



Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation
Formation Ergothérapie

Eva BRIONNE-BORDA

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à
la recherche

Le 20 mai 2021

La préparation du retour à domicile de l'adulte post-AVC :
développement du pouvoir d'agir, modèle transactionnel de
l'occupation et mises en situation

Sous la direction de BLANC Catheline et VASSALO Anne

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements :

Je tiens à remercier par ces quelques mots, l'ensemble des personnes qui m'ont accompagnée au cours de ces trois années de formation qui m'ont permis de me (re)construire.

Tout d'abord, merci à Catheline BLANC pour son accompagnement dans ce processus de recherche, parfois déroutant, pour ses conseils et sa disponibilité.

Je tiens à remercier également ma référente professionnelle, Anne VASSALO, pour avoir accepté de me suivre dans ce travail, pour le temps consacré à ce mémoire et pour sa bienveillance.

Un grand merci à l'institut de formation d'ergothérapie de Marseille, pour leur pédagogie, leur écoute et leur passion ; ainsi qu'à l'ensemble de mes tuteurs durant mes stages.

Je souhaite également remercier l'ensemble des professionnels ayant pris le temps de répondre à mes questionnaires et à mes entretiens.

Merci à mon groupe mémoire, pour les régulations partagées en présentiel mais aussi en distanciel et leur écoute.

Merci également à Sara, Marion D, Camille, Léa, Roshane, Marion G et Nolwenn et plus globalement à l'ensemble de la promotion 2018-2021.

Je remercie particulièrement Laura : à notre rencontre inoubliable, à nos séances de révisions toujours accompagnées d'un bon goûter, à nos fous rires. Merci pour ta présence au cours de cette formation, qui n'aurait pas été la même sans toi.

Merci à Magali et Christel pour vos conseils, votre écoute et votre présence depuis tout ce temps.

Enfin, un grand merci à ma famille de m'avoir soutenue au cours de ces trois années et pour les projets à venir.

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Définition de la thématique	1
1.2	Enjeux et intérêts	2
1.3	Méthodologie de la revue de littérature.....	3
1.3.1	Bases de données	3
1.3.2	Equation de recherche.....	4
1.3.3	Critères de recherche	4
1.4	Analyse critique de la revue de littérature.....	5
1.4.1	L'accident vasculaire cérébral : une rupture dans le chemin de vie	5
1.4.2	Le retour à domicile : entre peur et soulagement.....	7
1.4.3	Les facteurs soutenant lors du retour à domicile	8
1.4.4	La qualité de vie des patients ayant eu un AVC	11
1.4.5	Conclusion de l'analyse	14
1.4.6	Problématisation pratique	14
1.5	Enquête exploratoire	15
1.5.1	Objectifs généraux et spécifiques de l'enquête exploratoire	15
1.5.2	Population cible	15
1.5.3	Sites d'exploration	15
1.5.4	Outil de recueil de données : choix, biais et stratégies d'atténuation	16
1.5.5	Construction de l'outil	16
1.5.6	Déroulement de l'enquête et choix de l'outil d'analyse des données	17

1.5.7	Analyse des résultats.....	17
1.5.8	Analyse critique des résultats	19
1.5.9	Confrontation des résultats de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire....	19
1.6	Cadre conceptuel.....	21
1.6.1	Le modèle transactionnel de l'occupation	22
1.6.2	Le développement du pouvoir d'agir.....	29
1.7	Question et objet de recherche	35
2	Matériel et méthode.....	35
2.1	Objectif de la recherche.....	35
2.2	Choix de la méthode.....	35
2.3	Choix de la population et des sites d'exploration	36
2.4	Outil de recueil de données	37
2.4.1	Choix de l'outil de recueil de données.....	37
2.4.2	Biais : anticipation et stratégies d'atténuation	38
2.4.3	Construction de l'outil de recueil de données.....	39
2.4.4	Test.....	39
2.5	Déroulé de l'enquête	39
2.6	Choix des outils de traitement de données	40
3	Résultats	40
3.1	Données descriptives.....	40
3.2	Données textuelles.....	42

3.2.1	Le développement du pouvoir d’agir : connaissance du concept en pratique	42
3.2.2	Mises en situation et développement du pouvoir d’agir	44
3.2.3	Développement du pouvoir d’agir et impact perçu sur le retour à domicile	50
4	Discussion	51
4.1	Interprétation des résultats	52
4.2	Éléments de réponse à l’objet de recherche	54
4.3	Discussion des résultats en lien avec les critiques du dispositif de recherche	56
4.4	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle	56
4.5	Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle	58
4.6	Perspectives de recherches	59
	Bibliographie	61
	Sommaire des annexes.....	65
	Résumé et mots-clefs.....	98

1 Introduction

Dans les établissements de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), une partie de la patientèle accueillie pour de la rééducation motrice revient chaque année en soins et leur séjour en SSR semble constituer une rupture de l'isolement qu'ils connaissent au quotidien, d'après le témoignage des patients. Ces patients sont, lors de leur séjour, principalement en recherche de lien social, de partage de leur quotidien avec les autres patients : l'hospitalisation semble être favorable aux relations sociales pour ces personnes. De ce constat, un questionnement émerge sur la vie de ces patients à leur domicile : sont-ils en situation d'isolement social ? ont-ils un domicile adapté à leurs besoins ? connaissent-ils et bénéficient-ils des aides auxquelles ils peuvent avoir recours ? De façon plus globale : la préparation du retour à domicile a-t-elle été suffisante pour répondre à toutes les problématiques qui peuvent être rencontrées par les patients, sur les plans de l'indépendance, de l'autonomie, du relationnel notamment ?

Afin de proposer une approche plus précise de ce questionnement, la population sera ciblée sur les personnes ayant eu un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), pathologie rencontrée à plusieurs reprises dans ce type de structure de soins et qui génère un questionnement sur les possibilités et les moyens mis en place pour faciliter le retour à domicile des patients.

Ainsi, de ce point de rupture émerge les questions suivantes : Quelle est l'origine de ce besoin de retourner dans le centre de rééducation ? Les patients sont-ils suffisamment accompagnés lors de leur retour à domicile ? Comment est-effectuée la préparation du retour à domicile, en France, de patients adultes ayant eu un AVC ?

Poursuivons avec la thématique et son explicitation.

1.1 Définition de la thématique

Au vu des éléments décrits ci-dessus, la thématique de cette revue de littérature est : la préparation du retour à domicile en France des personnes adultes ayant eu un AVC.

Cette thématique intègre différents champs disciplinaires. Tout d'abord, une pathologie, l'AVC, est centrale dans cette thématique ; le champ disciplinaire de la médecine est donc fondamental. D'autre part, il y a environ 140 000 nouveaux cas d'AVC chaque année en France selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) (1) et la prise en soins des maladies cardio-vasculaires dont l'AVC représente 10% des dépenses en santé de l'assurance maladie par an (2). Cette pathologie représente un enjeu de santé ; la thématique

s'intègre dans le champ de la santé publique. D'autre part, l'AVC est une pathologie qui a un retentissement sur la vie quotidienne de la personne du fait de la modification des capacités fonctionnelles : la thématique intègre donc les sciences de l'occupation. De façon complémentaire, la psychologie est un champ disciplinaire qui pourra venir étayer cette thématique notamment pour concernant l'acceptation de la pathologie et des séquelles associées. Pour éclairer cette thématique, précisons les deux termes clés qui la composent : l'AVC et le concept de retour à domicile.

Dans le champ médical, la Haute Autorité en Santé (HAS) définit l'AVC comme un « arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau d'une partie du cerveau. Les AVC peuvent être dus soit à un caillot dans une artère, c'est le cas trois fois sur quatre – ce sont les AVC ischémiques – soit à une hémorragie, par lésions des parois du vaisseau – ce sont les AVC hémorragiques. Certains AVC ischémiques sont transitoires (AIT), les signes régressent spontanément dans les premières heures. L'urgence et la prise en charge doivent être identiques car le risque de récurrence précoce (dans les 24h) est élevé. » (3)

Également selon l'HAS, voici les enjeux induits par le retour à domicile d'une personne à la suite d'une prise en soins hospitalière : « Le retour au domicile, après un séjour hospitalier souvent long, conduit également à reconsidérer, au-delà de la vie quotidienne élémentaire, l'articulation entre la vie individuelle, personnelle et la vie en société, en prenant en compte, à côté des aspirations de la personne, les données nouvelles induites par le traumatisme ou la maladie » (4). Cette explicitation rappelle l'importance de considérer la personne de façon holistique lors du retour à domicile, au-delà des conséquences visibles de sa pathologie. Cet accompagnement global de la personne correspond aux caractéristiques de la pratique ergothérapeutique et justifie la thématique de la préparation du retour à domicile de l'adulte post-AVC en ergothérapie.

Ainsi la thématique abordée dans ce travail portera sur la préparation du retour à domicile de l'adulte ayant eu un AVC, pathologie a survenue soudaine de type ischémique ou hémorragique et enjeu public que santé, en veillant à adopter une approche holistique de la personne.

Continuons la description de la thématique en donnant les enjeux et intérêts qu'elle représente.

1.2 Enjeux et intérêts

Tout d'abord, selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), il y a chaque année 140 000 nouveaux cas d'accidents vasculaires cérébraux. Cette pathologie

représente la première cause de handicap physique acquis chez l'adulte, la deuxième cause de démence et la deuxième cause de mortalité (1). Au vu de ces chiffres, l'AVC apparaît comme un enjeu de santé important.

D'autre part, en France un plan spécifique concernant les AVC a été créé par l'HAS (5), à la suite d'un rapport (6), datant de 2009, concernant la prévention et la prise en charge de l'AVC. Ce plan établi pour les années 2010-2014 a été actualisé en 2019 afin de poursuivre et d'améliorer les processus de soins.

Des recommandations de bonnes pratiques ont également été rédigées concernant le retour à domicile des personnes ayant eu un AVC par l'HAS en 2003, avec une mise à jour en 2006 (7). Ces dernières réaffirment l'importance de construire un projet personnalisé concerté de retour à domicile, qui prenne en compte les données personnelles, le contexte de vie et les ressources de la personne. Ces recommandations sont toujours d'actualité et ont été reprises dans les différents plans ultérieurs.

Ces recommandations indiquent par ailleurs que la prise en soins à domicile des patients ayant eu un AVC est moins coûteuse ou équivalente à la prise en soins classique en établissements de soins. Cet aspect corrèle positivement les politiques de santé concernant le virage ambulatoire et ayant pour enjeux : la diminution des coûts et une moindre dépendance aux systèmes de soins qui s'avère coûteuse au long terme.

Ainsi cette thématique s'ancre dans les enjeux actuels de santé en France : un retour dès que possible au domicile et bien préparé serait moins coûteux, limiterait l'habitué et la dépendance aux établissements de santé et permettrait au patient de retrouver au plus tôt leur environnement de vie.

1.3 Méthodologie de la revue de littérature

Avant de commencer l'analyse critique de la revue de littérature, voici comment les sources ont été recueillies et sélectionnées.

1.3.1 Bases de données

Tout d'abord, cinq bases de données ont été utilisées :

- La base Wiley Library qui regroupe des documents sur les sciences et notamment la médecine.

- La base Sage Journals qui est une base de données sur les domaines de santé, sciences humaines et sociales, ingénierie médicale et sciences biomédicales. Cette base me semblait pertinente car elle regroupe deux champs disciplinaires liés à ma thématique : la santé et la sociologie.
- La base ScienceDirect qui contient notamment la bibliothèque médicale française mais qui regroupe également de nombreux ouvrages en lien avec la neurologie et la rééducation et réadaptation.
- La base Pubmed qui est une des plus grandes bases de données médicales : elle est d'une richesse non négligeable.
- La base GoogleScholar, qui est une base très générale mais qui permet d'avoir une vision d'ensemble sur le sujet et les documents que l'on peut trouver.

1.3.2 *Equation de recherche*

Pour l'ensemble de ces bases de données, l'équation de recherche utilisée est : retour à domicile ET accident vasculaire cérébral SAUF enfant ; en anglais : return home AND stroke NOT child. La traduction en anglais a été réalisée en veillant à utiliser des MeSHterms¹ afin d'accroître la pertinence des résultats. Les mots clés ont été choisis afin de reprendre les termes majeurs de la thématique et de centrer les résultats sur des données concernant une population adulte. Concernant les opérateurs booléens, les termes « retour à domicile » et accident vasculaire cérébral ont été associés par l'opérateur ET/AND car seulement les articles contenant ces deux termes sont recherchés et l'opérateur SAUF/NOT a été utilisé avec le terme « enfant » pour exclure les articles concernant la pédiatrie de la recherche(8). Le terme « ergothérapie » n'apparaît pas car l'ajout de celui-ci restreint de façon trop importante les résultats. Les recherches ont été faites uniquement avec l'équation de recherche en anglais, pour maximiser les résultats et trouver des documents sur les pratiques dans d'autres pays afin de construire une vision globale de ce qui est connu à ce jour sur cette thématique.

1.3.3 *Critères de recherche*

Un critère de date a été défini pour les recherches : seuls les documents datant de 2010 ou après ont été retenus. Cette date a été choisie par rapport à la date de mise en place du plan AVC en France : ce plan étant la référence en termes de pratiques en France, il semble pertinent de choisir des études, qui si elles ont été menées en France refléteront ces pratiques et qui si elles ont été menées à l'étranger pourront être mises en liens avec les recommandations françaises.

¹ MeSHterms: Medical Subject Headings terms. Traduction par l'auteur : termes clés de sujets médicaux.

(Cf. Annexe 1 : Tableau de résultats des bases de données) (p.65). Parmi l'ensemble des documents proposés, la sélection a été réalisée à partir de la lecture des résumés et la pertinence des thématiques des résultats proposés en lien avec la thématique de recherche : uniquement des documents traitant d'ergothérapie ou d'éléments en lien avec l'ergothérapie centrés sur la préparation du retour à domicile de l'adulte post-AVC ou relatant le retour à domicile d'adulte post-AVC ont été sélectionnés. Les documents se centrant de façon exclusive sur un outil de rééducation n'ont pas été retenus afin de dresser un état des lieux global de la situation.

Treize sources ont été retenues pour constituer cette revue de littérature, douze documents issus des recherches et un document issu d'une lecture opportuniste. Parmi ces documents, douze sont des études et font donc partie de la littérature scientifique et un document intègre la littérature professionnelle. (Cf. Annexe 2 : Tableau de synthèse des documents.) (p.66).

1.4 Analyse critique de la revue de littérature

1.4.1 L'accident vasculaire cérébral : une rupture dans le chemin de vie

Une étude intitulée « Stroke Survivors' expériences transitionning from hospital to home »² (9), réalisée par Teresa Connolly et Ellen Mahoney en 2018. Cette étude qualitative cherche à comprendre le vécu du retour à domicile de 31 personnes américaines ayant eu un AVC ischémique, via un interview téléphonique semi-directif. Des entretiens menés, le résultat suivant ressort : « The shock of a stroke interrupting a normal day »³ (9). En effet, les participants témoignent du choc qu'ils ont ressenti lorsqu'ils ont compris que quelque chose d'anormal était en train de se produire. Les comportements étaient variables : difficulté à réagir et à appeler les urgences ou au contraire prise de conscience du danger et appel des secours. Cet évènement demeure un bouleversement profond notamment par le souvenir vif et précis de ce qu'il s'est passé.

En effet, l'étude « The experience of stroke survivors 3 months after being discharged home: a phenomenological investigation »⁴(10), réalisée par Silvio Simeone, Serenella Savini, et al. auprès de 15 participants italiens, met en lumière le résultat suivant : « Vivid memory of the acute phase of the stroke »⁵(10). Cet élément vient compléter le résultat de la précédente étude. Les personnes interviewées disent avoir de très bons souvenirs du début de l'AVC, du sentiment

² « Le vécu de la transition hôpital-domicile par des personnes ayant survécu à un AVC ». Traduction par l'auteur.

³ « Le choc de l'AVC qui interrompt une journée normale ». Traduction par l'auteur.

⁴ « Le vécu des personnes ayant survécu à un AVC 3 mois après leur retour à domicile : une investigation phénoménologique ». Traduction par l'auteur.

⁵ « Mémoire vive de la phase aigüe de l'AVC ». Traduction par l'auteur.

de peur qu'ils ont ressenti et qui est toujours présent. Cette étude montre également un profond changement de vie, « deeply changed life »⁶ (10) : des difficultés dans les activités de la vie quotidienne créant un besoin d'aide et d'adaptation du domicile. L'AVC a également donné un caractère précaire et moins sûr à la vie de ces patients. Néanmoins, tous les participants de cette étude expriment leur soulagement d'avoir récupéré de leur AVC et ce, même si la récupération physique et/ou cognitive est minime. « Patients very often reported that they felt relieved as they recovered and as they gained more physical independence »⁷ (10).

