettre, de ce fait, d'améliorer l'autonomie et l'indépendance du patient hémiplegique. Les notions de plaisir et de bien être sont également mises en avant, ce qui nous amène, de nouveau, aux facteurs personnels du PPH.

Mes entretiens ont aussi fait ressortir le côté enrichissant que l'ergothérapeute pouvait avoir, grâce à ses connaissances sur les troubles associés à l'AVC, à son travail orienté essentiellement sur le quotidien des patients, ainsi qu'à ses compétences en lien avec le matériel technique, l'évaluation et la prise en compte de l'environnement.

L'ergothérapeute peut donc avoir un rôle dans l'adaptation du matériel sportif et l'aménagement de l'environnement physique, en lien avec les capacités et incapacités des personnes hémiplegiques. L'une des sous-compétences de la compétence 2 du référentiel : « préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité » répond d'ailleurs à cela. En effet, les adaptations permettent de faciliter l'activité et de rendre ainsi la personne plus indépendante et plus autonome. La référence aux concepts

d'autonomie et d'indépendance peut ainsi être faite.

De plus, des éléments lors des entretiens font référence à l'évaluation du patient avant de proposer des activités sportives à ce dernier. En effet, une prise en charge en ergothérapie débute toujours par une phase d'évaluation qui fait appel à la compétence 1 du référentiel de compétences de l'ergothérapeute : « évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique ». Cela peut permettre à l'ergothérapeute d'évaluer le patient sur ces capacités et incapacités, ainsi que son désir et sa motivation envers la pratique d'une ou plusieurs activités sportives.

Il est possible de dire que le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place de l'activité sportive auprès de patients hémiplegiques est principalement orienté vers la réalisation d'adaptations du matériel sportif et l'évaluation, mais aussi le conseil en aides techniques et l'organisation d'un environnement propice à l'activité physique adaptée.

D'autre part, la coopération entre l'ergothérapeute et l'enseignant en APA est soulevée dans l'entretien par ce dernier dans la mise en place d'activités sportives au centre de rééducation. Je remarque ainsi que le mode de fonctionnement du travail en équipe correspond, dans ce cas là, à l'interdisciplinarité. En effet, nous retrouvons des éléments illustrant la collaboration interdisciplinaire entre deux professionnels de santé autour de l'activité physique adaptée.

L'enseignant en APA coordonne la mise en place de l'activité sportive mais le travail en équipe reste évoqué lors des deux entretiens, qu'il s'agisse d'interdisciplinarité comme de pluridisciplinarité. L'ergothérapeute et l'enseignant en APA sont soumis tous les deux à la prescription médicale du médecin. L'implication de l'ergothérapeute au sein d'une équipe paraît indispensable, et spécifiquement en lien étroit avec l'enseignant en APA pour ce qui concerne les activités sportives. Maillet, ergothérapeute, développait dans un article en 2014, l'importance d'un double encadrement du patient par une collaboration interprofessionnelle entre un professionnel de l'activité physique adaptée et d'un ergothérapeute. Les deux personnes interrogées ont, en effet, soulevé cet élément en communiquant l'intérêt de cette association de compétences.

En posant une question de synthèse à la fin de mes entretiens aux deux professionnels, il en ressort que l'ergothérapeute, de par ses compétences, se trouve être le professionnel qualifié pour faire le lien entre ce qui est réalisé en centre de rééducation et le domicile de la personne,

son quotidien. Il connaît le patient dans son fonctionnement global, les activités qu'il aimait faire avant son accident, les difficultés qu'il pourrait rencontrer dans sa vie de tous les jours, etc. Son approche et sa vision globale du patient peut permettre à l'enseignant en APA d'adapter l'activité sportive en tenant réellement compte de la vie de la personne, de ses besoins et de ses envies, favorisant ainsi l'autonomie et l'indépendance de cette dernière une fois rentrée chez elle. L'enseignant en APA, en tant que spécialiste de l'activité physique adaptée, est alors en mesure de « transposer » le quotidien du patient sur son activité sportive afin de faciliter le retour à domicile.

4.2 Critique du dispositif de recherche

4.2.1 Critique de la méthode

La méthode clinique choisie n'offre pas un échantillon important de réponses. Le temps imparti ne m'a pas permis d'interroger suffisamment de personnes dans chaque groupe. En effet, deux personnes seulement ont pu être interrogées, cependant celles-ci ont la possibilité de développer leurs réponses, ce qui n'aurait pas été le cas par le biais d'un questionnaire.

Le choix de cette méthode influence donc la validité des résultats à cause du nombre restreint d'interviewés. Dans un travail futur, il serait intéressant d'étendre cette étude à un nombre plus important de personnes afin qu'elle soit plus pertinente, valide et fiable.

4.2 2 Critique de la population

J'avais fait le choix d'interroger à la fois un ergothérapeute, un enseignant en APA et une personne hémiplégique afin d'obtenir une triangulation des données, en construisant deux grilles d'entretiens : l'une pour les professionnels, l'autre pour l'utilisateur. Cependant, je n'ai malheureusement pas réussi à trouver la personne hémiplégique correspondant à mes critères d'inclusion et acceptant d'être interrogée. Cette personne aurait pu apporter une vision différente et moins professionnelle, ainsi que son vécu et son ressenti personnel en lien avec son handicap et l'activité sportive. Ce manque a donc un impact sur la qualité de mon étude, sa validité et sa pertinence. L'une des principales difficultés rencontrées durant ce travail a donc été la recherche de cette personne à interroger.

Les deux personnes avec lesquelles je me suis entretenue ont su pleinement répondre à mes attentes, et m'ont apportée les éléments nécessaires pouvant me permettre de répondre à ma question de recherche. Toutefois, si j'avais pu réaliser d'autres entretiens, cela m'aurait permis d'approfondir certains éléments et de compléter mes résultats. Notamment, en interrogeant des ergothérapeutes ayant l'habitude de collaborer avec les enseignants durant le déroulement d'activités sportives. Cela m'aurait permis de comparer les pratiques professionnelles d'une structure à une autre, et par conséquent d'apporter un point de vue complémentaire à mon analyse.

4.2.3 Critique de la passation des entretiens

J'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif afin de compléter mes données tout en laissant les deux personnes interrogées s'exprimer librement. J'ai essayé pour cela de ne pas les interrompre dans leurs propos, et de cette manière avoir accès à des informations supplémentaires auxquelles je n'aurais pas forcément pensé lors de l'élaboration de ma grille d'entretien. Cette méthode traduit un intérêt sur l'écoute des informations transmises, elle permet aussi un échange plus naturel et moins formel entre les deux interlocuteurs. Les questions de relance ont également facilité la conversation, elles m'ont permis de rebondir et d'approfondir certains éléments plus importants. Aussi, quelques questions qui m'ont semblé intéressantes à poser sur le moment, ont été rajouté au fur et à mesure de l'entretien afin de compléter mes données. D'autre part, le fait de réaliser mes entretiens par téléphone, et non en face à face, a empêché l'étude du langage corporel. La partie non-verbale de l'entretien n'a donc pas pu être prise en compte dans mon analyse.

4.2.4 Critique des résultats

Les résultats ont été obtenu grâce à une retranscription de mes entretiens, qui ont pu être, par la suite, analysés selon une analyse dite qualitative. Un nombre plus important de personnes à interroger aurait, cependant, permis une généralisation des résultats et donc une analyse plus approfondie et plus fiable de mon étude. Les résultats ont toutefois révélé des éléments pertinents répondant à ma question de recherche et ont pu faire apparaître une ouverture et des pistes d'amélioration dans la pratique professionnelle en ergothérapie.

4.3 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Les deux entretiens ont fait ressortir, en plus du rôle de l'ergothérapeute en rééducation et réadaptation, son rôle dans l'information, le conseil, l'orientation et la réinsertion de la personne hémiplegique.

En vue des référentiels d'activités et de compétences de l'ergothérapeute, le rôle d'information et de conseil que peut avoir l'ergothérapeute auprès de personnes en situation de handicap, ayant pour projet de pratiquer un sport, est cohérent. En effet, il est cité dans le référentiel d'activités, en IV, que l'ergothérapeute peut informer et conseiller la personne sur son mode de vie et ses activités en rapport avec ses capacités et ses potentialités. Son intervention peut donc se trouver dans le domaine de l'information et du conseil, en dirigeant la personne handicapée vers le sport le plus adapté à sa situation et en terme de prévention des risques liés à l'activité sportive.