Une étude néerlandaise réalisée par Louise Meijering, Christa S. Nanninga, et al., publiée en 2015, intitulée « Home making after stroke. A qualitative study among Dutch stroke survivors »⁸ (11) vient compléter les autres études en ce qui concerne le sentiment de soulagement. En effet, parmi les 31 personnes interviewées un cinquième d'entre elles déclare avoir bien intégré le fait d'avoir eu un AVC et que celui-ci ait modifié leur quotidien. Cette acceptation repose sur une cohérence des changements de vie imposés par l'AVC avec les souhaits de vie pré-AVC ou sur une vie avant l'AVC peu active et qui n'a donc pas été fortement impactée par l'accident.

Cependant, l'étude de T.Connolly et E.Mahoney vient nuancer, voire s'opposer, aux sentiments de soulagement et d'acceptation. Une des thématiques qui ressort de leur recherche est l'incertitude (9). La majorité des 31 participants a exprimé la peur de faire un nouvel AVC de façon soudaine et de ne pas percevoir les éventuels signes avant-coureurs. Cette incertitude, créatrice de peur et d'anxiété, est constamment présente dans leurs pensées quotidiennes et impacte leurs activités.

Ainsi, comment préparer le retour à domicile tout en accompagnant les personnes dans le deuil et l'acceptation des séquelles de l'AVC ? Comment gérer la confrontation aux séquelles nécessaire pour préparer au mieux le retour à domicile tout en laissant à la personne le temps d'accepter la nouvelle situation de vie ? Comment accompagner les personnes afin qu'elles retrouvent une vie qui leur correspond malgré l'incertitude qu'elles peuvent ressentir ?

⁶ « Vie profondément changée ». Traduction par l'auteur.

⁷ « Les patients ont souvent reporté qu'ils se sentaient soulagés à mesure qu'ils se rétablissaient et qu'ils gagnaient en indépendance physique ». Traduction par l'auteur.

⁸ « Faire maison après un AVC. Une étude qualitative chez les survivants néerlandais d'un AVC ». Traduction par l'auteur.

1.4.2 *Le retour à domicile : entre peur et soulagement*

Les données fournies par l'étude « Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home » (9). Les 31 personnes qui ont participé à cette recherche ont fait émerger le constat suivant en ce qui concerne le retour à domicile : « Transition to an unfamiliar home »⁹ (9). En effet, les participants se sont sentis soulagés lorsqu'on leur a annoncé la possibilité de rentrer chez eux, cependant ils ont rapidement réalisé l'impact de l'AVC sur leur fonctionnement à domicile et notamment les conséquences de leur fatigabilité importante. Ainsi, le soulagement initial a laissé place au sentiment que leur domicile n'était plus le leur.

L'étude qualitative, datant de 2015 et réalisée par Asa Nordin, Katharina S. Sunnerhagen, et al., intitulée « Patients' expectations of coming home with very early supported discharge and home rehabilitation after stroke »¹⁰ (12) vient corréler ce résultat. En effet, les interviews réalisés auprès de 10 participants vivant en Suède ont permis de mettre en lumière le résultat suivant : « A new and unknown home situation »¹¹ (12). Les circonstances de leur vie à domicile ont été modifiées par leurs capacités physiques et/ou mentales post-AVC : la peur de tomber entraînant des limitations d'activités, sentiment d'insécurité par rapport à la gestion du domicile. D'autre part, le changement de conditions environnementales a renforcé ces sentiments. L'hôpital était un lieu adapté et rassurant, notamment du fait de l'aide disponible en continu, alors que le domicile fait ressortir l'anxiété de ne pas savoir gérer et performer dans les activités de la vie quotidienne.

L'étude réalisée par L.Meijering, C.S.Nanninga et al. vient compléter cet aspect (11). En effet, l'AVC a modifié les habitudes de vie des participants, notamment par la perte de leur emploi. Le domicile, qui était avant l'AVC une base de départ pour les activités hors domiciles, est devenu un lieu de vie quotidienne. Pour la majorité des 31 participants cette modification a engendré une lutte pour donner un sens à leur vie et à leur domicile par rapport à ce qu'ils étaient et ce qu'ils souhaitaient être avant l'accident. Les chercheurs ont également mis en exergue le phénomène suivant : « re-negotiating routines at home »¹²(11). Les activités auparavant routinières pour les participants sont devenues des activités demandant beaucoup

⁹ « Transition vers un domicile non familial ». Traduction par l'auteur.

¹⁰ « Les attentes des patients lors d'un retour à domicile lors d'une sortie précoce soutenue et d'une rééducation à domicile après un AVC ». Traduction par l'auteur.

¹¹ « Une situation à domicile nouvelle et inconnue ». Traduction par l'auteur.

¹² « Renégocier les routines à domicile ». Traduction par l'auteur.

de concentration et d'énergie. Le niveau de participation occupationnelle a été modifié tout comme les stratégies de réalisation et les rôles.

L'étude « An exploration of participation in leisure activities post-stroke »¹³, réalisée en 2009, par C. O'Sullivan et G.Chard(12), vient compléter les précédents constats de modification des activités. Cette étude centrée sur les loisirs met en exergue une modification du type d'activités de loisirs chez les 5 participants : les activités de loisirs post-AVC sont plus passives, sédentaires et solitaires que les activités faites auparavant par ces personnes. Les difficultés de reprise de la conduite automobile et le souhait de ne pas dépendre d'autrui viennent réduire les possibilités de loisirs, tout comme les séquelles de l'AVC. Ceci est source de ressenti négatif pour les personnes : frustration, sentiment de régression, impression d'être devenu(e) ennuyeux(se).

Néanmoins, l'étude précédemment citée, réalisée par A. Nordin, K.S. Sunnerhagen et al. (12), vient contredire ces résultats. Pour les 10 participants, le retour à domicile est associé au fait de retrouver un environnement familier désiré : revoir leur famille, retrouver leurs effets personnels. Le retour leur permet également de regagner en autonomie personnelle : pouvoir décider de ses routines, reprendre d'anciennes habitudes. La moitié des participants ont exprimé être capable de réaliser leurs activités quotidiennes malgré l'insécurité ressentie. Pour ces personnes, le retour à domicile a facilité la gestion des activités de vie quotidienne et le retour à une vie de tous les jours.

Quels sont les facteurs influençant la perception et le ressenti du retour à domicile, et qui pourraient expliquer cette divergence de points de vue ? Quelle prise en soins pouvons-nous proposer pour accompagner dans le deuil des activités qui ne pourront plus être réalisées, dans le changement des habitudes et de routine, dans l'apprentissage de la gestion des activités et des difficultés qu'elles génèrent ?

Nous allons poursuivre notre analyse du processus de retour à domicile, en relevant les éléments facilitateurs.

1.4.3 Les facteurs soutenant lors du retour à domicile

Les participants à l'étude de T.Connolly et E.Mahoney ont permis de souligner quelques éléments qui ont soutenu leur retour à domicile (9). Au travers de la résultante « Understanding

¹³ « Une exploration de la participation aux activités de loisir post-AVC ». Traduction par l'auteur.

a new sense of self »¹⁴ (9), plusieurs facteurs facilitants ont été décrits : les interactions avec les systèmes de soutien : famille, proches, prestataires de soins ; compréhension des causes de l'AVC, comportement rassurant et bienveillant des soignants. Ces paramètres ont permis aux personnes d'augmenter l'engagement dans leurs activités, en limitant leurs peurs, et d'augmenter la confiance des participants à faire face à leurs difficultés.

L'étude « Individualised home-based rehabilitation after stroke in Eastern Finland. The client perspective »¹⁵(14), réalisée par Merja A. T. Reunanen, Aila Järvikoski, et al., en 2014, auprès de 14 patients ayant bénéficié d'une rééducation à domicile, vient corrélérer les résultats précédents. Les personnes ayant participé à ce programme de rééducation ont souligné l'importance de pouvoir échanger régulièrement avec des professionnels de santé. L'environnement du domicile a constitué un contexte de dialogue naturel pour échanger sur le vécu des progrès, les nouveaux défis, les peurs et l'incertitude. Un partenariat et un support psychosocial significatifs se sont créés.

Selon l'étude « Early supported discharge following mild stroke : a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home »¹⁶, réalisée en 2016 par S.Lou, K.Carstensen, et al.(15), le domicile devient un lieu associé à la guérison et à la rééducation. En effet, en corrélation avec les éléments précédents, les 22 couples participants expriment que le domicile est le lieu qui leur semble le plus adapté pour la rééducation, avec le soutien de l'équipe d'accompagnement du retour à domicile précoce. Les visites de l'équipe de soins sont très appréciées par les couples et source de motivation. La relation horizontale qui s'établit entre les professionnels et les participants lors des visites de l'équipe à domicile, est très appréciée : la parole est plus libre et les propositions en adéquation parfaites avec les besoins.

La recherche de A. Nordin, K.S. Sunnerhagen et al., vient corrélérer cette idée (12). En effet, la présence d'une équipe rééducative intervenant à domicile permet d'obtenir du soutien pour gérer la maison, retrouver d'anciennes capacités et ainsi gagner en indépendance. Grâce aux visites à domicile, l'équipe peut préconiser des aides techniques et/ou humaines parfaitement adaptées aux besoins de la personne. D'autre part, les visites ont permis d'augmenter le

¹⁴ « Comprendre un nouveau sens de soi ». Traduction par l'auteur.

¹⁵ « Rééducation individualisée basée à domicile avec un AVC dans l'Est de la Finlande. La perspective du patient ». Traduction par l'auteur.

¹⁶ « Retour à domicile accompagné précoce après un AVC léger : une étude qualitative sur le vécu de patients et de leurs partenaires concernant la rééducation à domicile ». Traduction par l'auteur.

sentiment de sécurité des participants : leur domicile ayant été étudié par des professionnels, les participants sont rassurés vis-à-vis du risque de chute notamment.

L'étude de S.Lou, K.Carstensen, et al,(15) souligne en complément, le conjoint comme élément soutenant. Les participants ont décrit que la collaboration qui se créait au sein de leur couple permettait une meilleure intégration de leurs difficultés dans la vie quotidienne et un maintien des activités réalisées quotidiennement.

Ensuite, l'étude de Merja A. T. Reunanen, Aila Järvikoski, et al., met en lumière plusieurs axes de rééducation-réhabilitation ayant été bénéfiques et signifiants pour les participants (14) et qui complètent les éléments décrits ci-dessus. Tout d'abord, l'apprentissage de nouvelles stratégies de coping, « Learning new coping strategies » (14) : les personnes ont appris des techniques concrètes et parfaitement adaptées à leur environnement grâce à la rééducation à domicile. D'autre part, l'accompagnement par des professionnels lors de mise en situations de vie quotidienne (par exemple aller retirer de l'argent à un distributeur), a permis d'augmenter les capacités cognitives et instrumentales et l'efficacité des participants. Cette guidance s'est révélée très significative pour les personnes qui ont acquis une meilleure connaissance d'elles-mêmes et ont pu se réapproprier leurs rôles.

D'autre part, les exercices de coaching individualisés et ciblés sur les souhaits des participants ont été très bénéfiques. « The narratives on this theme referred to planning meaningful practices jointly with the therapist, increasing the efficacy of exercise through guidance and feedback, and evaluating progress together with the therapist »¹⁷ (14). Néanmoins certains participants ont révélé un accompagnement psychologique insuffisant vis-à-vis de leurs besoins. Enfin, la guidance des professionnels a incité les participants à explorer les services de la communauté dans laquelle ils vivent. Les personnes ont, de ce fait, pris l'habitude d'utiliser les services locaux de loisirs notamment : ces prestations représentent un véritable support pour les participants vivant seul à leur domicile.

En lien avec le contexte de soin propre à la France, est-il possible de mener un accompagnement approfondi à domicile ? Des mises en situation (notamment en appartement thérapeutique) peuvent-elles favoriser un meilleur vécu du retour à domicile ? Sont-elles suffisantes pour que la personne vive bien la transition vers le domicile ?

¹⁷ « Les récits sur ce thème font référence à la planification de pratiques signifiantes conjointement au thérapeute, à l'augmentation de l'efficacité des exercices grâce à la guidance et aux feedbacks et à l'évaluation des progrès ensemble avec le thérapeute ». Traduction par l'auteur.

Nous allons terminer cette analyse en nous penchant sur la qualité de vie des personnes ayant eu un AVC et plus particulièrement leur qualité de vie à domicile.

1.4.4 La qualité de vie des patients ayant eu un AVC

L'étude quantitative longitudinale « In what daily activities do patients achieve indépendance after stroke ? »¹⁸ (16). Cette recherche menée auprès de 435 personnes italiennes par Giovanni Morone, Stefano Paolucci et Marco Iosa, met en exergue plusieurs facteurs prédictifs négatifs au gain en indépendance : la sévérité de l'AVC, la négligence, l'âge relativement avancé, le fait d'être de sexe féminin et le fait qu'il se soit écoulé un intervalle de temps important avant l'admission en centre de rééducation. Les résultats recueillis en utilisant l'indice de Barthel montrent : qu'il est très probable de récupérer les fonctions de continence urinaire et fécale, qu'il est probable de récupérer l'indépendance pour les déplacements et les transferts et qu'il est peu probable de récupérer l'indépendance pour la toilette et les soins du haut du corps.

L'étude quantitative « Depression, activities of daily living and quality of life in patient with stroke »¹⁹ (17), réalisée par Hojjat Allah Haghgoo, Elmira Saed Pazuki, et al., auprès de 40 personnes iraniennes ayant eu un AVC, vient compléter les données précédentes. Malgré une prévalence de dépression post-AVC plus élevée chez les femmes, il existe une corrélation négative entre dépression et qualité de vie (c'est-à-dire que plus la dépression est importante, moins le niveau de qualité de vie est élevé) mais également entre la performance dans les activités de la vie quotidienne et la dépression (c'est-à-dire que plus la performance dans les activités de vie quotidienne est importante, moins la dépression est importante). Néanmoins il existe une corrélation positive entre la performance dans les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie : en effet, plus la performance dans les activités quotidiennes est importante, plus la qualité de vie est élevée. Ainsi, une amélioration de la performance dans les activités de la vie quotidienne, contribue à minimiser la dépression post-AVC et à maximiser la qualité de vie.

En complétion des deux études précédemment mentionnées, l'étude multidimensionnelle quantitative « Sequelae and quality of life in patients living home at 1 year after a stroke managed in stroke unit »²⁰(18), réalisée en France en 2019, par Sophie Broussy, Florence Saillour-Glenisson, et al., auprès de 161 personnes, montre que la fatigue et les douleurs sont

¹⁸ « Dans quelles activités quotidiennes les patients atteignent-ils l'indépendance après un AVC ? ». Traduction par l'auteur.

¹⁹ « Dépression, activités de la vie quotidienne et qualité de vie des patients avec AVC ». Traduction par l'auteur.

²⁰ « Séquelles et qualité de vie de patients vivants à domicile 1 an après un AVC pris en soins dans une unité dédiée ». Traduction par l'auteur.

les deux symptômes majoritairement persistants. En corrélation aux résultats de l'étude de Hojjat Allah Haghgoo, Elmira Saed Pazuki, et al., les difficultés de participation sont liées à une qualité de vie plus faible et ce malgré un bon fonctionnement à la sortie des établissements de soins et l'indépendance dans les actes de la vie quotidienne. La perception du taux d'handicap invisible n'est pas liée à la sévérité de l'AVC pour les participants. Également, des niveaux bas d'intégration à domicile, de productivité et de qualité de vie sont constatés et ont de fortes conséquences au quotidien pour les participants notamment sur leur niveau de participation.

L'étude quantitative « Neighborhood socioeconomic status and trajectories of physical health related quality of life among stroke survivors »²¹ (19), réalisée auprès de 284 participants américains, par Erica Twardzik, Philippa Clarke, et al., en 2019, vient compléter la perception de la santé physique liée à la qualité de vie dans le temps et en fonction du contexte socio-économique. Les résultats reflètent que la santé physique liée à la qualité de vie varie selon l'âge lors de l'AVC, le sexe de la personne et son niveau socioéconomique. Plus précisément, plus l'âge de la personne est important lors de l'AVC, plus sa santé physique liée à sa qualité de vie va diminuer dans le temps. D'autre part, la santé physique liée à la qualité de vie s'améliore au cours du temps chez les femmes tandis qu'elle diminue chez les hommes. Enfin, plus le niveau socio-économique des personnes est élevé, plus la santé physique en lien avec la qualité de vie est importante.

Ainsi, les facteurs socio-économiques, les caractéristiques intrinsèques à la personne, les divers éléments prédictifs de l'indépendance de la personne, le niveau de participation dans les activités de la vie quotidienne vont être autant d'éléments qui vont impacter la qualité de vie des patients lors de leur retour à domicile.

D'autre part, la recherche de S.Simeone, S.Savini, et al., met en exergue une vie ralentie pour les personnes due à leurs capacités physiques, cognitives et décisionnelles limitées (10). En lien avec ce ralentissement et les restrictions participationnelles, les personnes se sentent coupables de l'inconfort qu'elles causent à leur famille. Ce sentiment augmente pour ceux qui bénéficient d'aide extérieure.

²¹ « Statut socioéconomique du quartier et trajectoires de la qualité de vie liée à la santé physique chez les survivants d'un AVC ». Traduction par l'auteur.

La recherche réalisée par A.Nordin, K.S.Sunnerhagen et al., vient corrélérer ce sentiment de dépendance. En effet, la dépendance aux aidants familiaux ou aux proches (voisins) est vécue comme problématique. Le recours à l'aide de la communauté est vécu de façon mitigée car il renvoie au sentiment de dépendance. Les participants ressentent une ingérence dans leur autonomie personnelle car leurs comportements sont plus conditionnés par leur famille et les équipes de rééducation à domicile qu'auparavant.

Comme le met en lumière l'étude « Home making after stroke. A qualitative study among Dutch stroke survivors » (11), les interactions au sein du domicile ont été modifiées. Les partenaires des participants ont souligné qu'ils avaient l'impression de s'occuper d'un enfant et que leur compagnon de vie était devenu un étranger. Les rôles, les relations et les identités ont été profondément bouleversées par l'accident. Le domicile est devenu un refuge pour les personnes ayant eu l'AVC, voire un lieu d'enfermement contre leur gré notamment par incompréhension de leur handicap invisible par leurs amis. Les relations sociales des participants ont diminué, au risque de les plonger dans l'isolement.

Les recommandations de l'HAS concernant « le retour à domicile de patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral »(4), préconisent « d'organiser un soutien personnalisé pour le patient et ses aidants en fonction de leurs besoins psychosociaux » (4), « de dépister [...] la dépression du patient et l'épuisement et la dépression de l'aidant » (4) après le retour à domicile.

Enfin l'étude « Effectiveness of an occupational therapy home programme in Spain for people affected by stroke »²², réalisée en 2013 par A.Avila, M.Duran et al.(20), évalue les effets d'un accompagnement personnalisé en ergothérapie à domicile. Ce programme individualisé, comme préconisé par l'HAS, a permis une amélioration statistiquement significative des scores de l'indice de Barthel et du test LOTCA 2. D'autre part, les 23 participants se sont révélés très satisfaits de cet accompagnement tout comme leurs proches et ceci a entraîné une augmentation de la qualité de vie et une diminution à terme des coûts des soins. « Moreover, because not only the users but also their family members are highly satisfied with the OTH treatment, this leads to an improved quality of life for all of them, which in turn means lower healthcare costs »²³(20).

²² « Efficacité d'un programme ergothérapeutique à domicile pour des personnes affectées par un AVC, en Espagne ». Traduction par l'auteur.

²³ « De plus, parce que les patients mais également les membres de leur famille sont très satisfaits du programme ergothérapeutique à domicile, une amélioration de leur qualité de vie est générée, ce qui signifie une diminution des coûts de santé ». Traduction par l'auteur.

Ainsi ne serait-il pas pertinent de travailler la dimension psycho-sociale, en ergothérapie, en amont du retour à domicile, afin de mieux vivre cette transition ? Comment favoriser la reprise d'activités telles que les loisirs ? Comment préparer la personne aux regards, aux a priori des personnes qu'elle va côtoyer dans son quotidien (lors du retour à domicile) ?

1.4.5 Conclusion de l'analyse

L'analyse des données actuellement présentes dans les littératures concernant la thématique : la préparation en France du retour à domicile de personnes adultes ayant eu un AVC, reflète la difficulté notamment sur le plan psycho-social du retour à domicile. La peur d'un nouvel AVC, le souvenir de celui qui a été vécu, l'acceptation du handicap, la peur de ne plus pouvoir faire comme avant, la modification des rôles, l'impact sur la qualité de vie individuelle et familiale, sont autant d'enjeux dans lesquels il faut accompagner la personne.

A ce jour, en France la prise en soins des patients est principalement axée sur les capacités fonctionnelles et cognitives. En effet, les recommandations du « Parcours de soins en médecine physique et de réadaptation (MPR) : « Le patient après AVC » » (21), rédigées par la Société Française de Médecine physique et de réadaptation (SOFMER) et la Fédération Française de Médecine physique et de réadaptation (FEDMER), sont déclinées ainsi quelle que soit la catégorie de déficiences : « déficiences sans difficulté ajoutée ; nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement ; inadaptation ou insuffisance du réseau médical ; difficultés sociales et psychosociales ; pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle ; pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle » (21).

1.4.6 Problématisation pratique

En France, le système de soins actuel ne propose pas d'équivalent aux ESD (early supported discharge)²⁴, la prise en compte de la dimension psycho-sociale est limitée. Ceci questionne la pratique professionnelle notamment au vu des bénéfices qui ont pu être mis en évidence avec ce type d'accompagnement dans la revue de littérature. Ainsi ne pouvons-nous pas mieux préparer les patients à leur retour à domicile afin de réduire l'impact voire le choc émotionnel et psychologique de voir sa vie totalement modifiée par l'AVC ? Quels moyens peuvent être mis en place, en ergothérapie, pour faciliter la transition entre le milieu de soins et le domicile pour les patients post-AVC ? Comment accompagner la reprise progressive des activités significatives des patients post-AVC ?

²⁴ Retour à domicile accompagné précoce. Traduction par l'auteur.

1.5 Enquête exploratoire

1.5.1 Objectifs généraux et spécifiques de l'enquête exploratoire

Une enquête exploratoire est réalisée à la suite de cette revue de littérature afin de se distancier de celle-ci en la confrontant à la pratique de terrain ; d'évaluer la pertinence du questionnement et de la recherche ; et d'élargir le questionnement, alimenter la problématique pratique et apporter de nouveaux éléments pour cerner ce phénomène.

Cette enquête est également réalisée en lien avec plusieurs objectifs spécifiques :

- Connaître les pratiques actuelles des ergothérapeutes, en France, concernant la préparation du retour à domicile :
 - Quels outils sont utilisés ?
 - Quelles activités sont proposées ?
 - Y-a-t-il des programmes d'éducation thérapeutique du patient et quel est leur contenu ?
- Prendre connaissance des difficultés rencontrées dans la pratique et pouvant avoir un impact sur la préparation du retour à domicile de personnes ayant eu un AVC (manque de temps, priorisation de la rééducation fonctionnelle sur le temps de séjour en SSR, ou autre)
- Connaître la perception de la demande, des usagers, de préparation au retour à domicile
- Recueillir l'avis des ergothérapeutes concernant une préparation du retour à domicile par le biais de mises en situation en appartement thérapeutique.

1.5.2 Population cible

L'enquête sera réalisée auprès d'ergothérapeutes travaillant auprès de personnes ayant eu un AVC en France uniquement, car il s'agit de recueillir plus d'informations sur la pratique ergothérapeutique française, peu présente dans les différentes littératures scientifiques.

1.5.3 Sites d'exploration

Concernant les sites d'exploration, afin de ne pas limiter l'enquête aux établissements de rééducation, les groupes d'ergothérapeutes sur les réseaux sociaux seront utilisés. D'autres part, un annuaire répertoriant les ergothérapeutes travaillant dans le milieu de la rééducation, disponible par le biais de l'institut de formation sera utilisé.

1.5.4 Outil de recueil de données : choix, biais et stratégies d'atténuation

Pour réaliser cette enquête, l'outil de recueil de données choisi est un questionnaire en ligne. Le questionnaire permettra de recueillir l'expérience d'un plus grand nombre de professionnels dans le but d'établir un état des lieux fiable de ce qui se fait actuellement sur le terrain (22). Le questionnaire semble d'autant plus pertinent qu'un grand nombre d'ergothérapeutes travaillent dans ce domaine et peuvent être des participants potentiels. Le questionnaire en ligne garantit l'anonymat des participants et l'impossibilité de traçage : ce qui pourra faciliter l'expression authentiques des professionnels. L'enquêté pourra prendre le temps de répondre quand il le souhaite ; le biais qui peut être induit par la présence de l'enquêteur sera écarté.

Néanmoins le questionnaire présente également des inconvénients. En effet, il est impossible de s'assurer que la personne visée est la personne qui a répondu au questionnaire. Afin de limiter ce biais, le questionnaire sera, autant que possible, envoyé sur des adresses électroniques d'ergothérapeutes ou de services de rééducation. D'autre part, il sera rappelé en introduction du questionnaire que celui-ci est destiné uniquement à des ergothérapeutes et le questionnaire commencera par une question demandant si la personne est effectivement ergothérapeute : cette question a un but dissuasif. Dans le questionnaire, la spontanéité des réponses est limitée et l'enquêteur ne peut pas observer l'enquêté. Pour limiter ces effets, un grand nombre de questions ouvertes ou semi-ouvertes seront proposées afin que les participants se sentent libres de partager leurs expériences. Des biais méthodologiques, notamment en lien avec la formulation des questions, peuvent être présents. Afin de restreindre ces derniers, le questionnaire sera auparavant testé pour s'assurer d'une formulation appropriée des questions. Concernant les réponses, un biais de conformité peut être également présent. Pour l'analyse des résultats, la prise de recul sera indispensable afin de ne pas induire de biais affectif et/ou de biais de confirmation (23).

1.5.5 Construction de l'outil

Le questionnaire est construit via l'outil OfficeForms® et à l'aide d'une matrice de questionnement (Cf. Annexe 3 : matrice de questionnement) (p.74). Une introduction rappelant le cadre de l'enquête précède 13 questions (fermées, semi-ouvertes ou ouvertes selon les items), qui sont suivies par un mot de remerciement.

1.5.6 Déroutement de l'enquête et choix de l'outil d'analyse des données

Le test a été effectué auprès d'une cohorte représentative de la population mère. Le questionnaire a été envoyé à 7 ergothérapeutes sélectionnés au hasard dans l'annuaire des professionnels, sans préciser que c'était un test. 3 réponses ont été recueillies : le questionnaire n'a pas été modifié après le test car les questions étaient bien comprises et aucune remarque n'a été formulée par les enquêtés dans l'item dédié à cet effet, item supprimé pour la version définitive. L'enquête ouverte pendant 1 mois, a été clôturée après avoir recueilli 26 réponses. (Cf. Annexe 4 : questionnaire et données brutes recueillies) (p.77). Les données qualitatives seront analysées de sorte de faire ressortir les thématiques principales du discours des enquêtés et pour les questions semi-ouvertes proposant plusieurs modalités de réponse, une analyse statistique des données sera proposée.

1.5.7 Analyse des résultats

25 participants travaillent dans une structure hospitalière et/ou de rééducation et 1 ergothérapeute travaille dans une équipe mobile de réadaptation et de réinsertion.

Concernant la préparation du retour à domicile des patients post-AVC, pour 18 participants les patients sont « souvent » en demande concernant leur retour à domicile et pour 8 enquêtés ils sont « toujours » en demande. 19 des 26 ergothérapeutes interrogés souhaiteraient avoir plus de temps à consacrer à cette problématique. Voici quels sont les moyens utilisés par les ergothérapeutes pour accompagner les patients vers le retour à domicile. Les résultats montrent que les professionnels utilisent principalement les mises en situation, les visites à domicile et les échanges avec la famille.

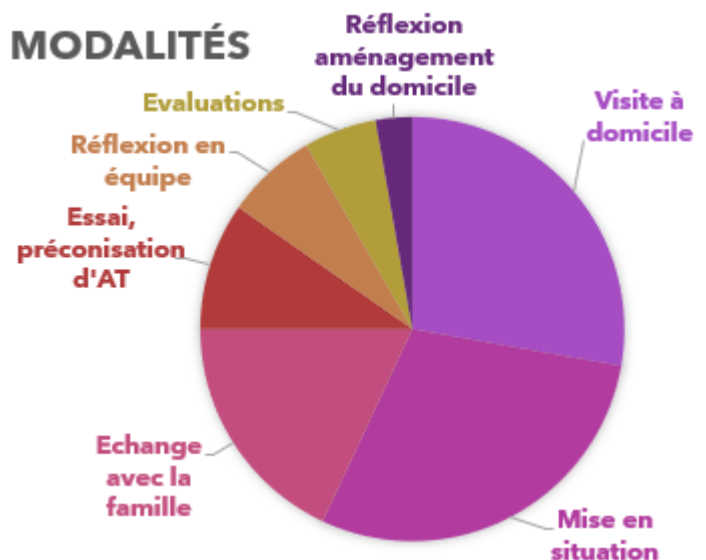


Figure 1: Les modalités de préparation du retour à domicile utilisées par les ergothérapeutes

Concernant plus spécifiquement les mises en situation en appartement thérapeutique, les professionnels déclarent que l'espace thérapeutique n'est pas le lieu de vie réel des usagers et de ce fait, les mises en situation ne seront pas le reflet exact des capacités ou des difficultés que pourra rencontrer la personne chez elle. Cependant, cela permet à l'ergothérapeute d'évaluer le patient et de faire des propositions d'aides techniques ou de compensations.

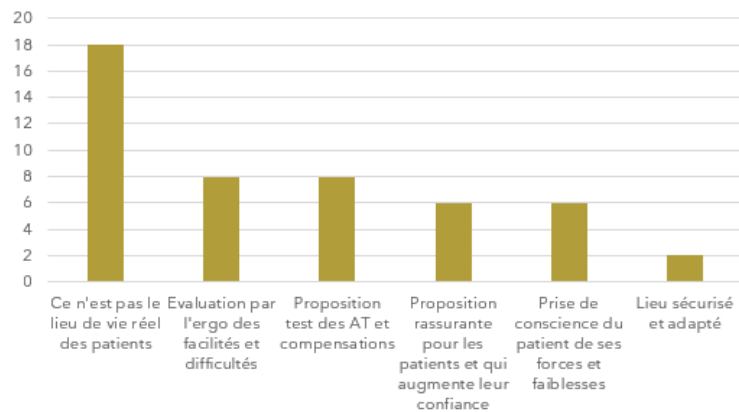


Figure 2: Avis des ergothérapeutes concernant les mises en situation en appartement thérapeutique

Concernant l'abord et la prise en compte de la dimension psycho-relationnelle, 21 des 26 ergothérapeutes interrogés déclarent travailler cet aspect avec les patients. Cet abord se fait principalement par le biais d'échanges formels ou non, d'orientation du patient vers un autre professionnel tel que le neuropsychologue et par les mises en situation.

Figure 3: Moyens utilisés par les ergothérapeutes pour aborder la dimension psycho-relationnelle

Enfin, 4 aspects concernant la préparation du retour à domicile ressortent majoritairement, lors d'une question ouverte sur le vécu par les professionnels de la préparation du retour à domicile des patients post-AVC. Sur 21 personnes ayant répondu à cet item :

- 6 enquêtés préconisent de favoriser une approche systémique pour construire un projet de retour à domicile, pour qu'il corresponde aux besoins et pour qu'il fonctionne.
- 5 enquêtés recommandent de prendre le temps de bien préparer le retour à domicile et sans précipitation.
- 3 enquêtés disent qu'il faut favoriser les mises en situation pour être au plus proche des habitudes, des envies de la personne et de son environnement.