Aussi, son intervention pourrait concerner l'orientation, la réinsertion et/ou l'intégration sociale afin de diriger la personne vers des clubs de loisirs ou des clubs handisport. En effet, l'ergothérapeute, généralement habitué à sortir de son cadre de travail pour rendre visite aux patients à leur domicile dans un objectif d'aménagement de logement, pourrait élargir ses interventions, en se déplaçant dans les structures sportives adaptées aux personnes handicapées. L'ergothérapeute a tout à fait sa place dans le projet d'intégration d'une personne hémiplegique, ou d'une personne handicapée au sens plus large, dans des établissements sportifs. La profession d'ergothérapeute pourrait être amenée à se développer davantage à l'extérieur.

Ce travail de recherche s'est spécifiquement intéressé aux personnes hémiplegiques car les ergothérapeutes sont très souvent amenés à prendre en charge cette population. Toutefois, l'activité sportive est ouverte à de nombreuses personnes présentant un handicap. L'ergothérapeute, de par ses connaissances sur les pathologies, de par ses compétences sur l'évaluation, les adaptations, la préconisation d'aides techniques et l'aménagement de l'environnement peut donc participer activement à la mise en place d'activités sportives dans un but de rééducation, de réadaptation et de réinsertion.

4.4 Intérêt de l'étude et perspectives de recherche

Le but de mon étude a été de mieux comprendre de quelle façon l'ergothérapeute et l'enseignant en APA peuvent travailler ensemble dans la mise en place d'activités sportives auprès de patients hémiplegiques afin d'en améliorer leur autonomie et leur indépendance.

La problématique développée dans ce mémoire peut être intéressante dans notre profession pour les ergothérapeutes voulant travailler davantage en lien avec l'activité sportive. En effet, notre profession s'intéresse à divers domaines d'intervention et par conséquent est varié et riche de compétences, ainsi cette étude peut permettre une meilleure compréhension de ce que peut faire un ergothérapeute dans ce domaine.

D'autre part, les activités sportives ne sont pas toujours prises en compte dans le projet de vie du patient hémiplegique. Ainsi, l'ergothérapeute pourrait apporter un intérêt plus important à ces activités pouvant avoir un sens significatif et même parfois primordial pour le bien être d'une personne souhaitant pratiquer ou re-pratiquer un sport en phase de récupération. De plus, cette prise en compte de l'activité sportive dans le projet de soin et le projet de vie d'un patient hémiplegique aurait sans doute une influence sur le choix des objectifs de la prise en charge, le choix des moyens et la mise en place des principes d'accompagnement de l'ergothérapeute et de toute l'équipe pluridisciplinaire.

Par ailleurs, afin de favoriser l'engagement du patient dans les activités sportives, il serait nécessaire de mettre en place des actions ergothérapeutiques à travers son projet de soin. Or, à travers cette étude, nous constatons que ces activités ne font pas toujours partie du travail de l'ergothérapeute. Il serait donc intéressant de comprendre pourquoi les ergothérapeutes évoquent peu les activités sportives dans le projet de soin et le projet de vie de la personne hémiplegique.

Ce travail de recherche m'a permis de montrer l'importance du rôle que peut avoir l'ergothérapeute dans le domaine du sport pour des personnes handicapées. En effet, l'ergothérapeute possède des compétences liant sa pratique aux besoins du handisport. C'est pour cela que je souhaiterais, dans ma future pratique professionnelle, développer davantage l'ergothérapie dans le domaine sportif, un domaine, je pense, encore peu exploré aujourd'hui par les ergothérapeutes. J'ai notamment pris conscience qu'il était important d'apporter de la crédibilité et de la fiabilité dans nos actions professionnelles afin de faciliter la mise en place de nouvelles pratiques en ergothérapie.

Conclusion

Aujourd'hui, les bénéfices du sport ne sont plus à démontrer, qu'ils soient physiques, psychologiques ou même sociaux, ils profitent aux personnes valides comme aux personnes en situation de handicap. Je me suis donc intéressée à ce que pouvaient apporter de positif les activités sportives pour les personnes handicapées, et notamment celles présentant une hémiplegie suite à un AVC. La pratique d'une activité sportive par des personnes hémiplegiques contribue à améliorer leur autonomie et leur indépendance dans la vie quotidienne, ce qui est l'objectif principal de l'ergothérapeute. En effet, elle permet d'apporter de nombreux bienfaits sur le plan moteur, mais également sur le plan psycho-social. Elle peut donc aussi bien être un moyen de rééducation qu'un moyen de réadaptation.

L'activité sportive est utilisée comme outil de rééducation, principalement par les enseignants en APA en centre de rééducation, auprès de personnes hémiplegiques. En vue du référentiel de compétences du diplôme d'état d'ergothérapie, l'ergothérapeute a aussi la légitimité de proposer des activités sportives dans une prise en soins, selon ses propres objectifs. Toutefois, un accompagnement thérapeutique de qualité est basé sur un travail en équipe afin que le patient puisse être pris en charge dans sa globalité. Ainsi, j'ai souhaité orienter ma recherche sur la collaboration qu'il pouvait y avoir entre l'ergothérapeute et l'enseignant en APA dans la mise en place de l'activité sportive, auprès de personnes hémiplegiques. Au travers des résultats d'entretiens, menés auprès d'un ergothérapeute et d'un enseignant en APA, j'ai pu mettre en évidence le rôle important que pouvait jouer l'ergothérapeute au sein d'une équipe dans la mise en place d'activités sportives.

Aussi, j'ai pu relever l'intérêt de la collaboration entre ces deux professionnels dans l'activité sportive dans le but, notamment, de favoriser et d'améliorer l'autonomie et l'indépendance du patient hémiplegique. L'ergothérapeute, de par ses connaissances et ses compétences, peut participer activement aux activités sportives, que ce soit dans le champ de l'évaluation de la personne, de la préconisation d'aides techniques ou de l'adaptation de matériel sportif.

L'intervention de l'ergothérapeute dans la mise en place de l'activité sportive est donc présente dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation mais il est possible, aujourd'hui, d'envisager une intervention, tout aussi importante, orientée vers l'information et

le conseil, l'insertion et l'intégration sociale de la personne en situation de handicap à la sortie du centre de rééducation. En effet, l'ergothérapeute peut mettre en lien la personne avec différentes structures, clubs ou associations, proposant des activités sportives adaptées et la conseiller en tant que professionnel de la santé.

Ces éléments de conclusion sur le thème du sport et du handicap, et le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine spécifique, me permettent de poursuivre une réflexion et d'élargir mon questionnement de la façon suivante : De quelle manière l'ergothérapeute pourrait-il travailler avec les clubs handisport ? Que pourrait-il leur apporter, et quels bénéfices le sportif handicapé tirerait-il de cette collaboration ?

« L'activité physique doit être accessible à toutes et à tous, dans le respect des capacités de chacun. La pratique des activités sportives pour les personnes handicapées est un moyen privilégié d'épanouissement individuel, de rééducation, d'intégration sociale et de solidarité, et à ce titre doit être encouragée » (Conseil de l'Europe, décembre 2000).

Bibliographie

- Adant G. Préambule à une réflexion autour des concepts d'indépendance et d'autonomie. Masson ; 1995, 83-87 (Revue Ergothérapies ; n° 3).
- Chavignay E. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. Elsevier Masson SAS ; 2010, 2 : 628-630 (Rev Mal Respir Actual).
- De Morand A. Pratique de la rééducation neurologique. 2^o édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2014, 309 p.
- Jebali H, Dziri C. Le sport pour personnes en situation de handicap : fondements et particularités. Elsevier Masson SAS ; 2010, 30 : 71-76 (Journal de réadaptation médicale).
- Leroy M. Mon dossier, mon histoire : Autonomie du patient et accès direct à son dossier médical informatisé via internet depuis le domicile. Presses universitaires de Louvain ; 2015, 155 p.
- Maillet S. L'handiplongée comme objectif ou moyen de rééducation. Rôle et place de l'ergothérapeute. Sport, loisirs, culture: comment l'ergothérapie contribue à leur accessibilité ? 2014 (Revue Erhothérapies ; n°53).
- Morel Bracq C. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Marseille : Solal ; 2009, 174 p (Collection Ergothérapie).
- Pailler D, Druvert JC, Laboute E, Piéra JB. Le sport autrement. Handisport : du loisir à la compétition. Magny-les-Hameaux : Chiron éditeur ; 2010, 282 p (Collection Sport et Santé).

- Pibarot I. Structures de l'activité humaine. Des fondements de l'activité ergothérapique. 1981, 69-76 (Revue Ergothérapies ; n°3).
- Piéra JB, Pailler D, Druvert JC. Handicap et sports. Paris : Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS ; 2002, 1-18 (Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation ; 26-200-A-10).
- Turlan N. À la recherche de l'autonomie. Expérience en Ergothérapie, Sauramps, 11^{ème} série ; 1998, 21-31.
- Turpin JP, Barbin JM, Bui-Xuân G, Marcellini A, Mikulovic J, Ninot G, Haye G. Plaisir et handicap physique : Contribution à une approche scientifique du plaisir. 1997, 1-13 (Corps et culture ; n° 2).