- 3 enquêtés déclarent qu'il faudrait tendre vers un suivi post-retour à domicile.
 - 21 ergothérapeutes sur 26 abordent la dimension psycho-relationnelle avec les patients Moyens utilisés

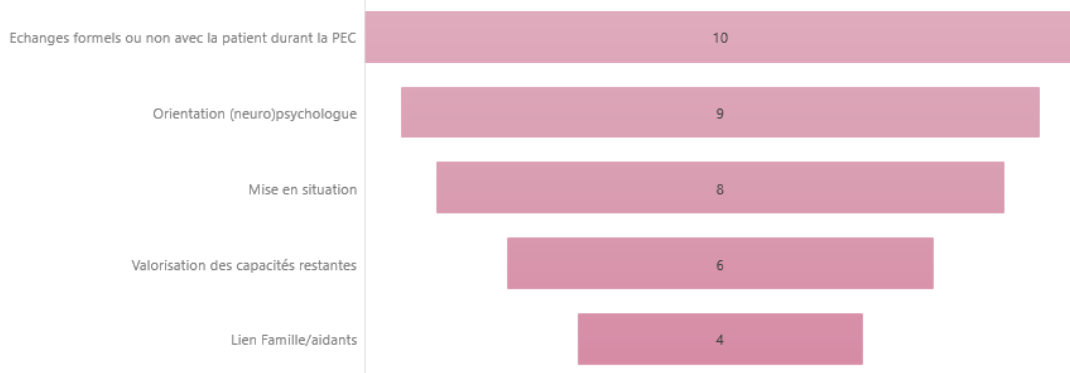


Figure 3 : Moyens utilisés par les ergothérapeutes pour aborder la dimension psycho-relationnelle

1.5.8 Analyse critique des résultats

Le questionnaire étant adressé aux ergothérapeutes, aucune information concernant le vécu du retour à domicile par les bénéficiaires ne sera recueillie : cela donne une vision partielle de la préparation du retour à domicile et ne permet pas de mettre en lien le travail des ergothérapeutes avec le vécu des personnes post-AVC. D'autre part, des biais ont pu influencer les résultats. En effet, afin de clarifier les questions et de préciser les éléments demandés, le choix a été fait de définir des termes notamment celui de dimension psycho-relationnelle et de proposer des exemples notamment concernant les modalités de préparation du retour à domicile. Bien que volontaires, ces indications ont pu orienter ou mettre en avant certaines modalités de réponses plus que d'autres. L'analyse des résultats concernant les mises en situation est limitée par l'imprécision des réponses : les mises en situation sont-elles faites au domicile ? en appartement thérapeutique ? Malgré le nombre important de patients accompagnés chaque année après un AVC, les modalités de préparation du retour à domicile ne font pas consensus au sein de la pratique ergothérapeutique ; les propositions nombreuses questionnent par leur diversité.

1.5.9 Confrontation des résultats de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire

Au vu des différents résultats recueillis dans la revue de littérature et dans l'enquête exploratoire, il est possible de réaliser une confrontation afin d'étayer la problématisation pratique et d'aboutir à la question initiale de recherche.

Tout d'abord, une corroboration existe entre la perception des demandes concernant le retour à domicile par les ergothérapeutes et les éléments recueillis dans la littérature. En effet, la

littérature met en évidence que l'annonce d'un possible retour à domicile est un soulagement pour les patients mais des inquiétudes naissent rapidement concernant leurs capacités à reprendre leur vie antérieure.

D'autres corroborations sont également présentes notamment concernant la réalisation de visites à domicile lors de la préparation du retour à domicile. Cette modalité, qui est une des plus utilisée par les ergothérapeutes, est décrite comme un facteur augmentant le sentiment de sécurité des patients à leur domicile et donc importante pour les bénéficiaires dans la littérature.

La revue de littérature indiquait que la rééducation à domicile permet aux bénéficiaires d'apprendre des stratégies parfaitement adaptées à leurs habitudes de vie. Ceci est en accord avec une des limites des mises en situation en appartement thérapeutique soulignée par les ergothérapeutes : l'espace thérapeutique n'est pas le lieu de vie exact des patients, il n'est donc pas représentatif de leurs habitudes et capacités et restreint les propositions de stratégies adaptées au retour à domicile.

Les résultats d'enquête montrent que les ergothérapeutes utilisent des temps d'échanges pour aborder la dimension psycho-relationnelle avec les patients. La littérature corrobore cette pratique : un comportement rassurant et bienveillant des soignants est un élément soutenant le retour à domicile : cela augmente la confiance à faire face aux difficultés, l'engagement dans les activités et diminue la peur des bénéficiaires. La littérature met également en évidence que les interactions avec les systèmes de soutien des bénéficiaires sont des éléments facilitant le retour à domicile. Seulement 6 ergothérapeutes interrogés préconisaient de favoriser une approche systémique pour coconstruire un projet de retour à domicile pertinent et adapté. Quels sont les éléments limitant l'inclusion des proches dans la préparation du retour à domicile de la personne post-AVC ?

Concernant l'utilisation de mises en situation comme outil de préparation au retour à domicile, la littérature décrivait les mises en situation de vie quotidienne en environnement réel comme vecteur d'augmentation des capacités cognitives, instrumentales et de l'efficacité. Cependant le questionnaire ne permet pas de déterminer si les mises en situation faites par les ergothérapeutes interrogés sont réalisées en environnement réel. Ainsi, nous pouvons nous demander dans quelle mesure les bénéfices de mises en situation en environnement réel sont-ils identiques dans les mises en situation en espace thérapeutique ? De façon analogue, la littérature montrait que l'environnement du domicile crée un contexte favorable à l'échange

entre usager et thérapeute et à la création d'un partenariat et d'un support psychosocial signifiant. Qu'en est-il lors des mises en situation en appartement thérapeutique ? Dans l'enquête, les ergothérapeutes décrivent l'espace de mise en situation thérapeutique comme un espace sécurisé, adapté et avec aide présente si nécessaire. Cependant, dans la littérature, les patients décrivent le domicile comme un lieu inconnu et inquiétant. Comment rassurer les bénéficiaires concernant leurs inquiétudes relatives au domicile, afin de leur permettre d'agir comme ils le souhaitent dans leur vie quotidienne ?

D'autre part, dans la revue de littérature plusieurs études soulignaient la modification profonde des habitudes de vie et la modification des rôles des personnes post-AVC. Néanmoins parmi les enquêtés 5 d'entre eux n'abordent pas la dimension psycho-relationnelle avec les patients. Quelles sont les raisons qui font que cette thématique n'est pas abordée de façon systématique par les ergothérapeutes ? Enfin, la majorité des études composant la revue de littérature ne sont pas françaises et font référence aux ESD²⁵ : retour à domicile précoce avec rééducation intégrale à domicile. L'enquête révèle deux éléments interpellant dans les pratiques des ergothérapeutes : les professionnels recommandent de prendre le temps pour préparer le retour à domicile, élément allant à l'encontre du retour à domicile précoce, et mentionnent le souhait de tendre vers un suivi post retour à domicile, élément se rapprochant de la prise en soins lors d'un ESD. Nous pouvons nous demander quels sont les éléments de la prise en soins, en France, qui engendrent le besoin de recouvrir à un suivi post-retour à domicile ?

Les différents questionnements, concernant la prise en compte des systèmes sociaux et environnementaux gravitant autour de la personne et ses possibilités d'agir dans ses activités de vie quotidienne, effectués ci-dessus permettent d'aboutir la question initiale de recherche :

Comment l'utilisation d'une approche holistique, lors de mise en situation en espace thérapeutique, influe le pouvoir d'agir de la personne post-AVC, en vue d'un retour à domicile ?

1.6 Cadre conceptuel

De cette question, deux concepts distincts émergent. De façon sous-jacente au terme : approche holistique, le modèle transactionnel de l'occupation constituera le premier concept. Ce modèle, centré sur l'occupation propose une analyse holistique d'une occupation et prenant en compte les différents systèmes gravitant autour de celle-ci. D'autre part, il est en lien avec le nouveau processus d'intervention faisant référence dans la pratique ergothérapeutique(24). Ce concept

²⁵ ESD : early supported discharge : retour à domicile précoce et accompagné, traduction par l'auteur.

appartient aux champs disciplinaires de la philosophie, de la psychologie et des sciences de l'occupation. D'autre part, le concept de développement du pouvoir d'agir sera décrit. Ce concept est en lien avec la capacité qu'une personne à agir dans sa vie quotidienne, notamment pour réaliser les activités qui sont signifiantes pour elle. Il s'inscrit dans les champs disciplinaires suivants : la psychologie, les sciences humaines et sociales et les sciences de l'occupation. Ce concept peut également intégrer les champs de l'économie et des sciences politiques ; cependant il ne sera pas développé ici selon ces aspects car il s'agit de comprendre ce concept en lien avec l'ergothérapie. En émergence dans le domaine sanitaire, cette approche a fait ses preuves dans le domaine social : elle modifie l'alliance patient-thérapeute afin de créer une homéostasie essentielle dans une approche centrée sur le patient comme celle promue en ergothérapie(25) (Cf. Annexe 5 : Matrice conceptuelle) (p.89).

1.6.1 Le modèle transactionnel de l'occupation

Pour comprendre ce modèle commençons par une présentation de l'approche transactionnelle.

Origines de l'approche transactionnelle

La perspective transactionnelle trouve son origine dans la philosophie de John Dewey, dans les années 50 aux Etats-Unis d'Amérique. J.Dewey, dans son article « Interaction and Transaction »²⁶, rédigé avec A.F. Bentley propose une première définition de la transaction. Selon ces auteurs, la subjectivité et l'objectivité d'une expérience ne doivent pas être séparées de façon radicale, cette distinction ne permet pas de représenter la réalité de l'expérience. « In our general procedure of inquiry no radical separation is made between that which is observed and the observer in the way that is common in the epistemologies and in standard psychologies and psychological constructions. Instead, observer and observed are held in close organization. Nor is there any radical separation between that which is named and the naming »²⁷(26). De ce postulat naît la définition de la transaction. « TRANS-ACTION: where systems of description and naming are employed to deal with aspects and phases of action, without final attribution to "elements" or other presumptively detachable or independent "entities," "essences," or "realities," and without isolation of presumptively detachable "relations" from such detachable

²⁶ « Interaction et transaction ». Traduction par l'auteur.

²⁷ « Dans notre procédure générale d'enquête aucune séparation radicale entre l'observé et l'observateur n'est faite, comme cela est communément fait dans les épistémologies et dans les psychologies standards et les constructions psychologiques. A la place de cela, l'observateur et l'observé sont tenus en étroite relation. Tout comme il n'y a pas de séparation radicale entre ce qui est nommé et la dénomination ». Traduction par l'auteur.

"elements" »²⁸. De ce fait, la transaction selon J.Dewey et A.F. Bentley correspond au processus d'action, sans référence au(x) résultat(s) de l'action et incluant les liens entre les différents éléments de l'action, bien que ceux-ci soient généralement considérés comme détachables.

Approche transactionnelle et sciences de l'occupation

La philosophie de J.Dewey a eu un impact progressif sur la perception de l'occupation et sur les sciences de l'occupation. En effet, comme le décrit K.L. Bunting dans son article « A transactional perspective on occupation : a critical reflexion »²⁹(27), datant de 2016, la complexité des occupations a été progressivement mise en exergue ces dernières années et a révélé certaines limitations dans les approches théoriques utilisées pour les sciences de l'occupation.

Comme l'explique V.Dickie, M.P. Cutchin, et al., en 2006, dans l'article « Occupation as transactional experience : a critique of individualism in occupational science »³⁰(28), selon la perspective transactionnelle l'occupation n'est plus considérée comme étant une action propre aux individus mais comme un mode par lequel les individus et leur environnement fonctionnent. « Occupation is an important mode through which human beings, as organisms-in-environment-as-a-whole, function in their complex totality »³¹(28). De ce fait, il s'agit de se détacher de la vision individualiste de l'occupation et du dualisme personne-environnement présent dans plusieurs théories des sciences de l'occupation. L'occupation est alors la transaction permettant de faire le lien entre la personne et le contexte, elle est la coordinatrice de la relation personne-environnement. « This means that individuality and context are important, but they must be seen as transactionally a part of the other »³²(28). Ainsi, comment intégrer, au sein de la prise en soins, la reconstruction des situations problématiques à la personne accompagnée en retirant le dualisme personne/environnement ?

²⁸ « TRANS-ACTION : où se trouvent les systèmes de description et de dénomination pour traiter des aspects et des phases d'actions, sans attribution finale à des « éléments » ou autres « entités », « essences » ou « réalités » présumées détachables ou indépendantes ; et sans isolation des « relations » présumées détachables de ces « éléments détachables » ». Traduction par l'auteur.

²⁹ « Une perspective transactionnelle de l'occupation : une réflexion critique ». Traduction par l'auteur.

³⁰ « L'occupation comme une expérience transactionnelle : une critique de l'individualisme dans les sciences de l'occupation ». Traduction par l'auteur.

³¹ « L'occupation est un mode important par lequel les êtres humains, définis comme un ensemble constitué des organismes et de leur environnement, fonctionnent dans leur totalité complexe ». Traduction par l'auteur.

³² « Cela signifie que l'individualité et le contexte sont important, mais ils doivent être vus comme une partie de l'autre, transactionnellement ». Traduction par l'auteur.

La perspective transactionnelle incite à l'exploration des liens interdépendants que la personne a avec son environnement et à l'analyse de l'influence des occupations sur l'environnement et la justice, comme l'explique K.L. Bunting(27). I.M. Cattin précise que : « la perspective transactionnelle propose dès lors de reconstruire les situations problématiques et non de s'y adapter, car elle ne considère pas de dualisme entre, d'un côté, une personne et, de l'autre, l'environnement auquel la personne devrait être adaptée ou réadaptée »(29).

Un premier rapprochement entre l'approche transactionnelle et un modèle conceptuel en ergothérapie a été proposé par M. Law, B. Cooper, et al. en 1996. En effet, une réunion avec le

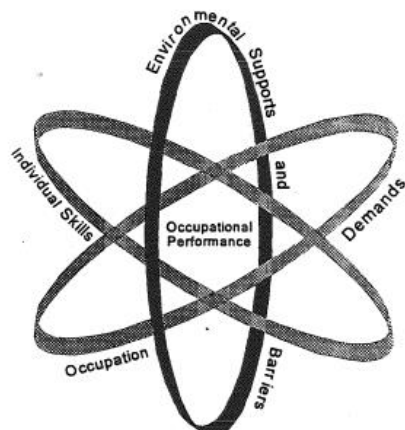


Figure 4: Représentation du modèle de performance occupationnelle personne-environnement-occupation

modèle de performance occupationnelle personne-environnement-occupation a été proposé. Comme l'expliquent les auteurs, « The person brings a set of attributes (performance components) and life experiences to bear on the transaction described as occupational performance, including self-concept, personality style, cultural background and personal competencies »³³ (29). La performance occupationnelle, centrale dans ce modèle, correspond selon l'approche transactionnelle, au résultat de la transaction entre la personne, l'environnement et l'occupation réalisée par la personne. L'approche transactionnelle apporte une vision dynamique et complexe de la performance occupationnelle. Cette approche transactionnelle permet au thérapeute de mieux comprendre ce qui se joue et aboutit à la performance occupationnelle et ainsi choisir sur quel(s) volet(s) (personne-environnement-occupation) agir. Ce rapprochement entre l'approche transactionnelle et le modèle offre une représentation plus explicite des différentes dynamiques aboutissant à la performance occupationnelle. « It [the model] represents a clinical model which is more transactive and

³³ « La personne approche un ensemble d'attributs (composants de la performance) et des expériences de vie qui influent sur la transaction décrite comme performance occupationnelle, incluant le concept de soi, le style de personnalité, le contexte culturel et les compétences personnelles ». Traduction par l'auteur.

allows the outcome of occupational performance to be clearly identified as the fit between person, environment and occupation »³⁴(30).

Ainsi, comme l'explique I.M. Cattin l'approche transactionnelle en lien avec les sciences de l'occupation, permet de sortir du dualisme personne-environnement en considérant la situation de façon holistique. « La personne fait l'expérience DE l'environnement en même temps qu'elle expérimente DANS l'environnement. L'expérience est donc comprise comme un tout intégratif, exhaustif, complet et qui possède une cohésion interne »(29). « La perspective transactionnelle propose dès lors de reconstruire les situations problématiques et non de s'y adapter, car elle ne considère pas de dualisme entre, d'un côté, une personne et, de l'autre, l'environnement auquel la personne devrait être adaptée ou réadaptée »(29). Ainsi une question émerge : dans quelle mesure l'approche transactionnelle de l'occupation (l'occupation est un mode par lequel les individus et leur environnement fonctionnent) modifie la prise en soin ergothérapeutique ?

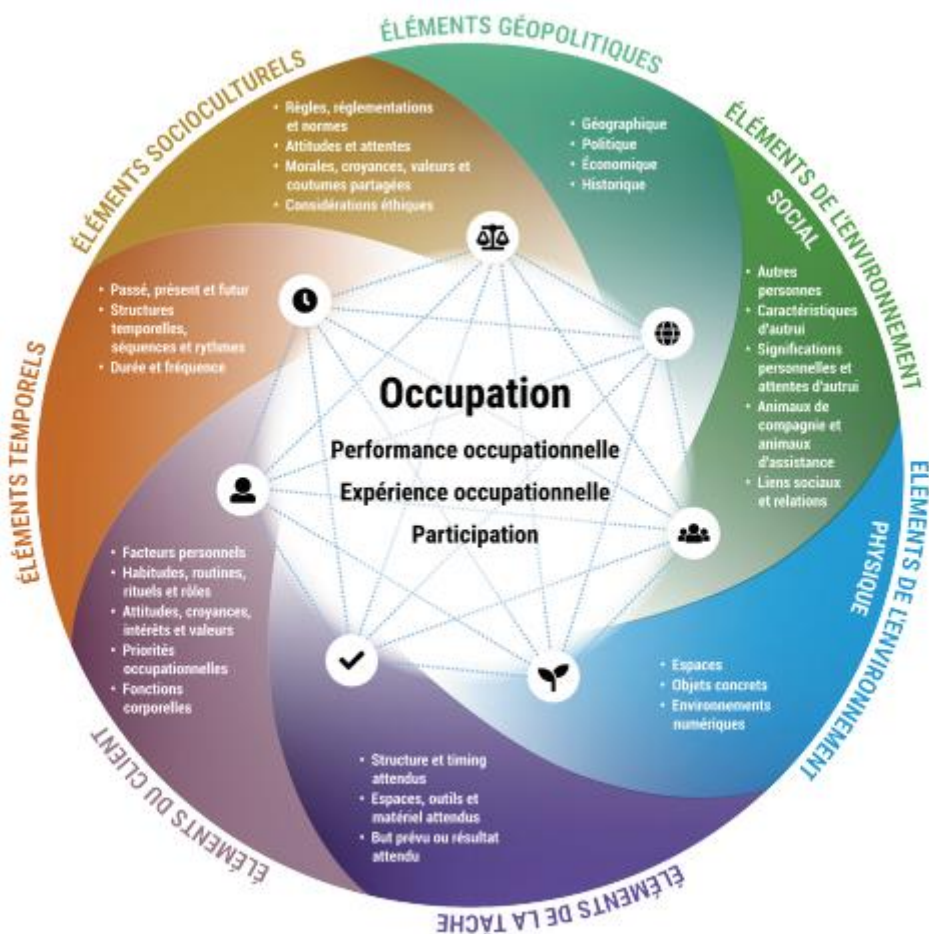
Modèle transactionnel de l'occupation

En se basant sur les principes fondamentaux de l'approche transactionnelle selon J.Dewey, A.G. Fisher et A.Marterella ont créé, en 2020, un modèle ergothérapeutique plaçant l'occupation au centre et se proposant d'étudier les différentes transactions liées à l'occupation. Compte tenu de la récence, de ce modèle nous pouvons d'ores et déjà nous interroger sur l'utilisation de ce modèle par les ergothérapeutes : dans quelle mesure les ergothérapeutes connaissent-ils et utilisent-ils ce modèle ?

³⁴ « Il (le modèle) représente un modèle clinique qui est plus transactif et permet au résultat, la performance occupationnelle, d'être clairement identifié comme l'adéquation entre personne, environnement et occupation ». Traduction par l'auteur.



Modèle Transactionnel de l'Occupation



De Fisher, A. G., & Marterella, A. [2019]. *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.

© Center for Innovative OT Solutions, 2019; peut être photocopié pour usage personnel

Figure 5: Modèle transactionnel de l'occupation

Le centre, qui correspond à l'occupation, se décline en 3 éléments entrelacés : la performance occupationnelle, l'expérience occupationnelle et la participation. La performance occupationnelle correspond à la partie observable du faire, c'est ce que l'ergothérapeute peut voir de l'occupation réalisée par une personne. L'expérience occupationnelle correspond à ce que le client a ressenti, vécu lors du faire et qu'il est capable de relater : il s'agit de la perspective intrinsèque à la personne de ses performances occupationnelles. Celle-ci se mesure sur un continuum allant de négatif à positif. Enfin la participation fait référence à l'engagement dans l'occupation. « When people are seemingly « inactive », they can still be actively engaged in

occupation. That is, they are doing something, and they are experiencing personal value in that doing. Thus, they are participating »³⁵(24).

L'ensemble des éléments situationnels sont représentés sur les pourtours de la figure : ces derniers contribuent et sont influencés par les trois composantes de l'occupation. D'autre part, les éléments situationnels ont une influence réciproque les uns sur les autres. « Again, the swirling background and the blue dashed lines between all situational elements and occupation remind occupational therapists to keep in mind that each of these situational elements is part of a greater relational whole and inextricably intertwined with occupation and all of the other situational elements »³⁶(24).

En premier lieu : les éléments géopolitiques, socio-culturels et temporels. Ils sont primordiaux et permettent de considérer l'occupation dans son sens le plus large. Les éléments géopolitiques amènent à penser l'occupation selon le lieu dans lequel elle est réalisée : situation politique, économiques, législation, ressources disponibles et historique de cette occupation. Les éléments socio-culturels correspondent aux règles ethniques, aux attentes sociétales. « This draws occupational therapists' attention to the importance of developing a better understanding of occupation among people from diverse cultural backgrounds, and occupational therapists' need to remain constantly alert to the risk of imposing their own cultural perspectives on those of their clients »³⁷(24). Les éléments temporels visent à attirer l'attention sur le fait que l'occupation a un passé, un présent et un futur : le passé occupationnel ayant une influence sur le futur occupationnel d'un usager. D'autre part, les éléments temporels rappellent également les différentes séquences ou les différents rythmes de l'occupation. Ces éléments peu souvent recueillis peuvent nécessiter quelques explications afin de recueillir les informations correspondantes. Néanmoins, lors de la réalisation du modèle transactionnel de l'occupation avec un patient, comment recueillir l'ensemble des informations sans introduire de biais ou influencer les réponses notamment pour recueillir les informations concernant les éléments géopolitiques, socio-culturels et temporels ?

³⁵ « Quand un personne semble « inactive », elle peut quand même être engagée de façon active dans une occupation. C'est-à-dire qu'elle fait quelque chose et elle expérimente des valeurs personnelles dans ce qu'elle fait. De ce fait, elle participe ». Traduction par l'auteur.

³⁶ « A nouveau, l'arrière-plan tourbillonnant et les lignes pointillées bleues entre chaque élément situationnel et l'occupation rappellent, aux ergothérapeutes de garder à l'esprit que chacun de ces éléments situationnels fait partie d'un ensemble relationnel plus grand et inextricablement lié avec l'occupation et tous les autres éléments situationnels ». Traduction par l'auteur.

³⁷ Cela attire l'attention des ergothérapeutes sur l'importance de développer une meilleure compréhension des occupations de personnes de cultures diverses et les ergothérapeutes doivent rester constamment vigilant au risque d'imposer leurs propres perspectives culturelles plutôt que celles de leurs clients ». Traduction par l'auteur.

Dans un second temps, les éléments sociaux et physiques. Les éléments sociaux correspondent à l'environnement social de la personne pouvant impacter l'occupation : autres personnes, animaux, animaux d'assistance, ... Il faut être attentif à la façon dont cet environnement (les personnes, leurs attentes ou leur signification de l'occupation) peut influencer ou être influencé par l'occupation. « Finally, occupational therapists are reminded to consider the extent and quality of existing connections and relationships among individuals and groups »³⁸(24). Les éléments physiques correspondent à l'environnement physique dans son ensemble : les espaces, les objets matériels et les environnements digitaux influençant ou pouvant être influencés par l'occupation.

Enfin, les éléments de la tâche et du client. « We can't not stress strongly enough the idea that occupational performance, occupational experience and participation are not produced by people but rather arise from and are inextricably intertwined with all the situational elements depicted in the transactional model of occupation »³⁹(24). Ainsi les éléments de la tâche correspondent aux attendus de l'occupation en lien avec la structure, la durée attendue, le matériel, les outils, le résultat intentionnel, l'objectif compte tenu du contexte actuel socio-culturel, géopolitique et temporel. Les éléments du client correspondent aux caractéristiques internes à l'utilisateur (âge, genre, stade de développement, origines, éducation, ...), mais aussi aux habitudes, routines, rôles, attitudes, croyances, intérêts et valeurs du client. L'ergothérapeute est amené à considérer les occupations prioritaires et les désirs ou buts futurs de la personne. Les fonctions corporelles intègrent également cette catégorie : capacités biomécaniques, neuromusculaires, mentales et potentiel de récupération des déficiences sous-jacentes. En lien avec les fonctions corporelles de la personne et ses capacités, et au vu des séquelles fréquentes chez les personnes post-AVC, les questions suivantes ressortent :

- ❖ Comment utiliser le modèle transactionnel de l'occupation avec une personne ayant eu un AVC et ayant des séquelles sur le versant de la compréhension ou de l'expression ?
- ❖ Dans ce cas, dans quelle mesure le recueil auprès des proches de la personne pour réaliser le modèle transactionnel de l'occupation garantit-il une bonne analyse de l'occupation ?

³⁸ « Finalement, il est rappelé aux ergothérapeutes de considérer l'étendue et la qualité des connexions et des relations existantes parmi les individus et les groupes ». Traduction par l'auteur.

³⁹ « Nous ne saurions trop insister sur l'idée que la performance occupationnelle, l'expérience occupationnelle et la participation ne sont pas produites par la personne mais plutôt qu'elles découlent et sont inextricablement entremêlées à l'ensemble des éléments situationnels décrits dans le modèle transactionnel de l'occupation ». Traduction par l'auteur.

Résumé du concept

Le modèle transactionnel de l'occupation propose une analyse centrée sur l'occupation, considérée comme la transaction (une interaction réciproque) entre la personne et son environnement. L'occupation est décrite selon trois composantes : performance occupationnelle, expérience occupationnelle et participation ; et s'appuie sur l'analyse des éléments situationnels gravitant autour de l'occupation (éléments géopolitiques, socioculturels, temporels, de l'environnement, de la tâche et du client).

Pour rappel, la question initiale de recherche est la suivante : Comment l'utilisation d'une approche holistique, lors de mise en situation en espace thérapeutique, influe le pouvoir d'agir de la personne post-AVC, en vue d'un retour à domicile ? De ce fait, la conceptualisation va se poursuivre en portant notre attention sur le développement du pouvoir d'agir.

1.6.2 Le développement du pouvoir d'agir

Le développement du pouvoir d'agir est un concept issu de l'empowerment explicité par Yann Le Bossé, psychologue et par Bernard Vallerie, formateur au pouvoir d'agir, notamment.

Origines et définition du développement du pouvoir d'agir

La démarche centrée sur le développement du pouvoir d'agir est d'autant plus présente que les ressources sont rares dans le but d'offrir une solution aux personnes, de les inciter à être actrice de leur vie(31).

Le développement du pouvoir d'agir correspond à une traduction du concept anglophone d'empowerment proposée par Y. Le Bossé. J.Rappaport, en 1987, propose la définition suivante de l'empowerment : « [...] Empowerment is a process, a mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their affairs. Consequently, empowerment will look different in its manifest content for different people, organizations, and settings »⁴⁰(32). Selon Y. Le Bossé, cinq éléments constituent l'empowerment :

⁴⁰ « L'empowerment est un processus, un mécanisme par lequel les personnes, les organisations et les communautés acquièrent la maîtrise de leurs affaires. Par conséquent, l'empowerment prendra des formes manifestes différentes selon les personnes, les organisations et les contextes ». Traduction par l'auteur.

1. « Prise en compte simultanée des conditions structurelles et individuelles du changement social »(33) : afin d'augmenter la capacité des personnes ou des collectivités à influencer leur trajectoire d'évolution selon leurs souhaits, il faut prendre en considération les possibilités offertes par l'environnement physique et social de la personne ou de la collectivité et les capacités intrinsèques des personnes ou des collectivités à exercer leur pouvoir. Ainsi, « toute démarche d'empowerment des personnes et des collectivités repose prioritairement sur la possibilité d'influencer la disponibilité et l'accessibilité des ressources du milieu et sur la volonté et la capacité des personnes à prendre leur destinée en main, et ce, indépendamment de la perspective (structurelle ou individuelle) et de l'unité (la collectivité ou l'individu) d'analyse retenue »(33).
2. « Adoption de l'unité d'analyse acteur en contexte »(33) : les termes « acteur en contexte »(33) sont préférés aux termes « personne en environnement »(33) ; ils désignent de façon globale la personne, son implication et le contexte de réalisation de l'action souhaitée. Il s'agit avant tout de contextualiser la démarche et de sortir du dualisme personne/environnement.
3. « La prise en compte des contextes d'application »(33) : en lien avec la contextualisation de la démarche, il faut contextualiser les objectifs et les méthodes d'intervention. Ainsi, comment en milieu hospitalier créer les conditions pour que la personne accède à la possibilité réelle et concrète d'agir et que cela se poursuive après le retour à domicile ?
4. « La définition du changement visé et de ses modalités avec les personnes concernées »(33) : cette composante rappelle qu'il s'agit d'aller au-delà de la simple intégration des personnes à la démarche, il faut que les personnes « aient un droit de regard sur la façon dont leur problème est défini et sur les solutions retenues pour y faire face »(33).
5. « Le développement d'une démarche d'action conscientisante »(33) : l'action va au-delà du fait d'être actif lors de la démarche, « l'action est ici un outil d'acquisition de pouvoir qui ne conserve sa pertinence que dans la mesure où elle s'inscrit dans une logique d'influence personnelle ou collective sur l'environnement »(33).

A partir de cette description de l'empowerment par le biais de cinq composantes, Y.Le Bossé a proposé plusieurs traductions du terme d'empowerment. L'habilitation, par exemple, renvoie l'idée d'un transfert de connaissances unilatéral : d'un supposé sachant vers la personne

habilité. Or l'empowerment correspond plus justement à un échange de connaissances entre les différents acteurs de la démarche : celui-ci est donc à minima bilatéral. Ainsi, « l'empowerment se caractériserait donc par cette articulation entre la mise en action et la disponibilité des ressources qu'elle requiert »(33). Les termes pouvoir d'agir traduisent de façon juste le fait d'avoir les capacités de se mettre en action. Néanmoins, ces termes seuls négligent les deux facettes de l'empowerment : le processus et le résultat. De ce fait la traduction d'empowerment par les termes « développement du pouvoir d'agir »(33) est la plus appropriée pour traduire l'ensemble des composantes et des facettes de cette démarche.

Le développement du pouvoir d'agir est donc une démarche globale d'accompagnement des personnes et/ou des collectivités permettant de sortir du dualisme personne-société. « Située à l'interface de la personne et de son environnement, cette forme particulière d'interaction permet aux personnes de rester maîtres des décisions qui les concernent et ainsi de conserver leur dignité. Elle fait d'eux les porteurs du changement, les promoteurs de leur propre bien-être et de celui de leur communauté »(31).

Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs (DPA-PC)

Le développement du pouvoir d'agir est une démarche particulièrement utilisée dans les interventions sociales. Dans l'ouvrage qu'elle a rédigé, C. Jouffray propose une précision sémantique de ce processus, dans laquelle nous retrouvons les éléments décrits par Y. Le Bossé. En ce qui concerne le terme pouvoir, « Dans l'approche centrée sur le DPA-PC, il ne s'agit pas de puissance, d'autorité sur, mais de possibilité : il s'agit d'accéder à la possibilité concrète et réelle d'agir, c'est-à-dire de créer les conditions pour que l'action soit possible »(34). D'autre part le terme d'agir, « « Agir », c'est faire quelque chose, individuellement ou avec d'autres, pour sortir de l'impuissance par rapport à ce à quoi on tient. A l'opposé, l'impuissance à agir entraîne progressivement une détérioration du rapport des personnes à l'action »(34). De ce fait, l'approche DPA-PC consiste à accompagner des personnes dans la quête de ressources leur permettant de sortir de leur situation, perçue comme sans issue, en s'appuyant sur ce qui est important pour elles. C. Jouffray l'exprime ainsi : « On vise juste une mise en mouvement qui participe d'un changement à petits pas et dont la direction peut très bien changer en cours de route, à partir du moment où c'est important aux yeux de la (des) personne(s) accompagnée(s) »(34). L'utilisation de cette approche implique que la personne accompagnante sache percevoir les enjeux de chacun, même s'ils ne la concernent pas, et les considère comme étant légitimes : l'accompagnant doit se décentrer de ses propres logiques.

Cela permet de sortir d'une logique binaire dans laquelle une personne à raison et une autre à tort, et ainsi coconstruire des objectifs pertinents en tenant compte du contexte de la problématique initiale. Dans quelle mesure, l'approche DPA-PC, initialement développée dans le domaine social, est-elle applicable au domaine sanitaire ?

L'empowerment, l'approche DPA-PC et les soins

D'après O.Gross, dans son article « L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? »(35), l'empowerment dont est issu l'approche DPA-PC se rapproche conceptuellement parlant de la promotion de la santé. L'empowerment appliqué au domaine de la santé permet d'augmenter la pertinence des actions qui sont proposées, car les personnes concernées ont participé à la création de celles-ci. D'autre part, cette approche permet de sortir de la logique de médecin, détenteur du savoir, et de patient ayant peu de marge de manœuvre dans les décisions le concernant. « Il permet de rééquilibrer les rapports de pouvoir, ce qui en fait un levier de la démocratie en santé et du partenariat de soins »(35). Néanmoins d'un point de vue éthique, comme le souligne O.Gross, il est important de compléter la démarche d'empowerment avec l'approche via les capacités « lesquelles prennent en compte les ressources accessibles aux individus dans l'appropriation de leur pouvoir. En effet, c'est une chose d'être capable, c'en est une autre d'avoir envie d'agir ou d'avoir la possibilité de le faire »(35). Ce complément invite à questionner le rôle capacitant du système de soins et de santé dans lequel l'utilisateur évolue et son impact sur les situations de celui-ci. Enfin, l'approche d'empowerment doit respecter le principe d'autonomie et le principe d'horizontalité de la relation accompagnant/accompagné. C'est « un moyen de maximiser la quantité de pouvoir disponible pour tous »(35).