Textes de loi, décrets et circulaires

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, parue au journal officiel le 12 février 2005.
- Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 5 Juillet 2012 relatif au diplôme d'état d'ergothérapie. Annexe 1 référentiel d'activité, 2010, 170-176.

Sitographie

- ANFE. Site officiel des ergothérapeutes [En ligne]. www.anfe.fr. Consulté en 01/2016.
- Cairn.info. Site pour consulter des publications scientifiques. [En ligne]. www.cairn.info. Consulté en 11/2015.

- Dijoux S. Activités Physiques Adaptées : Quand le sport et la santé vont de paire. 2014. (L'écho des seniors, Le Magazine des Seniors). [En ligne]. <http://l-echo-des-seniors.fr>. Consulté le 26.01.2016.
- Dupuy L. Co, multi, inter, ou trans-disciplinarité ? La confusion des genres. Document de travail à destination des étudiants du CIEH 4 p. (Certificat International d'Écologie Humaine). En ligne]. [http://web.univ-pau.fr/RECHERCHE/CIEH/ Work in progress](http://web.univ-pau.fr/RECHERCHE/CIEH/Work%20in%20progress). Consulté le 12/04/2016.
- Fabre C. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. 2010. [En ligne]. <http://www.f2smhstaps.univ-tlse.fr>. Consulté le 05.01.2016.
- Handisport. Site de la fédération du sport et du handicap. [En ligne]. www.handisport.org. Consulté en 11/2015.
- Haute Autorité de Santé. [En ligne]. <http://www.has-sante.fr>. Consulté en 12/2015.
- Intervenants en organisation, Spécialistes des relations humaines professionnelles, chargés de missions d'évaluation de pilotage ou d'accompagnement. S'initier à la recherche. Documents de travail : Études et recherches. [En ligne]. www.unaibode.fr. Consulté en 04/2016.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. [En ligne]. <http://social-sante.gouv.fr>. Consulté en 12/2015.
- Sport et handicaps. [En ligne]. <http://www.sportethandicaps.com/fr>. Consulté en 12/2015.
- VAE. Référentiels d'activités et de compétences du Diplôme d'État d'Ergothérapeute. [En ligne]. <http://vae.asp-public.fr>. Consulté le 24.04.16.

Annexes

Annexe 1 : Enquête exploratoire dédiée aux enseignants en APA

Actuellement étudiante en 3ème année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille, j'effectue des recherches dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

Ce dernier porte sur les interactions au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans le cadre de la mise en place de l'activité sportive auprès de personnes hémiplegiques-

Je vous remercie d'avance de prendre le temps de répondre à ces questions. Les réponses recueillies me seront d'une grande aide pour la suite mon travail de recherche.

1) Dans quelle structure et avec quelle population travaillez-vous ?

Je travaille dans un Centre de Rééducation Fonctionnelle à Lyon. Je prends en charge des personnes en post-AVC, ainsi que des traumatisés crâniens. On fait parfois appel à moi au sein du service de traumatologie, en post-op par exemple.

2) Suivez-vous des patients dans le cadre d'une activité handisport ? Si oui, de quelle pathologie sont-ils atteints et quel(s) sport(s) préconisez-vous pour ces patients?

Oui. Au sein du club Handisport Lyonnais, qui est affilié à la FFH, j'interviens dans le cadre de l'équipe masculine de basket fauteuil, ainsi que pour l'équipe de cécifoot (football pour non-voyants).

Pour la deuxième partie de votre question, dans le cadre du handisport, les personnes sont :

- Paraplégiques (basket-fauteuil),
- Amputés membre-inférieur (basket-fauteuil),
- Non-voyants (cécifoot)

3) Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, avec quels professionnels avez-vous l'habitude de travailler dans le cadre de cette activité ?

Au sein du club handisport, je travaille avec un autre enseignant en APA seulement.

Au sein du CRF, je travaille en collaboration avec les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, la psychomotricienne, la neuropsychologue, et bien sur le médecin MPR, principalement.

4) Si oui, de quelle manière le faites-vous et pour quels patients?

Pour répondre à votre question, je dois nécessairement catégoriser les relations que je peux entretenir avec les différentes personnes avec lesquelles je travaille.

Cela s'organise ainsi :

Avec **les kinés** : On échange sur la progression du patient, eux me donnent des infos sur les capacités d'un point de vue analytique, par rapport à leurs évaluations. Et ensuite, je peux organiser mes activités, les structurer, et en tenant compte de la fatigabilité des patients, et de leurs capacités à des valeurs sub-maximales.

Avec **la psychomotricienne** : On encadre ensemble les ateliers « Équilibre », on échange les idées pour les faire évoluer. Très intéressant car on échange beaucoup sur le moment, et après on débriefe sur ce qu'on a vu ensemble.

Avec **les ergothérapeutes** : On travaille de différentes manières. Les ergothérapeutes ont ça de particulier qu'ils s'intéressent au quotidien du patient, et c'est très enrichissant, et indispensable de les solliciter. Par exemple, je leur fais part de ce que j'ai fait avec tel ou tel patient, et eux m'expliquent comment ils vont utiliser la progression pour transposer ça sur le quotidien. Je suis en demande de ça, car moi aussi je peux parler au patient différemment. Enfin, on travaille ensemble sur des ateliers, notamment l'escalade mais pas seulement. Par exemple pour l'escalade, quand j'emmène des patients à l'extérieur, on doit prendre le métro, le bus etc... Moi je m'occupe de l'activité escalade (je sollicite l'ergo pour assurer sur les murs certains patients s'ils sont d'accord), et eux ont besoin de venir avec moi pour voir comment se comporte les patients dans des situations de tous les jours. Ils m'expliquent que ce genre de sortie ça permet de percevoir le fonctionnement exécutif ou cognitif des patients. C'est intéressant car à l'issue de ces sorties on échange sur nos problématiques du jour, et on arrive à mieux cerner les besoins du patient en terme de prise en charge.

Avec **la neuropsychologue** : Il s'agit d'échanger sur le fonctionnement cognitif des patients. Souvent elle m'explique pourquoi il a tel ou tel comportement. Cela me permet d'adapter mes

exercices, et d'adapter les consignes que je peux transmettre, afin qu'elles soient davantage comprises et pour que les patients puissent s'approprier les modalités de réalisation demandées/exigées. Elle me demande régulièrement comment s'est passé la séance, dans la dimension comportementale et motivationnelle.

Avec **le médecin MPR** : on échange surtout sur la progression des patients. Mais je demande aussi parfois des explications sur les particularités des pathologies, et les contre-indications en terme d'activités. Ce qui est bien ici, c'est que le MPR a vraiment un œil attentif à ce qu'on fait en APA, et aux bénéfices que cela apporte à la prise en charge globale.

5) Si non, avec quel(s) professionnel(s) seriez-vous d'accord de travailler ? Et comment penseriez-vous pouvoir le faire ?

J'aimerais bien travailler avec un posturologue pour mes ateliers « Équilibre ».

Annexe 2 : Enquête exploratoire dédiée aux ergothérapeutes

Actuellement étudiante en 3ème année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille, j'effectue des recherches dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

Ce dernier porte sur les interactions au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans le cadre de la mise en place de l'activité sportive auprès de personnes hémiplegiques.

Je vous remercie d'avance de prendre le temps de répondre à ces questions. Les réponses recueillies me seront d'une grande aide pour la suite mon travail de recherche.

1) Dans quelle structure et avec quelle population travaillez-vous ?

Centre de rééducation neurologique. Population d'adultes.

2) Suivez-vous des patients dans le cadre d'une activité handisport ? Si oui, de quelle pathologie sont-ils atteints et quel(s) sport(s) préconisez-vous pour ces patients?

Hémiplégie (étiologie vasculaire, traumatique ou tumorale). Lorsque l'équilibre postural le permet : marche nordique, sinon tricycle à propulsion podale ou manuelle dans un but de ré-entraînement à l'effort.

3) Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, avec quels professionnels avez-vous l'habitude de travailler dans le cadre de cette activité ?

Médecin, kinésithérapeute, APA.

4) Si oui, de quelle manière le faites-vous et pour quels patients?

Evaluations dans un but d'orientation et de choix.