Les travaux de B.Vallerie concernant l'« aide au développement du pouvoir d'agir de personnes en situation de handicap »(36), mettent en évidence plusieurs impacts sur la prise en soins de ces personnes.

Tout d'abord, concernant les intervenants, cette approche leur permet de moins se sentir impuissants, de modifier les interlocuteurs sollicités prioritairement et de prendre conscience de l'importance de participer à la création d'objectifs atteignables. Pour les personnes accompagnées, une augmentation du sentiment de compréhension, de considération est notée. Cette démarche a également facilité la reconnaissance de la complexité de leur situation. Dans le domaine sanitaire, l'approche DPA-PC valorise le savoir expérientiel acquis par les

personnes en situation de handicap et incite le patient à expérimenter une véritable posture d'écoute. L'action a une place centrale dans cette approche. Comme l'explique B.Vallérie, « Il n'existe pas de changement mineur pour cela; ce n'est pas à l'intervenant d'en juger! Seul compte le point de vue de la personne concernée. Il n'est pas question de faire à la place de mais de faire avec »(36). Cependant, comment faire avec, lorsque la personne accompagnée présente des séquelles post-AVC limitant ses capacités de communication ? Dans ce type de situation, dans quelle mesure l'inclusion des proches garantit-elle le bon fonctionnement de l'approche ?

C.Petit, par son écrit « L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : un espace de négociation dans les interactions »(37) vient préciser l'impact de l'approche DPA-PC pour les professionnels et notamment les ergothérapeutes en se basant sur un exemple concret de pratique ergothérapeutique. Il ressort plusieurs modifications de la posture de soignant et de la relation soignant/soigné. Tout d'abord, le professionnel de santé accompagne à la définition de la problématique et au repérage des obstacles concrets. D'autre part, le professionnel facilite « le travail de repérage des acteurs concernés (de près ou de loin) et de leurs enjeux »(37) et permet « de mettre en perspective les enjeux avec les éléments du contexte »(37). L'intervention proposée par le professionnel de santé doit s'ancrer dans le présent, dans l'ici et maintenant, en veillant à ne pas proposer de solutions ou de recommandations non coconstruites avec l'utilisateur. L'alliance thérapeutique ainsi que la sollicitation du potentiel de la personne accompagnée sont les fondements de la co-construction du changement et le développement du pouvoir d'agir de la personne.

Résumé du concept

Le développement du pouvoir d'agir est un approche d'accompagnement, initialement développée dans le domaine social, qui consiste à aider l'utilisateur à identifier les problématiques, les acteurs impliqués, les enjeux en lien avec la situation contextuelle. Le professionnel va accompagner l'utilisateur dans la recherche et la mise en place de solutions concrètes et uniques en lien avec la situation. Le développement du pouvoir d'agir correspond à une co-construction du processus de changement, afin que l'utilisateur développe des compétences pour agir par lui-même à l'avenir.

Discussion des concepts

Tout d'abord, ces deux concepts sont centrés sur l'agir : l'approche DPA-PC se centre sur la possibilité réelle de faire une action et le modèle transactionnel de l'occupation permet de réaliser une analyse de l'action, de l'occupation.

D'autre part, le modèle transactionnel de l'occupation permet de mettre en évidence les différents liens pouvant exister réciproquement entre la personne et son environnement, il permet donc de centrer l'occupation mais également la personne effectuant l'occupation dans le contexte de réalisation, comme préconisé dans l'approche de DPA-PC. D'autre part, l'analyse des éléments gravitant autour de l'occupation permet de contextualiser l'activité et de prendre en compte les conditions de la personne et les conditions structurelles. Un fil conducteur holistique, détaché du dualisme personne-environnement, émerge dans chacun des concepts afin de proposer une analyse de l'occupation puis un cheminement permettant d'accéder à l'agir, valorisant la co-construction des objectifs.

Néanmoins, l'approche DPA-PC permet d'aller au-delà en proposant à la personne de conscientiser la démarche d'action, lui permettant d'accéder de façon autonome et indépendante à cette procédure.

Trois questions naissent également de l'ensemble de la conceptualisation, notamment en lien avec le point de rupture :

- ❖ Dans quelle mesure pouvons-nous utiliser le modèle transactionnel de l'occupation comme support à l'approche DPA-PC ?
- ❖ L'utilisation complémentaire du modèle transactionnel de l'occupation et de l'approche DPA-PC suffit-elle à garantir l'éthique dans la prise en soins de la personne (c'est-à-dire prise en considération de la capacité, prise en compte des impacts du système de soins) ?
- ❖ L'utilisation complémentaire du modèle transactionnel de l'occupation et de l'approche DPA-PC permet-elle de développer un retour à domicile durable ; ne nécessitant pas de recourir à des structures de soins de façon régulière ?

Ce questionnement permet de préciser la question initiale de recherche.

1.7 Question et objet de recherche

Ainsi, par l'apport conceptuel et la problématisation théorique qui en découle la question de recherche suivante peut être établie :

Dans quelle mesure la mise en place d'une approche de développement du pouvoir d'agir, lors de mises en situation en espace thérapeutique chez l'adulte post-AVC en vue d'un retour à domicile, pourrait impliquer l'utilisation d'éléments du modèle transactionnel de l'occupation ?

L'objet de recherche associé est : la présence d'éléments du modèle transactionnel de l'occupation lors de la mise en place d'une approche de développement du pouvoir d'agir durant des mises en situation en espace thérapeutique chez l'adulte post-AVC, en vue d'un retour à domicile.

2 Matériel et méthode

Dans la partie qui va suivre, l'ensemble du dispositif et du travail de recherche seront explicités afin de comprendre la méthode et de rendre possible la reproductibilité.

2.1 Objectif de la recherche

L'objectif de la recherche est d'explorer la présence d'éléments du modèle transactionnel de l'occupation dans la mise en place d'une approche de développement du pouvoir d'agir, lors de mises en situation en vue d'un retour à domicile d'un adulte post-AVC. La recherche explorera la mise en place d'une approche de développement du pouvoir d'agir lors de mises en situation par les ergothérapeutes puis les liens possiblement existants avec des éléments du modèle transactionnel de l'occupation.

2.2 Choix de la méthode

Afin de réaliser ce travail d'exploration, la méthode clinique est choisie. Cette méthode, intègre l'approche biologique, c'est-à-dire une approche « centrée sur la singularité des sujets et/ou des groupes, le chercheur tente alors de comprendre les phénomènes dans leur unicité. Cette approche ne part pas d'hypothèse à priori. Elle est postérioriste »(38) (p.5). Au sein de la recherche appliquée, qui vise à faire « avancer la réflexion sur des problèmes présentant un intérêt pratique immédiat »(38)(p.6), la méthode clinique permet la découverte de savoirs, notamment par l'analyse du contenu recueilli, lorsque les connaissances sur le sujet ne sont pas

suffisantes. Celle-ci va permettre d'explorer une pratique en lien avec une situation et une population déterminée et basée sur les concepts récents, encore peu connus que sont : le développement du pouvoir d'agir et le modèle transactionnel de l'occupation, dans le but de proposer « une régulation de la théorie »(38)(p.53),

2.3 Choix de la population et des sites d'exploration

Pour mener cette recherche, la population choisie correspond aux ergothérapeutes travaillant en France auprès de patients adultes ayant eu un AVC. Plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés :

Critères inclusifs :

- Les ergothérapeutes titulaires du diplôme d'état d'ergothérapie
- Les ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes post-AVC quelque soit le type de structure et d'exercice (salarial ou libéral)

Critères exclusifs :

- Les ergothérapeutes non titulaires du diplôme d'état d'ergothérapie
- Les ergothérapeutes ne travaillant pas ou ne travaillant plus auprès de personnes adultes ayant eu un AVC
- Les ergothérapeutes travaillant à l'étranger

L'expérience professionnelle n'est pas utilisée comme critère, ni le lieu et le type d'exercice. Néanmoins ces données seront recueillies par le biais de la demande de présentation du parcours professionnel, pourront être utilisées afin de déterminer si celles-ci ont un impact sur la connaissance et l'utilisation de ces concepts émergents et sont des critères qui pourront être identifiés pour arriver à la saturation des données.

Concernant les sites d'exploration, la recherche se fera dans un premier temps en utilisant une liste d'ergothérapeutes travaillant dans le champ de la rééducation, fournie par l'institut de formation. Ces ergothérapeutes seront contactés par mail. De façon complémentaire, les réseaux sociaux, qui regroupent de nombreux ergothérapeutes travaillant auprès de personnes post-AVC seront utilisés. Cette première prise de contact permettra de déterminer les participants à l'entretien.

2.4 Outil de recueil de données

Dans cette partie, le choix et la construction de l’outil de recueil de données seront explicités ainsi que les biais potentiels et les outils de traitement des données qui seront utilisés.

2.4.1 *Choix de l’outil de recueil de données*

L’outil de recueil de données choisi, est un entretien semi-directif. Cet outil se caractérise par une sélection, par l’enquêteur, de thèmes et de sous-thèmes à aborder lors d’une rencontre, définie par un espace-temps entre le sujet et l’enquêteur (38)(p.132). Il permettra dans cette situation, d’expliciter des actions réalisées par le sujet enquêté concernant notamment « la dimension procédurale [...] : éléments d’enchaînement de l’action ou de l’activité »(38), « le déclaratif »(38) c’est-à-dire les liens entre les savoirs théoriques et les actions et « l’intentionnel »(38)(p.133) : les buts associés aux actions.

L’outil a été choisi en comparaison avec l’observation et le questionnaire. L’observation, aurait pu permettre de recueillir certaines données recherchées, néanmoins elle aurait du être couplée à un entretien pour rechercher l’ensemble des données ou être réalisée sur plusieurs sessions. Cette temporalité, limitant le nombre d’observations possibles, ainsi que le contexte sanitaire en France au moment de la recherche ont conduit à mettre de côté cette méthode. Concernant le questionnaire, cet outil aurait permis de recueillir beaucoup de données cependant, contrairement à l’entretien semi-directif, il est impossible de faire élaborer la personne et de pousser la réflexion. Ainsi pour recueillir des informations suffisamment précises tout en ayant un nombre suffisant de données, l’outil de l’entretien semi-directif de type compréhensif selon J-C Kaufmann(39), a été privilégié. Ce type d’entretien favorise une posture qui se détache de la grille d’entretien, qui valorise les hypothèses issues du terrain, afin d’entrer en empathie dans le monde de l’interrogé et de dynamiser l’entretien. La dynamique créée par cette posture permet d’accéder à des informations plus profondes et plus véridiques(39).

Nous pouvons relever plusieurs aspects positifs et négatifs au choix de cet outil :

Avantages :

- L’entretien permet de s’assurer que les personnes interrogées correspondent aux personnes sélectionnées.
- Les réponses proposées par les sujets interrogées sont spontanées, plus riches et nuancées que lors de l’utilisation d’un questionnaire notamment.

- L'entretien permet d'approfondir certaines thématiques ou sous-thématiques avec l'enquêté, il y a possibilité de guider la réflexion de l'enquêté et de lui permettre d'élaborer, de cheminer sur les thématiques abordées.

Limites :

- L'entretien permet de recueillir la perception du sujet interrogé, vis-à-vis de ce qu'il fait et non ce qui est réellement fait : il y a donc une part de subjectivité importante.
- Cet outil est chronophage : temps d'entretien, de transcription puis d'analyse, et demande une réactivité et une disponibilité maximales de la part de l'enquêteur pour planifier les temps de rencontre.
- La posture de l'enquêteur peut influencer les réponses et leur validité.

2.4.2 *Biais : anticipation et stratégies d'atténuation*

Au cours de la recherche, mais aussi en lien avec le choix de l'outil de recueil de données des biais peuvent apparaître. Ci-dessous, vont être décrits les principaux biais de cette recherche, ainsi que les différentes stratégies mises en place pour les atténuer.

Tout d'abord, le biais méthodologique : ce biais est lié à la construction de l'outil de recherche et plus précisément à la formulation des questions et/ou « à un recueil d'information insuffisant, incomplet » (23). Afin de contrer cette problématique, un test de l'entretien sera réalisé afin d'évaluer le niveau de compréhension des questions par l'enquêté et la pertinence des informations recueillies vis-à-vis des thématiques.

Un biais affectif peut également apparaître. Ce biais est lié à l'état psycho-affectif de l'enquêteur et/ou de l'enquêté. En effet, l'état émotionnel, affectif et moral peut influencer le déroulé de l'entretien (23). Pour limiter ce biais, l'enquêteur devra prendre conscience de son état psycho-affectif au moment de l'entretien afin de prendre du recul et de demeurer le plus objectif possible. En ce qui concerne l'enquêté, il n'est pas possible de contrôler ses affects, néanmoins l'enquêté sera libre de choisir la date, l'heure et le lieu où il sera lors de l'entretien téléphonique afin qu'il soit dans un environnement favorable.

Ensuite, en ce qui concerne les enquêtés, un biais de désirabilité sociale peut survenir. Celui-ci correspond à un « comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé, observé, etc »(23). Pour limiter ce risque, plusieurs entretiens seront réalisés, afin de rencontrer plusieurs points de vue et de gagner en objectivité.

Lors du recueil et du traitement des données, le chercheur peut introduire différents biais. Le biais de confirmation, qui consiste à prioriser les informations confirmant ses hypothèses ou idées préconçues, sera limité en interrogeant un groupe d'étudiant sur la matrice d'entretien afin de vérifier que les questions sont ouvertes et neutres. Mais également considérant lors de l'analyse tous les éléments recueillis même ceux allant à l'encontre des suppositions. D'autre part, une attention équivalente lors de l'analyse sera donnée à l'ensemble de l'entretien afin de limiter l'« effet de primauté »(23). Le chercheur sera amené à prendre du recul vis-à-vis des données recueillies et un logiciel de traitement de données sera utilisé.

2.4.3 Construction de l'outil de recueil de données

La construction de l'entretien semi-directif, se fait en s'appuyant sur la matrice conceptuelle (Cf. Annexe 5) (p.89), afin d'aboutir à une matrice d'entretien (Cf. Annexe 6 : matrice d'entretien) (p.92) comprenant plusieurs thématiques et sous-thématiques. Pour chaque thématique, une à deux questions ont été formulées et un nombre équivalent de question de relance. Afin que l'entretien soit fluide et permette aux enquêtés d'approfondir leur réflexion, les thématiques seront abordées dans un ordre qui s'adaptera au raisonnement de la personne. En plus des questions de relance, des interventions de la part de l'interviewer pourront avoir lieu afin de clarifier un contenu ou d'inciter l'enquêté à poursuivre sa prise de parole. Ces interventions pourront consister à reprendre en écho les derniers mots prononcés, à réaliser une synthèse partielle des informations communiquées et/ou à utiliser des expressions brèves marquant l'écoute et l'intérêt(38) (p.134-135).

2.4.4 Test

Afin de vérifier la faisabilité de la recherche ainsi que la pertinence de la matrice d'entretien, un test est réalisé. Cet entretien test est réalisé auprès d'un membre de la population cible, non averti que l'entretien qui est mené correspond à un entretien test. Après celui-ci quelques modifications ont été apportées à la matrice : clarification et simplification des questions principales et de relance, ajout d'une question.

2.5 Déroulé de l'enquête

L'entretien est réalisé auprès de 6 ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes post-AVC, chaque personne a signé un document de consentement de participation afin d'être informé des modalités de son engagement et de ses droits (Cf. Annexe 7 : Consentement de participation) (p.95). Les participants sont libres de choisir les jours et les horaires auxquels ils souhaitent réaliser l'entretien. L'entretien est réalisé en une seule fois, par téléphone. Le recueil des

données s'est étalé sur quatre semaines, afin de positionner tous les entretiens en fonction des disponibilités des ergothérapeutes et de réaliser un entretien avec l'ensemble des volontaires.

2.6 Choix des outils de traitement de données

Afin de pouvoir analyser les données, l'ensemble des entretiens vont être retranscrits (Cf : Annexe 8 : transcription des entretiens) (p.97). Le traitement des données sera fait à l'aide du logiciel NVivo®, afin de réaliser une analyse thématique, par le biais d'un codage permettant d'aboutir à des thématiques. L'analyse thématique permettra de faire ressortir l'ensemble des éléments communs au discours des participants, et donc un consensus au sein de la pratique et de mettre en évidence des interventions se distinguant, afin de faire une exploration détaillée du phénomène. Comme l'explique A. Ependa « Cela permet finalement de recenser les thèmes communs, c'est-à-dire ceux qui suggèrent des tendances lourdes, mais aussi de voir plus en détail les façons de faire et les particularités »(40)(p.170). L'analyse sera une analyse du contenu manifeste c'est-à-dire « l'étude de ce qui est explicitement dit dans un document et délibérément annoncé par l'auteur »(40)(p. 171) avec « un examen approfondi des informations recueillies, classifiées et codifiées »(40)(p.170). Les caractéristiques propres à chaque participant seront référencées, de façon anonyme, pour définir des cas d'études, afin de faciliter l'analyse de liens possibles entre le lieu d'exercice ou l'expérience, par exemple, et les résultats retirés des entretiens.

3 Résultats

Dans cette partie l'ensemble des résultats obtenus vont être présentés synthétiquement avec en premier lieu les données descriptives concernant les personnes interviewées et dans un second temps les données textuelles.

3.1 Données descriptives

6 ergothérapeutes diplômés d'état en France ont été interrogés afin de recueillir les données nécessaires à la recherche. Les personnes et leur entretien associé seront repérés par des lettres afin de faciliter le codage.

Ergothérapeute	Année de diplôme	Lieu d'exercice actuel	Domaine(s) d'exercice antérieur(s)
A	1996	Centre hospitalier depuis environ 10ans, service neurologie aiguë, unité neurovasculaire, service de court séjour gériatrique, service de SSR gériatrique 4 ^{ème} âge.	Service territorial (mairie), MAS ⁴¹ et EHPAD ⁴²
B	2012	Centre hospitalier universitaire, service médecine physique et réadaptation, avec environ 70% de patients ayant eu un AVC, depuis fin 2013.	Champ du polyhandicap
C	2017	Etablissement SSR à dominance neurologique pour adultes depuis le diplôme	
D	2015	Centre de rééducation pour adultes, neurologie et traumatologie et service d'éveil de coma/ était pauci-relationnel, depuis 5ans : hospitalisation complète, hospitalisation de jour et service de suivi post-AVC par le biais de consultations/bilans.	Champ de la rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion dans des établissements SSR
E	2018	Centre de rééducation, depuis le diplôme avec un quart des prises en soins pour du post-AVC	

⁴¹ MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

⁴² EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

F	2013	SAMSAH ⁴³ à 80% (depuis 5ans) et 20% en centre de rééducation (depuis 3ans)	Champ de la rééducation
---	------	--	-------------------------

Figure 6 : Synthèse des données descriptives

3.2 Données textuelles

3.2.1 Le développement du pouvoir d'agir : connaissance du concept en pratique

Trois des ergothérapeutes interrogés, C ; D ; et F définissent de façon analogue le développement du pouvoir d'agir comme le fait que la personne puisse réaliser, à nouveau, ses activités et agir de façon maximale au quotidien. L'ergothérapeute C explique que c'est : « le fait de permettre au patient [...] d'agir au maximum dans sa vie, dans sa vie quotidienne et [...] plus réaliser de choses possibles par lui-même » (8-11 ; C). Les ergothérapeutes D et F précisent leurs propos ainsi : pour D c'est « une évolution plutôt positive [...] du pouvoir d'agir, donc de la capacité de performance, de la capacité d'action, de la capacité [...] d'initiative, [...] de la capacité d'agir en général » (31-33 ; D) tandis que pour F il s'agit de « pouvoir agir, participer à ses activités [...] du quotidien c'est quelque chose auquel elle [la personne] peut prendre part en fait et dans lequel elle prend du plaisir, elle y retrouve un rôle au sein de sa famille, de la société » (30-32 ; F).

L'ergothérapeute E dit ne pas connaître ce concept mais celui-ci lui évoque la définition suivante « c'est la capacité du patient à, rebondir après une situation difficile, ou après son AVC du coup, je me doute, voilà sa capacité à pouvoir [...] mettre en place des compétences, des choses pour pouvoir retrouver une vie je dirai normale entre guillemets » (30-32 ; E). Cette définition, rejoint l'idée précédente de retrouver l'ensemble des activités du quotidien de façon optimale.

Pour l'ergothérapeute A, « la personne doit prendre en charge [...] ses objectifs, enfin pouvoir définir ses objectifs, pour être acteur de sa rééducation derrière » (12-13, A) et pour l'ergothérapeute B il s'agit de « mettre la personne en tant qu'acteur de son rétablissement l'inclure dans la prise de décision, la... mettre au cœur de ses activités pour qu'elle soit le plus active et actrice possible et inclure dans les soins ou des aidants ou des preneurs de décision autre qu'elle au minimum » (14-17 ; B).

⁴³ SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

Les ergothérapeutes A, C et F mettent en avant la place d'accompagnant que tient l'ergothérapeute dans ce processus, par exemple l'ergothérapeute C précise que le développement du pouvoir d'agir se caractérise par l'accompagnement qui est fait par le thérapeute.



Figure 7: Nuage de mots, récurrence des termes définissant le développement du pouvoir d'agir.

De façon globale, les termes suivants sont les plus associés au développement du pouvoir d'agir : il est à noter qu'il ressort de ce nuage l'idée de permettre de faire des activités en tenant compte des capacités de l'usager. Ainsi, le développement du pouvoir d'agir est défini comme le fait de maximiser l'accès aux occupations de façon optimale, de placer la personne en tant qu'actrice de sa prise en soins et en tant qu'ergothérapeute, l'accompagner dans ce processus.

Concernant les actions mises en place afin de développer le pouvoir d'agir, deux ergothérapeutes interrogés, C et F, proposent une chronologie d'actions à mettre en place : réaliser des bilans ou des évaluations ; proposer des activités analytiques et dès que possible, selon l'avancement du processus récupératif, mettre en place des mises en situation. L'ergothérapeute F explique « faire des évaluations du coup pour savoir de quoi elles [les personnes] sont capables avant de mettre en place peut-être soit des mises en situation si elles le souhaitent, euh soit des activités bien ciblées plutôt analytiques dans un premier temps, si ce n'est pas possible de mettre en place des mises en situation » (44-47 ; F). L'ergothérapeute A est en accord avec le fait de réaliser des bilans « faire vraiment un bilan où on en est, d'où on vient, et où on veut aller » (27 ; A) et exprime une chronologie qu'elle définit par rapport aux objectifs du patient « il faut essayer que la personne ait plusieurs objectifs sur des temps différents, sur du court, du moyen et du long terme » (29-30 ; A).

L'ergothérapeute D, dit réaliser également des bilans, mais perçoit un impact particulier vis-à-vis du développement du pouvoir d'agir : « A chaque bilan il y a une sorte de vouloir se donner,

de vouloir se dépasser et du coup je pense que ça peut aussi développer cette capacité d'agir, [...] pour trouver, pour monter les échelles au fur et à mesure si je puis dire » (47-50 ; D).

D'autre part, les ergothérapeutes A, B, C, D et F s'accordent sur l'importance d'être en accord et de coconstruire avec le patient, ses proches et l'équipe soignante la prise en soins : objectifs, activités, modalités du retour à domicile. Les ergothérapeutes B et C expriment l'importance d'« inclure la personne à la prise de décision » (35 ; B) et d'être en accord avec la personne, son entourage au risque sinon de ne « pas être dans la même direction et ce ne sera pas bon pour la suite après » (103 ; C). Les ergothérapeutes B, D et F rappellent l'importance de choisir des activités signifiantes pour la personne voire de laisser la personne choisir ses activités de rééducation. En ce sens, l'ergothérapeute D précise « il faut vraiment que la personne soit actrice, qu'elle fasse ses propres choix : ses propres choix d'objectifs, ses propres choix d'activités » (39-40 ; D).

Enfin l'ergothérapeute A mentionne l'importance et l'impact des permissions notamment thérapeutiques sur le développement du pouvoir d'agir « c'est impressionnant au niveau de la dynamique [...] des patients parce qu'ils arrivent à se rebooster, à se remotiver [...]. Ils arrivent à se remettre des objectifs eux-mêmes » (167-170 ; A).

Ainsi, les actions mises en place reposent sur une chronologie définie par un temps d'évaluation, un temps de travail analytique et un temps de mises en situation, selon l'avancement de la récupération. L'approche de développement du pouvoir d'agir induit une co-construction du projet de soin avec le patient et ses proches et valorise le positionnement du patient en tant que décisionnaire et acteur.

3.2.2 Mises en situation et développement du pouvoir d'agir

En lien avec la chronologie expliquée ci-dessus, l'ensemble des ergothérapeutes disent réaliser des bilans, avant de mettre en place des mises en situation.

Les ergothérapeutes A et B précisent faire la distinction entre une mise en situation à visée de bilan et une mise en situation à visée de rééducation. L'ergothérapeute A explique ainsi « Je peux lui faire faire effectivement un bilan cuisine parce que j'ai besoin de savoir si elle est en capacité de le faire mais ça c'est un bilan » (71-73 ; A). Pour l'ergothérapeute B, cela engendre également un changement de posture « quand la mise en situation est à visée dans un premier temps d'évaluation, j'explique ce qui va se passer, par exemple cuisine et je laisse faire complètement » (123-125 ; B).

Les éléments temporeux de l'occupation

Parmi l'ensemble des bilans proposés, l'ensemble des ergothérapeutes disent réaliser un bilan occupationnel auprès des personnes prises en soins. Pour l'ergothérapeute A, il s'agit de questionner la personne sur ses activités de vie quotidienne, ses envies et ses difficultés, tout comme les ergothérapeutes C, E et F. Les ergothérapeutes B et D précisent questionner également les habitudes de vie. En complément l'ergothérapeute D interroge les caractéristiques temporelles de l'occupation : « au niveau du rythme, est ce que c'était tous les jours, est-ce que c'était une fois de temps en temps ? » (123-124 ; D).

Les éléments environnementaux physiques

L'ensemble des ergothérapeutes disent également questionner les personnes sur leur environnement physique de vie : l'ergothérapeute A mentionne « un bilan de logement » (80 ; A), l'ergothérapeute B explique avoir recours au dossier patient dans lequel l'environnement notamment structurel est décrit et l'ergothérapeute D précise parler de l'environnement physique avec les personnes prises en soins. Pour les ergothérapeutes C et E, le bilan de l'environnement est complété par une visite à domicile ou par des photographies de l'environnement réalisées par les proches. L'ergothérapeute E explique « on fait des visites à domiciles mais parfois voilà, juste on veut avoir [...] le cuisine, ou la salle de bain [...], on peut demander quelques photos à la famille » (77-79 ; E).

Les éléments environnementaux sociaux

Concernant l'environnement social, quatre des six ergothérapeutes interrogés précisent questionner l'environnement social de vie des personnes. Pour l'ergothérapeute B, ce sont des informations recueillies par le biais du dossier patient et liées au bilan de l'environnement physique. Il en est de même pour l'ergothérapeute C qui dit recueillir « tout ce qui va être autour de son environnement physique ou matériel, s'il vit seul, s'il y a des gens à côté » (52-53 ; C) et pour l'ergothérapeute D. En lien avec les caractéristiques de son activité, l'ergothérapeute F intervient, dans le cadre du SAMSAH au domicile des personnes et est amené à observer l'environnement social de la personne. En dressant une comparaison de son activité en centre de rééducation et de son activité en SAMSAH, l'ergothérapeute F constate « on se rend compte que dans on bosse en rééduc, on ne connaît pas du tout, même si on a beau faire des entretiens, tant qu'on n'est pas allé chez la personne, tant qu'on ne sait pas comment fonctionne la famille

et ce qui se joue [...], on ne se rend pas compte du coup de comment la personne [...] agit dans son environnement » (230-234 ; F).

Les éléments du patient

Les ergothérapeutes A, B, F et E précisent porter attention à l'état d'esprit et aux ressentis du patient accompagné. En effet, l'ergothérapeute A dit essayer « de les faire parler de leurs sentiments, de leurs difficultés, de leurs projets » (76-77 ; A) tandis que l'ergothérapeute F questionne la temporalité des mises en situation vis-à-vis de l'état psychologique du patient « est-ce que c'est le bon moment » (77-78 ; F), tout comme l'ergothérapeute E. L'ergothérapeute B constate un état d'esprit différent selon les modalités de suivi des patients (hospitalisation complète ou hôpital de jour) : « Les gens qui ont déjà une situation de handicap et un état qui est, entre guillemets, stabilisé [...] où ils sont déjà rentrés à la maison, ils ont beaucoup plus en tête ce qui les gêne au quotidien, et ce sur quoi ils veulent avancer » (57-59 ; B).

Enfin, trois des ergothérapeutes interrogés ont recours à des bilans normés. Pour deux d'entre eux, C et D il s'agit d'une trame de bilans imposée par l'établissement dans lequel ils exercent. Dans le cadre de l'ergothérapeute B, la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle est le seul bilan régulièrement utilisé dans sa pratique.

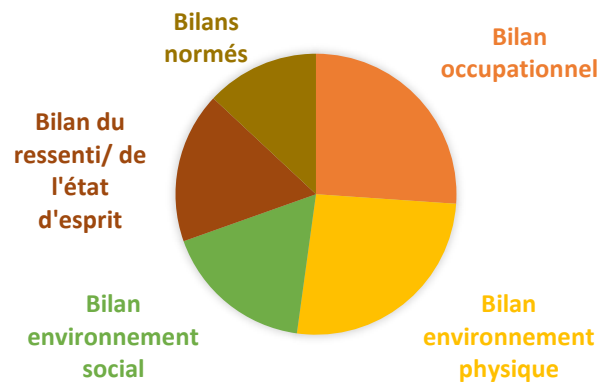


Figure 8: Typologie des bilans utilisés

Ainsi, plusieurs éléments sont recueillis concernant l'occupation qui fera l'objet d'une mise en situation : environnement physique et social de l'occupation, historique de l'occupation, caractéristiques temporelles et caractéristiques de l'utilisateur psychiques, cognitives et motrices. L'ensemble de ces éléments permettent de comprendre la situation de la personne et vont être intégrés dans la mise en situation.

Mise en place des mises en situation dans le but de développer le pouvoir d'agir

Lors de la mise en place de mises en situation, l'ensemble des ergothérapeutes interrogés se centre sur les souhaits, les envies et les volontés des personnes accompagnées. Pour les ergothérapeutes A, F et C par exemple, la volonté du patient est centrale : l'ergothérapeute A exprime au sujet du choix des mises en situation que « si c'est vraiment ça qu'elle [la personne] veut tenter [...] à partir de là effectivement on va dans cette situation écologique » (53-55 ; A) tout comme l'ergothérapeute F « on va voir ensemble, les activités où elle souhaite vraiment être en situation » (76-77 ; F). L'ergothérapeute C construit également le projet de soin selon les souhaits de la personne « avec le patient on établit ce qu'il veut, et après [...] c'est là qu'on discute des [...] objectifs » (80-82 ; C). De façon analogue, l'ergothérapeute B déclare recueillir l'individualité des « souhaits » (27 ; B) en lien avec sa conception du développement du pouvoir d'agir ; l'ergothérapeute E valorise l'implication des patients dans le choix de mises en situation et affirme « quand ça vient d'eux c'est encore mieux » (51 ; E). Pour l'ergothérapeute D, la prise en considération des envies se matérialise par le choix et les diverses propositions faites aux usagers « j'essaie au maximum de proposer plusieurs possibilités » (97 ; D).

D'autre part, le lieu de vie initial des personnes est pris en considération pour mettre en place les mises en situation par les ergothérapeutes A, C, D, E et F. En effet, ces ergothérapeutes prennent en considération les éléments relevés lors du bilan environnemental pour reproduire au mieux la situation du domicile au sein des espaces thérapeutiques. L'ergothérapeute A explique faire attention à la position des différents ustensiles de cuisine, à l'aménagement de la salle de bain, tout comme l'ergothérapeute E qui précise « faire des mises en situation [...] qui se rapprochent le plus possible de leur quotidien » (69-70 ; E). L'ergothérapeute C et l'ergothérapeute F prennent en considération l'« environnement physique et matériel » (61 ; C) pour moduler l'environnement du centre de rééducation : « on réajuste quand on est en chambre de rééduc, par exemple la hauteur du bac de douche » (92-93 ; F). L'ergothérapeute D applique ce même raisonnement, cependant elle précise préférer « le domicile comme environnement quand même, mais ce n'est pas toujours possible » (87-88 ; D), tout comme l'ergothérapeute F qui dit « dès que je peux [...] je privilégie le lieu de vie de la personne » (68-69 ; F).