5) Si non, avec quel(s) professionnel(s) seriez-vous d'accord de travailler ? Et comment penseriez-vous pouvoir le faire ? (pas de réponse)

Annexe 3 : Matrices théorisées

THÉORIES/ CONCEPTS/ MODÈLES	CRITÈRES	INDICATEURS	INDICES
<p style="text-align: center;">Modes de fonctionnement du travail en équipe</p>	<p style="text-align: center;">Pluridisciplinarité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mêmes objectifs - Complémentarité d'approches - Pas de rencontres/échanges sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> - Complémentarité des intervenants - Respect du travail de ses collègues Amélioration des prises en charge - Accompagnement global du patient - Réunions régulières avec les différents intervenants
	<p style="text-align: center;">Interdisciplinarité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mêmes objectifs - Échanges de connaissances, d'analyses, de méthodes - Communication, interactions 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps d'échanges entre les professionnels - Mise en place d'un objectif commun selon les besoins et projets du patient

Concepts d'autonomie et d'indépendance	Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des lois, règles sociales et libertés individuelles - Capacité de jugement de ses propres compétences - Capacité à se différencier d'autrui - Interdépendance 	<ul style="list-style-type: none"> - Choix de l'activité sportive du patient - Choix du matériel sportif du patient - Être capable d'utiliser seul le matériel sportif - Comprendre les risques et savoir y faire face
	Indépendance	<ul style="list-style-type: none"> - Sur le plan moteur - Sur le plan social - Sur le plan affectif 	<ul style="list-style-type: none"> - Mode de déplacement - Capacités physiques (amplitude, force, endurance...) - Sentiment d'appartenance à un groupe - Liens familiaux

Modèle conceptuel du PPH	Facteurs personnels	<ul style="list-style-type: none"> - Système organique - Aptitudes 	<ul style="list-style-type: none"> - Pré-requis avant de commencer une activité sportive (endurance, résistance...) - Récupération de certaines fonctions - Pouvoir communiquer - Connaissances de ses capacités, se sentir capable de reprendre une activité
	Facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Dimension physique - Dimension sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Notion de sécurité : cadre sécurisé ; respect des règles sportives ; respect de l'état physique de la personne ; tenir compte des habitudes de vie de la personne - Ressources financières de la personne - L'environnement proposé dans l'activité sportive
	Habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Activités courantes - Rôle social - Développement des aptitudes 	<ul style="list-style-type: none"> - L'implication du patient dans le choix de l'activité sportive - Quelle pratique du sport avant l'AVC - Activités significatives

Annexe 4 : Grille d'entretien

1) Professionnels : Ergothérapeute/Enseignant en APA

Questions préalables :

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien d'année exercez-vous en tant qu'ergothérapeute/enseignant en APA ?
- Pratiquez-vous à titre personnel un ou plusieurs sports ? Si oui, lesquels ? Depuis combien d'années ?
- Avez-vous des formations spécifiques dans le domaine du sport ? Si oui, lesquelles ?
- Dans quelles circonstances avez-vous travaillé auprès de personnes hémiplegiques ?
- Quelles activités sportives et non sportives avez-vous eu l'occasion de proposer aux personnes hémiplegiques ?
- Avez-vous déjà travaillé avec un enseignant en APA/ergothérapeute ?

Question 1 : → CONCEPTS INTER/PLURIDISCIPLINAIRE

Quel accompagnement proposez-vous à un patient hémiplegique ?

- Quels professionnels font partie de l'équipe dans la prise en charge d'un patient hémiplegique ?
- Quelles activités faites-vous avec les patients hémiplegiques ?
- Combien de séances par semaine proposez-vous pour ces patients ?

Question 2 : → MODÈLE DU PPH

Comment choisissez-vous les activités pour vos patients hémiplegiques ?

- Choisissez-vous seul l'activité sportive proposée au patient ?
- Quels sont les bénéfices de l'activité sportive pour ces patients hémiplegiques ?
- Quels sont les attentes du patient par rapport à cette activité ?
- Utilisez-vous des bilans particuliers pour évaluer les capacités et incapacités du patient avant de lui proposer une activité sportive (bilan validé/personnel) ? (pré-requis)

Question 3 : → CONCEPTS INTER/PLURIDISCIPLINAIRE**Quels sont les professionnels qui coordonnent la mise en place des activités sportives ?**

- Préparation, déroulement, etc.
- De quels renseignements le patient hémiparétique doit-il avoir connaissance avant de commencer une activité sportive ?
- L'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la mise en place de l'activité sportive ? Si oui, est-ce dans la passation des bilans, la préconisation ou adaptation du matériel, le déroulement de l'activité sportive, etc. ?
- D'après vous, en lien avec ses compétences, l'ergothérapeute, pourrait-il jouer un rôle différent dans la mise en place d'une activité sportive ? (accompagnement, réinsertion, suivi, etc.)

Question 4 : → MODÈLE DU PPH**Quels sont les objectifs visés dans la mise en place de l'activité sportive auprès des patients hémiparétiques ?**

- Sur le plan moteur ? (mobilisation, force, amplitude, détente, bien-être...)
- Sur le plan psychologique ? (confiance en soi, valorisation ou revalorisation, motivation, connaissance de son corps/capacités, dépassement de ses limites...)
- Sur le plan social ? (réinsertion, échanges, sociabilisation, appartenance à un groupe...)

Question 5 : → CONCEPTS D'AUTONOMIE ET D'INDÉPENDANCE**En terme d'autonomie et d'indépendance, quels bénéfices de l'activité sportive percevez-vous dans la vie quotidienne pour une personne hémiparétique ?**

- Les bénéfices de l'activité sportive se répercutent-ils dans la vie de tous les jours ?
- Pensez-vous que ces personnes ont gagné en autonomie et/ou en indépendance depuis leur pratique sportive ?

Pour conclure :

- **En quoi la collaboration entre l'ergothérapeute/l'enseignant en APA et vous permet-elle d'améliorer votre travail ?**

2) Usager : Personne hémiplegique

Questions préalables :

- Quel âge avez-vous ?
- Pouvez-vous, si vous êtes d'accord, me parler des circonstances de la survenue de votre AVC ? À quel âge cela s'est-il produit ? Dans quel centre de rééducation avez-vous été suivi à ce moment là ?
- Quelle est votre plus grande difficulté par rapport à votre hémiplegie ?
- Dans le cadre du handisport, quelle(s) activité(s) faites-vous ?
- Est-ce une activité que vous faisiez avant votre accident ?

Question 1 : → CONCEPTS INTER/PLURIDISCIPLINAIRE

Après votre AVC, avec quels professionnels de santé avez-vous eu l'occasion de travailler ?

- Quelles activités faisiez-vous et avec quel professionnel ?
- Plus spécifiquement, quel travail faisiez-vous avec l'ergothérapeute ? Avec l'enseignant en APA ?
- Combien de séances par semaine vous ont été proposées par ces deux professionnels ?

Question 2 : → MODÈLE DU PPH

Pour quelles raisons pratiquez-vous une activité sportive ?

- Quel est votre vécu dans le domaine sportif ?
- Pratiquez-vous une activité sportive avant votre accident ?
- Comment avez-vous choisi votre activité sportive ?
- Que vous apporte le sport ? (bienfaits physiques, psychologiques, sociaux)
- Qu'appréciez-vous lors du déroulement de l'activité sportive ?

Question 3 : → CONCEPTS INTER/PLURIDISCIPLINAIRE**Qui coordonne la mise en place d'activités sportives ?**

- Quels professionnels sont intervenus concernant la mise en place d'activités sportives ?
- L'ergothérapeute a-t-il joué un rôle dans la mise en place d'activités sportives ? Si oui, lequel ?
- Pensez-vous que l'ergothérapeute puisse jouer un rôle plus important ou différent dans le domaine du sport ? Si oui, lequel ?

Question 4 : → MODÈLE DU PPH**Comment percevez-vous l'apport de l'activité sportive dans votre vie quotidienne ?**

- Sur le plan moteur ? (respiration, mobilisation, force, dynamisme, détente, bien être...)
- Sur le plan personnel ? (confiance en soi, revalorisation, motivation, connaissance de son corps/ses capacités, dépassement de ses limites...)
- Sur le plan social ? (sociabilisation, échanges, appartenance à un groupe, une équipe...)

Question 5 : → CONCEPTS D'AUTONOMIE ET D'INDÉPENDANCE**En terme d'autonomie et d'indépendance, quels bénéfices de l'activité sportive percevez-vous dans votre vie quotidienne ?**

- Les bénéfices de l'activité sportive se répercutent-ils dans la vie de tous les jours ?
- Vous sentez-vous plus autonome et/ou plus indépendant depuis que vous pratiquez une activité sportive ?
- Qu'est-ce que l'activité sportive vous a apporté de positif par rapport à vos difficultés, citées en question préalable ?

Pour conclure :

- **En quoi la collaboration entre un ergothérapeute et un enseignant en APA serait-elle bénéfique ? Qu'aimeriez-vous améliorer lors des séances sportives ?**

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien « enseignant en APA »

- 1 **Moi** : Donc tout d'abord, quel âge avez-vous ?
- 2 **Enseignant en APA** : J'ai 29 ans
- 3 **Moi** : D'accord. Depuis combien d'année exercez-vous en tant qu'enseignant en APA ?
- 4 **Enseignant en APA** : Depuis euh 2008 donc ça fait 8 ans.
- 5 **Moi** : D'accord. Pratiquez-vous à titre personnel un ou plusieurs sports ? Si oui, lesquels ?
- 6 Depuis combien d'années ?
- 7 **Enseignant en APA** : Oui le handball depuis une quinzaine d'années et le karaté depuis une
- 8 vingtaine d'années.
- 9 **Moi** : Avez-vous des formations spécifiques dans le domaine du sport ?
- 10 **Enseignant en APA** : Euh oui, au delà de diplômes universitaires vous voulez dire ?
- 11 **Moi** : Oui c'est ça.
- 12 **Enseignant en APA** : J'ai un Brevet d'État de natation, je suis maître nageur sauveteur, et j'ai
- 13 un diplôme d'instructeur fédéral en karaté.
- 14 **Moi** : Oui. Dans quelles circonstances avez-vous travaillé auprès de personnes
- 15 hémiplegiques ?
- 16 **Enseignant en APA** : Et bien en Centre de Rééducation Fonctionnelle, tout simplement, où je
- 17 travaille.
- 18 **Moi** : Quelles activités sportives et non sportives avez-vous eu l'occasion de proposer à ces
- 19 personnes hémiplegiques ?
- 20 **Enseignant en APA** : Alors pas mal de choses. Un aménagement de marche nordique selon
- 21 bien sûr le degré de handicap, si les membres inférieurs ont eu une bonne récupération. Sur de
- 22 l'escalade. On fait aussi des parcours d'équilibre, de la lutte adaptée. On fait pas mal de jeux
- 23 de balles et d'adresse : basket etc. On utilise aussi la réalité virtuelle en activité physique
- 24 adaptée, avec des masques. On a du golf à l'intérieur, tennis essentiellement. Je préfère ça que
- 25 la Wii même si je sais que certains collègues l'utilisent.

26 **Moi** : Oui très bien. Sinon, avez-vous déjà travaillé avec un ergothérapeute ?

27 Enseignant en APA : Oui oui.

28 **Moi** : Très bien. Nous reviendrons dessus par la suite. Je vais maintenant vous poser des
29 questions un peu plus spécifiques. Alors la première question : quel accompagnement
30 proposez-vous à un patient hémiparalysé ?

31 **Enseignant en APA** : Quel accompagnement ? C'est-à-dire ?

32 **Moi** : Quels professionnels font partie de l'équipe dans la prise en charge d'un patient
33 hémiparalysé ?

34 **Enseignant en APA** : D'accord, alors là si je prends sur le plateau technique et l'équipe qui
35 gravite autour de la prise en charge du patient hémiparalysé. Y a les ergos, les kinés, les
36 psychomotriciens, neuropsych. Y a aussi le médecin MPR et c'est tout je crois. Et puis bah nous
37 en APA.

38 **Moi** : Vous êtes plusieurs enseignants en APA ?

39 **Enseignant en APA** : Oui, trois, mais les deux autres ne sont pas à temps plein comme moi,
40 un à 40% et l'autre à 50% je crois.

41 **Moi** : D'accord, sinon combien de séances par semaine proposez-vous à ces patients ?

42 **Enseignant en APA** : En général... enfin dans l'idéal, on a tellement de patients, ce serait 2
43 fois/jour. Selon la fatigabilité du patient, on s'arrange entre nous, en terme de planning, avec
44 les kinés et les ergos surtout, ce sont eux qui les voient le plus. Ils essayent de les voir 2 fois
45 par jour, une fois le matin, une fois l'après-midi. Mais nous, pour pas trop les fatiguer on les
46 voit une fois dans la journée. Après, pour certains, en fin de prise en charge, j'arrive à les voir
47 2 fois dans la journée. Mais avec les kinés, les ergos, on essaye toujours de s'arranger, vous
48 voyez.

49 **Moi** : Comment choisissez-vous les activités pour vos patients hémiparalysés ?

50 **Enseignant en APA** : Par expérience, en général, j'ai un listing en gros d'activités. Je
51 m'organise toujours pour aller voir les bilans qui ont été fait avant. Je ne vous ai pas dit aussi
52 je fais pas mal de balnéo et d'activités en piscine. Donc je m'organise, je vais voir les bilans
53 qui ont été fait, on en discute aussi en amont, à la mission du patient. On essaye d'abord de
54 voir chacun individuellement le patient et après au bout de 2-3 jours, on fait une réunion avec

55 tous les acteurs en charge sur le plateau technique avec le médecin y compris et on définit un
56 peu les axes de travail et moi c'est là que je propose ça et ça parce que ça et ça. S'il y a des
57 éléments, des contre-indications, ça peu arriver que des personnes aient été opérées ou je ne
58 sais quoi et effectivement là, on met le hola. Par exemple, pour une activité où il y aura une
59 forte variation, une forte charge respi, c'est un juste dosage mais on en discute ensemble en
60 général. Pour les activités physiques, j'aime bien que l'équipe sache ce que je fais.

61 **Moi :** Sinon, comment les activités ont été choisis dans le centre ?

62 **Enseignant en APA :** En fait, si vous voulez, au départ il y avait une équipe en place, à
63 l'époque sans enseignant en APA, sans activités physiques adaptées et c'était un peu les kinés
64 qui faisaient certaines choses, au petit bonheur la chance. Et puis un jour, il y a eu une offre
65 d'emploi pour créer ça, donc moi je suis venu sur ce terrain là en temps qu'indépendant et ça a
66 fonctionné comme ça et puis j'ai créé le besoin si vous voulez et de fait derrière ils m'ont
67 proposé un contrat à temps plein et après j'ai mis en place des choses. Mais au départ, c'était
68 quelque chose d'empirique, du fait des rééducateurs je pense, kinés et ergos, qui tâtonnaient
69 un peu et qui jouaient avec les mots entre rééducation et activités physiques adaptées. Ils
70 faisaient un peu de balnéo, un peu de jeux d'équilibre, un peu de travail de lancer, un peu de
71 proprioception ludique, entre guillemets. Voilà.

72 **Moi :** Et par rapport au patient, comment cela se passe-t-il dans le choix des activités
73 sportives ? Par exemple, si un patient pratiquait un sport avant son accident...

74 **Enseignant en APA :** Alors le problème c'est que si je propose aux personnes un sport qu'il
75 avaient l'habitude de faire, je risque de le mettre en échec. Forcément il y aura un retour sur ce
76 qu'il savait faire ou autre et ça va à chaque fois renvoyer à quelque chose qu'il savait faire
77 avant et qu'il ne peut plus faire ou moins bien. Alors en général, moi je ne l'amène pas tout de
78 suite. Après, on en discute, tout l'ajustement est là. Il y a des personnes, on en discute au
79 premier entretien. Moi, j'explique mon rôle, il y a des prises en charge qui sont individuelles,
80 d'autres collectives. On discute des activités, moi je leur dis ce serait bien que vous veniez là
81 et là. Voilà, en général je propose, je ne dis pas : il faut faire uniquement ça , je leur laisse le
82 choix entre deux ou trois éléments pour tester et pour que la personne voit si c'est quelque
83 chose qui lui plaît. Parce que en rééducation, elles ne font pas toujours quelque chose de
84 facile, avec le kiné ou l'ergo, parfois imposée. J'ai pour l'habitude de garder toujours un côté
85 ludique, on est pas dans le jeu mais toujours dans la rééducation, il faut une certaine notion de

86 plaisir en tous les cas, faire quelque chose de plaisant.

87 **Moi :** Et par rapport aux bilans, utilisez-vous des bilans particuliers pour évaluer les capacités
88 et incapacités du patient avant de lui proposer une activité sportive ?

89 **Enseignant en APA :** En APA, c'est essentiellement le Tinetti et le Get up and Go. Après, on
90 a d'autres tests de marche, entre guillemets maison qu'on a mis en place, avec des parcours
91 d'obstacles. On met le patient en situation de franchissement ou autre. Ça me permet d'évaluer
92 la personne si elle peut venir sur la marche nordique par exemple. Je vais coter, et le temps et
93 le nombre de fois où la personne va accrocher, et en fonction de cela, je vais voir si la
94 personne est prête pour la marche nordique. Après, on fait aussi, en collaboration avec ergos
95 et kinés, marche dans les escaliers ou autres activités. Voilà, j'en ai deux ou trois, bon après je
96 suis pas un fan fan des évaluations, faut qu'après les évaluations elles me servent à quelque
97 chose derrière, à me rendre compte de quelque chose.

98 **Moi :** Pour vous, quels sont les bénéfices de l'activité sportive pour les patients
99 hémiplésiques ?

100 **Enseignant en APA :** Alors déjà ça permet de renforcer cet état de conditionnement en
101 rééducation. Moi, déjà, j'ai pas de blouse blanche, je travaille en tenue de sport. Donc déjà ça
102 leur permet de se détacher, donc là c'est pour le côté entre guillemets symbolique. Pour la
103 piscine, par exemple, on met un peu de musique. On fait de la relaxation. Ça permet de sortir
104 du cadre stricto-sensu de la rééducation où on va répéter les choses avec des exercices
105 analytiques, répétitions de mouvements cadencés où on leur demande beaucoup. Donc, moi si
106 vous voulez, les bénéfices, ça va consister à tout ce qui va être cardio-respiratoire, une
107 récupération des capacités cardio-respi. Aussi les capacités motrices, autant en terme
108 d'endurance musculaire ou d'amplitude. Voilà, c'est ce que je vais chercher aussi comme
109 objectifs, gain d'amplitude, gain de force par le biais d'activités ludiques comme je vous ai dit.
110 Ça peut s'apparenter à kiné sauf q'un kiné va agir beaucoup sur un muscle, sur un groupe
111 musculaire. Moi je vais utiliser les choses au sens global comme quand je fais des ateliers de
112 proprioception par exemple. Pas mal de bénéfices qui sont donc complémentaires. Aussi, la
113 notion de plaisir est primordiale. On amène les choses, où certes, vous avez un handicap et y
114 aura sans doute des séquelles mais vous avez aussi la possibilité de faire des choses. Donc
115 voilà. Après je ne l'ai pas dit mais faut pas imaginer que je ne prends que les personnes qui
116 sont marchantes, je prends pas mal de personnes pour les activités de lancer, qui sont en

117 fauteuil roulant, qui ont des fauteuils double main courante etc. Souvent, aussi, on travaille
118 l'équilibre et ça beaucoup avec l'ergo, on fait des ateliers en commun.

119 **Moi** : Quels sont les professionnels qui coordonnent la mise en place des activités sportives ?

120 **Enseignant en APA** : Alors au niveau du fonctionnement, je suis autonome, entre guillemets,
121 au niveau de la coordination, je fais ce que je veux, enfin oui et non. Mis à part des contre-
122 indications que pourrait émettre le MPR, j'ai une totale liberté, après j'en discute beaucoup, je
123 pose pas mal de questions aux ergos et aux kiné, quand j'ai un doute sur certaines choses,
124 certaines fonctions, la fatigabilité, ce genre de choses. Je tiens énormément compte du
125 moment et ce que renvoie le patient. Mais j'ai une vraie liberté dans la mise en place de
126 l'activité. En fait, on a des lignes directrices, on sait qu'au niveau neuro, il faut travailler ça, ça
127 et ça, et après moi je justifie mon choix d'activités auprès, bien évidemment, du médecin en
128 réunion et aussi avec les autres professionnels de santé.

129 **Moi** : L'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la mise en place de l'activité sportive ? Si oui, est-ce
130 dans la passation des bilans, la préconisation ou adaptation du matériel, le déroulement de
131 l'activité sportive, etc. ?

132 **Enseignant en APA** : Alors dans les activités, y a aussi le parcours fauteuil mais le parcours
133 dynamique. L'ergo, lui fait aussi des parcours fauteuil mais plus dans la dimension
134 d'entraînement, double main courante par exemple, d'apprentissage du fauteuil roulant. Après
135 l'ergo peut être là pendant le déroulement de l'activité sportive, déjà parce que c'est entre
136 guillemets le spécialiste du fauteuil, c'est la première chose. Après, je trouve qu'ils ont pas mal
137 de connaissances en ce qui concerne l'héminégligence, les troubles associés liés à l'AVC. Eux
138 connaissent et parfois me donnent des indications concernant les séances ou les consignes ou
139 la manière d'organiser l'environnement. Par exemple, pour l'héminégligence, plus stimuler un
140 côté que l'autre. C'est des notions que moi je n'avais pas forcément. C'est en cela que les ergos
141 m'aident mais aussi lors des activités piscine, pour tout ce qui est habillage, déshabillage.
142 Elles évaluent en même temps, si vous voulez, les patients en situation. Elles prennent part
143 aux activités, après on a chacun notre champs de compétences. Par exemple, on va à
144 l'escalade mais à l'extérieur, donc elles peuvent venir assurer les patients, et elles, on en
145 discute beaucoup, elles regardent tout ce qui passe en terme de comportement, de stratégies.
146 Elles m'ont expliqué un peu, au niveau cognitif, au niveau exécutif. Et en amont, déjà, sur la
147 préparation du trajet, elles font chercher les patients sur internet le trajet euh... Et ça, c'est

148 super intéressant parce qu'elles voient des choses que je ne vois pas. Moi dans ma pratique, ça
149 permet de m'ajuster et de faire les choses différemment. L'ergothérapeute intervient avec moi
150 bien deux-trois fois par semaine. Y a bien deux ou trois temps où l'on est en situation de
151 collaboration, où l'on fait des choses ensemble. Sinon, avec les kinés mais c'est moins
152 fréquent, ça arrive pour les cas assez lourds pour la rééducation où l'on fait un travail
153 proprioceptif et qui nécessite de la part du kiné une vigilance particulière. Par exemple, dans
154 le cas d'une hémiplegie massive, on a besoin du kiné, au début de la séance, pour faire des
155 manœuvre d'inhibition de la spasticité, pour que moi après je puisse faire des choses pour pas
156 que la personne soit gênée. Mais c'est rare, c'est pour le cas de patients très particuliers, très
157 lourdement touchés. Donc c'est plutôt l'ergo qui va travailler en collaboration avec moi.

158 **Moi :** D'après vous, en lien avec ses compétences, l'ergothérapeute, pourrait-il jouer un rôle
159 différent dans la mise en place d'une activité sportive ?

160 **Enseignant en APA :** Je pense, on ne le fait pas assez chez nous, que l'ergo pourrait préparer
161 la suite, alors je sais que ce n'est pas fait, on est nous sur de la rééducation. Derrière, il n'y a
162 pas de relais pour ensuite réinsérer la personne, la rediriger, lui susciter l'envie d'aller vers des
163 clubs de loisirs ou des clubs sportifs. Je pense qu'il y aurait un vrai rôle dans la réadaptation,
164 dans la réinsertion et orienter la personne vers les clubs. Ça c'est le rôle de l'ergo je pense. Ce
165 n'est pas du tout fait dans notre centre en tous cas.

166 **Moi :** Quels sont les objectifs visés dans la mise en place de l'activité sportive auprès des
167 patients hémiplegiques ?

168 **Enseignant en APA :** Y a plusieurs choses, donc euh...Déjà, sur le plan moteur, tout ce qui va
169 concerner la dimension force et endurance musculaire, amplitude articulaire. Ce sont des
170 objectifs importants. Après, y a tout ce qui va concerner la sphère cardio-respiratoire, donc le
171 ré-entraînement à l'effort, le conditionnement physique. Après, y a toute la dimension psycho-
172 sociale, dans le sens où y a des activités de groupe. Les personnes partagent des choses donc
173 y a vraiment l'émergence du sentiment d'appartenance à un groupe, le plaisir de partager une
174 activité avec d'autres et puis le sentiment de compétences car y a des personnes qui ont été
175 alitées et qui voient que maintenant elles ont récupéré certaines fonctions, elles sont en
176 capacité de faire des choses, et ça leur donne confiance, et l'envie d'avancer derrière. Sous
177 forme de jeux, elles oublient quand même le fait que ça soit de la rééducation, même si après
178 elles sont quand même lessivées. Mais au niveau de la charge émotionnelle, je trouve que c'est

179 intéressant car on est quand même sur un fort terrain anxigène...

180 **Moi :** D'accord, sinon en terme d'autonomie et d'indépendance, quels bénéfices de l'activité
181 sportive percevez-vous dans la vie quotidienne pour une personne hémiparétique ?

182 **Enseignant en APA :** Alors, c'est simple, on va partir sur un exemple mais imaginez une
183 personne qui fait une activité de lancer ou d'adresse, type basket adapté ou ce genre de choses,
184 avec le fait d'être en équilibre debout, d'avoir des mouvements d'amplitude, de coordination,
185 dissociation segmentaire, ce qu'on va travailler énormément. La personne, chez elle, en
186 parallèle avec l'ergo derrière, va pouvoir faire la cuisine debout ou les tâches administratives.
187 On peut vraiment rapporter ce que nous on fait et le transposer sur la vie quotidienne. Il y a
188 des bénéfices qui sont hyper hyper hyper importants.

189 **Moi :** Pensez-vous que ces personnes ont gagné en autonomie et/ou en indépendance depuis
190 leur pratique sportive ?

191 **Enseignant en APA :** Ah oui oui. L'activité physique adaptée, c'est un maillon de la chaîne.
192 Si on enlève un maillon, la qualité de la prise en charge ne sera pas la même. Chacun, si vous
193 voulez, on a un domaine d'actions, une manière de faire, on a plus ou moins les mêmes
194 objectifs, enfin les objectifs généraux, ils sont les mêmes, c'est donner à la personne le moyen
195 de récupérer un maximum de capacités. Et après, nous, chacun dans notre domaine, on essaye
196 de travailler de telle ou telle manière et on en discute beaucoup. Mais oui, effectivement,
197 l'activité physique elle permet ça.

198 **Moi :** Et vous connaissez des patients qui se sont inscrits en club après leur séjour au centre ?

199 **Enseignant en APA :** Oui oui, je sais qu'il y a deux personnes, récemment au cours des 6
200 derniers mois, qui se sont inscrits dans un club de badminton. Elles y vont régulièrement je
201 sais car j'ai le club handisport qui m'écrit de temps en temps. Après, c'est des personnes qui
202 ont assez bien récupérées au niveau du membre inf lésé, un peu moins au niveau du membre
203 sup...

204 **Moi :** D'accord. Alors pour conclure, en quoi la collaboration entre l'ergothérapeute et vous
205 peut-elle améliorer l'autonomie d'une personne hémiparétique dans la mise en place de
206 l'activité sportive ?

207 **Enseignant en APA :** Alors, tout simplement, l'ergothérapeute, lui, il travaille sur le
208 quotidien, c'est très clair, c'est très établi chez nous. L'ergothérapeute, il fait le pont, à chaque

209 fois, avec le domicile, avec un retour programmé. Et, je pense que l'ergothérapeute, de par ses
210 compétences, est le professionnel qualifié pour faire des ponts entre ce qu'on fait nous et ce
211 qui peut être rapproché au domicile. Alors je sais plus comment ils appellent ça, le transfert
212 des acquis ou je sais plus exactement, mais en tous cas je sais que eux font un lien
213 énormément avec le quotidien. Ils s'intéressent au domicile, ils savent exactement comment
214 aménager le domicile. Et ils connaissent la personne dans son fonctionnement global, les
215 activités qu'elle aimait faire, quels problèmes elle pourrait rencontrer dans son quotidien. Il
216 pourrait nous donner davantage de choses pour que, nous, on puisse adapter l'activité
217 physique en tenant compte plus de ce qui se passe à la maison, au travail, plutôt que de
218 prendre la personne avec juste ses capacités et incapacités.

219 **Moi :** Et en quoi la collaboration entre l'ergothérapeute et vous, enseignant en APA, peut-elle
220 améliorer votre travail ?

221 **Enseignant en APA :** C'est le fait que l'ergo est vraiment spécialiste du quotidien du patient,
222 moi je le perçois comme ça. Ça va me permettre à moi de mieux adapter, amener du quotidien
223 sur mon activité, donc je vais pouvoir transposer... Faciliter aussi, peut être, le retour à
224 domicile. En tous les cas, ce sont des choses largement envisageables et l'ergo a sa part là
225 dedans.

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien « ergothérapeute »

226 **Moi** : Donc je vais commencer par quelques questions préalables puis il y aura cinq questions
227 plus spécifiques à ma question de recherche, si cela vous convient ?

228 **Ergothérapeute** : oui d'accord.

229 **Moi** : Alors, quel âge avez-vous ?

230 **Ergothérapeute** : 57 ans.

231 **Moi** : Depuis combien d'année exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?

232 **Ergothérapeute** : Depuis euh... 35 ans.

233 **Moi** : Pratiquez-vous à titre personnel un ou plusieurs sports ? Si oui, lesquels ? Et depuis
234 combien d'années ?

235 **Ergothérapeute** : Euh... (rires). Je ne pratique pas de sport. Euh si je pratique le stretching.
236 Voilà.

237 **Moi** : D'accord. Avez-vous des formations spécifiques dans le domaine du sport ?

238 **Ergothérapeute** : Non. Par contre j'ai fait la formation : « Posture, équilibre, motricité » qui
239 était la plupart du temps destinée aux profs APA, mais ça fait quelques années, maintenant
240 c'est un DU qui se fait à la fac de Montpellier.

241 **Moi** : D'accord. Sinon, dans quelles circonstances avez-vous travaillé auprès de personnes
242 hémiplegiques ?

243 **Ergothérapeute** : Dans le cadre de rééducation fonctionnelle où je travaille toujours
244 actuellement. En fait, j'ai toujours travaillé là mais y a un centre d'éducation motrice dans
245 lequel j'ai travaillé pendant 10 ans avant. Voilà.

246 **Moi** : Quelles activités sportives et non sportives avez-vous eu l'occasion de proposer aux
247 personnes hémiplegiques ?

248 **Ergothérapeute** : Alors en fait, pas d'activités sportives. Sinon on propose des ateliers
249 cuisine. Euh... De toute façon, toujours des activités individuelles, même si de temps en temps
250 il y a des exercices d'équilibre mais toujours en individuel.

251 **Moi** : Avez-vous déjà travaillé avec un enseignant en APA ?

252 **Ergothérapeute** : Bah on travaille au quotidien ensemble mais on est pas ensemble,
253 physiquement on ne travaille pas ensemble. Voilà. Par contre, on est tous les matins au staff
254 ensemble, et on échange sur nos patients.

255 **Moi** : Quel accompagnement proposez-vous à un patient hémiparétique ?

256 **Ergothérapeute** : Donc l'équipe, en fait, c'est kiné, orthophoniste, ergo. C'est essentiellement
257 ça. Après, il y a une prise en charge par la psychologue, à la demande. Euh... diététicienne
258 aussi. Euh, moi, les activités proposées. En fait, notre rôle, déjà à l'arrivée, c'est l'installation
259 du patient. Ils arrivent ici, ils sont en période de récupération. On est quand même pas comme
260 à l'hôpital quoi. Donc euh, installation en chambre, installation en fauteuil, propositions
261 d'aides techniques, si nécessaire, si besoin. Et puis ensuite sur prescription médicale, un
262 travail de rééducation, de stimulation neuro-motrice, en vue après vers un travail de
263 réadaptation et ensuite travail avec la famille pour le retour à domicile, ou avec la MDPH,
264 APA, constitution de dossier, visite du domicile, propositions d'aménagement de domicile. Ça
265 c'est notre rôle dans notre structure. C'est quelque chose d'assez classique, après la prise en
266 charge, euh, nous on a pas de protocole donc on travaille vraiment suivant nos affinités et nos
267 formations annexes, avec chacune notre teinte, euh voilà.

268 **Moi** : Vous avez des réunions d'équipe j'imagine ?

269 **Ergothérapeute** : On a le staff tous les matins, enfin plutôt 3 matinées par semaine. Le
270 médecin nous présente les patients entrés et nous expose les différents problèmes, et chaque
271 patient est vu toutes les semaines en présence de toute l'équipe qui s'occupe de lui, qui
272 l'entoure. Toute l'équipe pluridisciplinaire est donc réunie au staff.

273 **Moi** : Sinon combien de séances par semaine proposez-vous aux patients hémiparétiques ?

274 **Ergothérapeute** : On voit les patients, tous, au moins 1 fois par jour. 2 fois quand on peut.
275 Mais maintenant ça a un peu changé, du fait que c'est rajouté les activités APA, ce qui
276 multiplie le nombre de séances quotidiennes pour le patient, qui va bénéficier de la balnéo
277 animée par le prof APA, l'atelier marche, l'éveil musculaire, l'atelier équilibre. Les APA
278 prennent le relais de la rééducation et elles font un super boulot. Sinon les séances durent
279 environ $\frac{3}{4}$ d'heure, 1 heure.

280 **Moi** : Comment choisissez-vous les activités pour vos patients hémiparétiques ?

281 **Ergothérapeute** : En fait, ce qu'il se passe c'est que pendant la journée, les profs APA ne font
282 que ce qui est : atelier équilibre, musculaire. Ce ne sont pas des activités sportives à
283 proprement parlé. Par contre, une fois par semaine, elles peuvent proposer un petit atelier :
284 « initiation à l'activité sportive » où là les patients du CRF euh... peuvent pratiquer ou être
285 initiés, en présence aussi des enfants du Centre d'éducation motrice. C'est l'occasion pour
286 mixer les gens, les pathologies, les faire se rencontrer. Ça crée une émulation et c'est assez
287 sympa ça. Voilà, donc là ça va être fléchettes, sarbacane, ping-pong, pétanque, je dois en
288 oublier mais voilà ce genre d'activités.

289 **Moi** : D'accord, mais ces activités sportives vous les choisissez avec les enseignants en APA ?

290 **Ergothérapeute** : Euh non. Elles font un affichage, après les gens intéressés y vont. C'est sur
291 la base du volontariat pour les patients. C'est au sein du centre pas à l'extérieur. La plupart du
292 temps ce sont des gens qu'elles côtoient déjà dans les autres ateliers. Ça a plus un abord
293 ludique que de réadaptation.

294 **Moi** : Vous utilisez des bilans pour évaluer les patients hémiparétiques ?

295 **Ergothérapeute** : Traditionnellement, on fait une MIF, ça c'est systématique, le médecin nous
296 le demande. On fait la cotation d'Ange Albert mais bon...rarement. Quand c'est possible, on
297 fait un bilan gestuel du membre sup, qui figurait déjà sur notre logiciel patient : Osiris, quand
298 il y a des possibilités fonctionnelles. Aussi, des bilans de préhension, le Jamar, bilan de force.
299 Donc pas forcément de bilans spécifiques pour les patients hémiparétiques. Le kiné fait un
300 bilan global par contre de l'hémiparésie. On s'est partagé comme ça c'est lui qui fait.

301 **Moi** : Et l'enseignant en APA vous demande des bilans ergo pour ensuite proposer ses
302 activités ?

303 **Ergothérapeute** : Il fait le test euh comment ça s'appelle déjà. Il fait faire le Tinetti, le Get up
304 and Go. Lui aussi de son côté à des bilans prescrits par le médecin, plus orientés sur
305 l'équilibre, le transfert assis-debout et la marche.

306 **Moi** : Quels sont les professionnels qui coordonnent la mise en place des activités sportives ?

307 **Ergothérapeute** : Là c'est vraiment que le prof APA. Chez nous quoi. Euh... kiné quand
308 même. Quand il y a une prescription APA, c'est le kiné qui envoie son patient chez l'APA et
309 qui transfère les infos.

310 **Moi** : Et du coup, est-ce que le kiné et l'enseignant APA collaborent durant la mise en place

311 d'activités sportives par exemple ?

312 **Ergothérapeute** : non non.

313 **Moi** : L'ergothérapeute a-t-il un rôle dans la mise en place de l'activité sportive ?

314 **Ergothérapeute** : C'est vrai que c'est plus les kinés qui sont en lien avec eux pour faire le lien
315 au niveau rééducation. Mais nous ça va être pour, éventuellement, une petite aide technique,
316 une réadaptation. Ça peut être un support, par exemple, pour la sarbacane, améliorer une
317 préhension de raquette de ping-pong euh... mais c'est rare et je t'avoue que ça ne se présente
318 quasi pas.

319 **Moi** : D'accord. Et d'après vous, en lien avec ses compétences, l'ergothérapeute, pourrait-il
320 jouer un rôle différent dans la mise en place d'une activité sportive ?

321 **Ergothérapeute** : Oui oui tout à fait. Justement, je pense au niveau aide technique. Par
322 exemple, nous on a un centre handisport à côté qui fait partie de l'association, et il y a des
323 équipes de haut niveau qui viennent, et c'est arrivé qu'on aille voir pour, par exemple, adapter
324 le gant d'une personne qui fait de l'escrime. Pareil pour le ping-pong, des adaptations au
325 niveau de la raquette ou des orthèses particulières pour tenir la raquette. Donc un rôle
326 d'adaptation principalement, de conseil aussi. On peut au moins faire l'évaluation et donner le
327 conseil, pour ensuite les faire réaliser par le centre d'appareillage de l'établissement.

328 **Moi** : Quels sont les objectifs visés dans la mise en place de l'activité sportive auprès des
329 patients hémiplegiques ?

330 **Ergothérapeute** : Euh... sur le plan des fonctions supérieures, ça peut être super intéressant
331 pour tout ce qui est de l'héminégligence par exemple. Euh... sur le plan estime de soi aussi je
332 pense. Valorisation, estime de soi, sociabilisation, émulation par le groupe. Euh... quoi d'autre.
333 Sur le plan moteur, réentraînement à l'effort, je pense, très important, coordination, poursuite
334 oculaire, mémoire, repérage dans l'espace.

335 **Moi** : En terme d'autonomie et d'indépendance, quels bénéfices de l'activité sportive
336 percevez-vous dans la vie quotidienne pour une personne hémiplegique ?

337 **Ergothérapeute** : Je pense que ces personnes vont énormément gagner en indépendance et en
338 autonomie, gagner en équilibre notamment. On le voit, dès que les patients passent en ateliers
339 APA, en activités APA, ça progresse vite. Et par rapport à la vie de tous les jours, on peut
340 prendre l'exemple du franchissement des escaliers car j'imagine qu'en prenant de l'aisance,

341 qu'en franchissant des obstacles en APA ça facilite, euh... habillage aussi. Ça stimule et ça
342 motive énormément. Stimulation, au niveau du plaisir aussi.

343 **Moi :** En quoi une collaboration entre l'enseignant en APA et vous peut-elle améliorer
344 l'autonomie et l'indépendance d'une personne hémiplegique dans la mise en place de l'activité
345 sportive ?

346 **Ergothérapeute :** Peut être en ciblant un petit peu plus, nous on a quand même une autre
347 vision de la personne en situation de handicap donc notre côté professionnel paramédical va
348 ajouter une plus-value à ce qu'aurait fait le prof APA juste avec ses connaissances à lui, bien
349 que je trouve qu'ils ont une super formation. Ça se rapproche de plus en plus de la
350 rééducation. Pouvoir à deux trouver la meilleure adaptation possible pour favoriser l'activité
351 ou pour la rendre efficace.

352 **Moi :** En quoi une collaboration avec l'enseignant en APA permettrait-elle d'améliorer votre
353 travail à vous ?

354 **Ergothérapeute :** Ça serait efficace, bien sûr. Même si nous on intervient pas en direct il
355 arrive qu'on se donne des conseils, on échange quand même beaucoup sur les patients, mais
356 c'est pas dans l'activité sportive, plutôt, elles, dans leurs exercices. Ah je n'ai pas pensé à te
357 dire ça, mais ils ont une salle de sport juste à côté, dans le centre handisport, avec tous les
358 appareils de musculation. Donc il arrive qu'ils nous demandent conseils pour l'installation, les
359 exercices. Sinon, on ne dispose pas assez de temps pour étendre nos séances d'ergo à autre
360 chose que le strict minimum, enfin entre guillemets évidemment.

Résumé

Le sport est depuis toujours un facteur de sociabilisation et engendre des bienfaits physiques et psychologiques évidents. Les activités sportives connaissent un réel engouement dans le milieu du handicap depuis quelques années et se développent de plus en plus aujourd'hui. En effet, de nombreux sports sont ouverts aux personnes hémipariétiques, qui constituent la population étudiée dans ce mémoire. L'activité sportive peut être utilisée comme moyen de rééducation, mais aussi de réadaptation et de réinsertion pour ces personnes. Le but de cette étude est de déterminer de quelle façon l'ergothérapeute et l'enseignant en activités physiques adaptées travaillent ensemble dans la mise en place de l'activité sportive, auprès de patients hémipariétiques. Ceci afin de comprendre qu'une collaboration efficace entre ces deux professionnels de santé peut permettre une amélioration de l'autonomie des personnes hémipariétiques. Une méthodologie clinique de recherche a été élaborée, et les entretiens auprès des deux intervenants ont permis de mettre en valeur leur implication et leur rôle respectif dans les activités sportives.

Mots clés

Activité sportive – Ergothérapeute – Enseignant en APA –
Personne hémipariétique – Autonomie

Abstract

Sport has always been a socialization factor and generates physical and psychological obvious benefits. In the recent years, sport activities have known a real success in the disability community and this success is growing more and more nowadays. Indeed, many sports are open to people with hemiplegia, who constitute the population studied in this master thesis. The sport activity can be used as a tool of functional rehabilitation but can also be a way for rehabilitation and reintegration for those persons. The purpose of this study is to determine how the occupational therapist and professor in adapted physical activities work together in the establishment of sport activity with hemiplegic patients, in order to understand that an effective collaboration between those two healthcare professionals can help improve the autonomy of hemiplegic persons. A clinical research methodology was developed, and the interviews with the two professionals helped enhance their involvement and their respective role in sport activities.

Key words

Sport activity - Occupational therapist - Professor in adapted physical activities -
Hemiplegic person - Autonomy