Outre l'environnement matériel, l'environnement social est également considéré lors des mises en situation et dans le cadre du développement du pouvoir d'agir. A ce propos, deux positionnements différents de la famille émergent. Les ergothérapeutes A et E font appel à la famille lors des mises en situation : pour l'ergothérapeute A, il s'agit de montrer les difficultés

de la personne à ses proches afin qu'ils aient une prise de conscience et puissent accompagner au mieux la personne notamment lorsque celle-ci présente une anosognosie (109-111 ; A). Pour l'ergothérapeute E, il s'agit de réaliser des mises en situation dans des conditions très proches de la réalité également sur le volet de l'environnement social « on peut se mettre en situation avec eux : que ce soit le conjoint, ou même les enfants » (139-140 ; E). Pour les ergothérapeutes B ; C et D les proches de la personne prise en soins sont à inclure dans la prise de décision concernant les rôles ou les modalités du retour à domicile. L'ergothérapeute B, en lien avec le développement du pouvoir d'agir indique qu'il faut « inclure dans les soins, ou des aidants ou des preneurs de décision autre qu'elle [la personne soignée] au minimum » (16-17 ; B). Pour l'ergothérapeute C, la famille doit faire partie intégrante du processus de retour à domicile afin de trouver le meilleur compromis pour tous mais également dans la prise en soins. Selon lui, la situation de la personne évolue « à partir du moment où on est au clair avec la famille et avec le patient » (85 ; C). L'ergothérapeute D précise l'importance de cerner le rôle de chacun des proches afin de ne pas déstabiliser l'homéostasie relationnelle, il est nécessaire de « bien voir avec la famille à l'avance [...] qu'est-ce qu'on fait et où est ce qu'on va » (62-63 ; D) et « il y a toujours une balance d'équilibre à faire » (65-66 ; D) entre la volonté d'indépendance de la personne et le rôle occupé par les proches. Pour cet ergothérapeute, le fait de faire appel aux proches peut également augmenter l'engagement de la personne dans sa rééducation, si l'entourage est important pour elle (41-44 ; D).

Ainsi, les mises en situation se centrent sur les volontés de la personne afin de favoriser son implication. Elles sont construites afin tenir compte des éléments précédemment recueillis. L'engagement des proches est variable selon les thérapeutes et les situations : de l'implication dans les prises de décisions, à la participation aux mises en situation : un équilibre est à trouver afin de promouvoir l'engagement du patient tout en tenant compte de la situation familiale.

Impact des troubles de la personne sur l'organisation de la mise en situation

En ce qui concerne la posture des ergothérapeutes au cours des mises en situation, l'ensemble des professionnels interrogés se positionnent en observateur et sont passifs. Par exemple, l'ergothérapeute A dit essayer « d'être le plus en retrait possible dans les mises en situation pour que la personne d'elle-même se rende compte de ce qu'elle est capable de faire et pas faire » (50-52 ; A). Ce positionnement est également justifié par le fait que lors du retour à domicile, les thérapeutes ne seront plus présents (142 ; B). Cette posture est nuancée par la nature des troubles et des séquelles que présente le patient post-AVC.

Bien que le retrait soit progressif mais maximisé en cas de troubles physiques uniquement, « pas de troubles cognitifs [...] je vais plutôt les laisser faire, c'est vraiment dans [...] l'expérientiel » (190-191 ; D) ; pour les ergothérapeutes A, C, D et E la présence de troubles cognitifs modifie la guidance lors de la mise en situation. L'ergothérapeute A demande « énormément de doubles tâches donc je vais parler de tout et n'importe quoi en même temps » (120-121 ; A). L'ergothérapeute C mentionne intervenir, notamment en cas de désinhibition et de conduite à risque « il faut les recadrer » (123 ; C), explique-t-il. L'ergothérapeute D propose des compensations pour les personnes avec des troubles cognitifs mineurs néanmoins en cas de troubles majeurs, ce professionnel met volontairement la personne en échec « pour ne pas qu'il refasse ça à la maison [...] et qu'on puisse avancer sur d'autres moyens de compensation qui soient moins dangereux » (186-188 ; D). Enfin, pour l'ergothérapeute E, la présence de difficultés cognitives va entraîner une majoration de sa présence et de sa guidance « on va un peu plus les accompagner, [...] on va découper les séances, on va faire plus de séances » (99-100 ; E).

Lorsque le patient rencontre des difficultés au cours de la mise en situation, cinq des ergothérapeutes interrogés, A ; B ; C ; D ; F, privilégient une démarche de questionnement de la personne. A ce titre les questions posées sont du type « qu'est ce qui se passe ? [...] qu'est ce qui bloque ? pourquoi ça bloque ? » (201-202 ; F) ; « comment vous pourriez faire autrement, quelles sont vos solutions ? » (133 ; C). Il s'agit pour l'ensemble des ergothérapeutes de faire raisonner la personne sur l'origine du problème et les différentes stratégies de résolution qu'elle envisage. Le professionnel intervient pour guider la réflexion ou pour « proposer une aide technique » (120 ; F), comme dans le cas de l'ergothérapeute F. Pour l'ergothérapeute E, la proposition d'aide technique est la première démarche en cas de difficulté ; ce professionnel explique « tout dépend s'il y a des aides techniques qui peuvent pallier à ces difficultés » (118 ; E).

L'acquisition de la démarche de résolution de problème par les patients et le positionnement du patient en tant que moteur de sa rééducation est, pour les ergothérapeutes A ; C et D, signe d'un possible retour à domicile. L'ergothérapeute A explique que les patients doivent comprendre que « c'est eux qui doivent travailler, nous on les accompagne » (218 ; A) et lorsqu'ils sont capables de positionner eux-mêmes leurs objectifs « ils sont prêts [...] pour le retour à domicile » (171-172 ; A). Pour l'ergothérapeute D comme pour C, « s'ils comprennent la résolution de problème [...] c'est tout à fait gagné » (209-210 ; D) ; l'ergothérapeute C dit à ce

propos « Moi c'est surtout ça, ce que j'essaye [...] d'inculquer, de transmettre dans la rééducation » (146-147 ; C).

Ainsi, la présence de troubles cognitifs en complément des troubles moteurs va impacter la guidance : le retrait progressif du thérapeute au cours des mises en situation demeure privilégié, ainsi que la sécurité du patient et la prise de conscience de ses capacités et incapacités. Face à une problématique, le questionnement de l'utilisateur est primé afin qu'il acquière une démarche d'analyse de la situation et des ressources disponibles, au long terme.

3.2.3 Développement du pouvoir d'agir et impact perçu sur le retour à domicile

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire que cette approche impacte positivement le retour à domicile de l'adulte post-AVC, notamment sur les possibilités de réaliser une activité. Cette démarche est pour l'ergothérapeute B une condition sine qua non au retour à domicile « Je pense que ce n'est pas envisageable de mettre en place un retour à domicile si on n'a pas fait cette approche-là » (215-216 ; B).

Outre la démarche de résolution de problème acquise lors de mise en situation avec la volonté de développer le pouvoir d'agir, cela permet selon l'ergothérapeute D « qu'ils prennent un recul nécessaire et qu'ils soient libres après dans leur [...] retour à domicile » (218 ; D) par le biais des mises en situation. Celles-ci permettent selon ce thérapeute « une prise de conscience, confiance » (221-222 ; D) et un apport de sérénité. L'ergothérapeute B rejoint cet avis : les mises en situation, le « laisser faire » (218 ; B) et « l'autonomisation » (218 ; B) mettent en évidence les difficultés de la personne : « ça permet de dresser un tableau juste des capacités et incapacités réelles de la personne » (237-238 ; B). Par la suite, il est donc possible de solutionner ces problématiques et de proposer un retour à domicile dans de bonnes conditions. L'ergothérapeute F rejoint également les propos de l'ergothérapeute B concernant la prise de conscience, de confiance et de sérénité en lien avec la réalisation de mises en situation « Elle [la personne] aura peut-être plus confiance pour un retour à domicile parce qu'elle aura pu en fait se confronter à [...] toutes les tâches qu'elle va avoir au quotidien et par rapport à son pouvoir d'agir, elle sera probablement plus consciente [...] plus sereine peut-être pour réaliser des activités » (134-138 ; F). L'ergothérapeute F inclut également les proches comme bénéficiaires de cette approche « c'est un travail à faire avec [...] les proches pour [...] qu'ils accompagnent ou qu'ils les soutiennent à refaire des activités au quotidien » (146-147 ; F).

Pour l'ergothérapeute A, la valeur ajoutée de cette approche se situe principalement au niveau de la capacité du patient à poser, seul, des objectifs adaptés et raisonnables vis-à-vis de sa situation et à les modifier si besoin. L'ergothérapeute A explique cela ainsi « Il [le patient] dit [...] quand je vais revenir, oui je vais faire ça comme ça, si je n'y arrive pas je ferai comme ça ; on voit qu'au fur et à mesure ils [...] ont repris [...] leur vie en main » (159-161 ; A).

Enfin l'ergothérapeute B soulève une difficulté rencontrée dans sa pratique professionnelle, rappelant l'importance de valoriser le choix des personnes concernant leurs souhaits de vie à venir : « Ce qui est important [...] c'est que la personne quand elle va agir, elle ne va pas forcément répondre à nos attentes, à nous, donc [...] c'est important de faire la différence entre maximiser l'indépendance et maximiser le pouvoir d'action de la personne » (271-274 ; B).



Figure 9: Nuage de mots, récurrence des termes décrivant l'impact de l'approche DPA sur le retour à domicile

De ce fait, l'approche de développement du pouvoir d'agir ainsi que les mises en situation impactent positivement le retour à domicile. Ceci s'explique par l'acquisition d'une démarche de questionnement, permettant aux patients de savoir faire face à des situations problématiques et par la capacité du patient à se positionner de façon juste, en toute connaissance de sa situation, face à une occupation.

4 Discussion

L'étude qualitative réalisée par le biais des entretiens a permis de recueillir la perception de la pratique ergothérapeutique, lors de la préparation du retour à domicile en lien avec le développement du pouvoir d'agir. Au cours de la discussion, une interprétation des résultats sera proposée et les éléments de réponse à l'objet de recherche seront mis en évidence. D'autre part, une prise de recul concernant le dispositif de recherche permettra de relever les apports,

intérêts et limites de celui-ci. Enfin, après avoir étudié les possibilités de transférabilité vers la pratique, une ouverture vers de nouveaux axes de recherche sera explicitée.

4.1 Interprétation des résultats

Partant du constat pratique qu'il est nécessaire pour certains adultes ayant eu un AVC de revenir régulièrement dans des établissements de soins, pour des séjours de rééducation, la préparation du retour à domicile a été questionnée, en lien avec l'inexistence du système de retour à domicile précoce en France. L'enquête exploratoire a permis de mettre en exergue plusieurs éléments en lien avec la préparation du retour à domicile : l'utilisation de mises en situation, les limites des espaces thérapeutiques vis-à-vis de la réalité du domicile et la prise en compte de toutes les dimensions de la personne notamment psycho-relationnelle et familiale. Ceci a abouti à un cadre conceptuel décrivant l'approche du développement du pouvoir d'agir et le modèle transactionnel de l'occupation et à la question de recherche suivante : Dans quelle mesure la mise en place d'une approche de développement du pouvoir d'agir, lors de mises en situation en espace thérapeutique chez l'adulte post-AVC en vue d'un retour à domicile, pourrait impliquer l'utilisation d'éléments du modèle transactionnel de l'occupation ? Il s'agit à présent d'interpréter les résultats recueillis au regard de ces problématisations. Ce questionnement comporte divers intérêts : pour la pratique ergothérapeutique mais également pour les différents enjeux économiques et de santé publique liés à l'AVC.

Bien que les ergothérapeutes définissent le développement du pouvoir d'agir principalement comme le fait que la personne puisse à nouveau faire ses activités du quotidien, la démarche mise en place afin de favoriser le développement de ce pouvoir corrobore sur plusieurs points le processus décrit par Y. Le Bossé et la posture de l'accompagnant au développement du pouvoir d'agir décrite par C.Petit. En effet, les ergothérapeutes réalisent divers bilans qui permettent d'analyser les capacités de la personne, sur le plan fonctionnel comme sur le plan cognitif ; l'environnement matériel, physique et social de la personne afin de proposer par la suite des mises en situation intégrant au plus ces divers éléments. La personne concernée est intégrée dans cette démarche, par le choix de l'activité, la transmission des informations à son thérapeute et par la réalisation même de l'activité. Ainsi nous retrouvons une « prise en compte simultanée des conditions structurelles et individuelles du changement » et l'« adoption de l'unité d'analyse acteur en contexte »(33). D'autre part, pour la majorité des ergothérapeutes interrogés les objectifs de soin et/ou les modalités du retour à domicile sont coconstruits avec la personne et les proches concernés : cela rejoint le principe de « définition du changement

visé et de ses modalités par les personnes concernées »(33). Enfin, une « démarche d'action conscientisante » (33) est également présente : les ergothérapeutes utilisent une démarche de questionnement et de réflexion métacognitive pour résoudre les difficultés. Pour la majorité des professionnels, cette démarche va au-delà de la guidance ; c'est une transmission de savoirs afin que la personne acquière et reproduise ce système de façon autonome et indépendante. Cependant, la « prise en compte des contextes d'application »(33) demeure limitée lors des mises en situation. Bien que les mises en situation et la procédure associée à celles-ci tendent à prendre en considération les contextes d'application, la limite de l'espace thérapeutique demeure. Comme relevé au cours de l'enquête exploratoire mais également au cours des entretiens : ces espaces ne seront jamais la réalité de vie du patient. Cette difficulté ressort également au travers du modèle transactionnel de l'occupation et des éléments de la tâche « Task elements remind [...] to consider occupation in relation to the (a) expected structure and timing ; (b) expected spaces, tools, and materials ; and (c) intended purpose or outcome given the current sociocultural, geopolitical, and temporal situational context »⁴⁴(24)(p26).

Concernant l'utilisation du modèle transactionnel de l'occupation, les résultats montrent qu'aucun ergothérapeute ne connaît ce modèle néanmoins les récits de leur pratique le rejoint sur plusieurs points. Tout d'abord, au travers des divers bilans réalisés les ergothérapeutes étudient les différents éléments environnementaux décrits dans le modèle. L'ensemble des ergothérapeutes interrogent ou visualisent, par le biais de photos ou de visites à domicile, l'environnement physique en transaction avec l'occupation : espaces, objets ou encore interfaces digitales(24) (p.25). De façon analogue, la majorité des ergothérapeutes recueillent des éléments concernant l'environnement social de vie des usagers et leur présence ou non lors de la réalisation des occupations. Cependant, les préconisations du modèle sont les suivantes. « They [occupational therapists] must be attentive to how characteristics of these people [...], how personal meanings and expectations of these people may influence or be influenced by the ongoing occupation »⁴⁵ (24)(p.25). Les résultats montrent une démarche non aboutie en prenant référence sur ce modèle.

⁴⁴ « Les éléments de la tâche rappellent [...] de considérer l'occupation en relation avec (a) la structure et la temporalité attendues ; (b) les espaces, outils et matériaux attendus ; et (c) le but ou résultat visé par le contexte situationnel socio-culturel, géopolitique, et temporel courant ». Traduction par l'auteur

⁴⁵ « Ils [les ergothérapeutes] doivent être attentifs à comment les caractéristiques de ces personnes, comment les significations personnelles et les attentes de ces personnes peuvent influencer ou être influencées par l'occupation en cours ». Traduction par l'auteur.

D'autre part, par le biais des bilans normés et de bilans occupationnels notamment mais également par la valorisation des choix de la personne concernant ses objectifs, ses choix d'activités, les résultats reflètent une analyse des éléments relatifs à l'utilisateur proche de celle décrite dans le modèle. Néanmoins, les résultats ne montrent pas une interrogation des croyances, des attitudes et des valeurs et de leur impact sur la réalisation de l'occupation. Le bilan occupationnel permet également aux ergothérapeutes de relever les éléments temporeux relatifs aux activités de la personne : en effet, les résultats montrent que le bilan permet de situer les activités sur un axe temporel : les activités faites avant l'AVC, les activités actuellement faites et les activités que la personne souhaite pouvoir faire. D'autre part, les résultats montrent que seulement un ergothérapeute relève les modalités temporelles de l'occupation (rythme, fréquence de réalisation, ...) comme cela ressort dans le descriptif des éléments temporeux du modèle(24) (p.24-25). En complément des éléments temporeux, les éléments géopolitiques et socioculturels ne sont pas pris en considération d'après les résultats. L'occupation n'est pas décrite en fonction de la culture, de la société et du contexte législatif et géographique dans lequel évolue la personne et les transactions de ces divers éléments avec l'occupation. A.G. Fisher et A. Marterella relèvent cette difficulté : « These help occupational therapists to reflect on occupation in the broadest sense and attend to important, but often related neglected considerations in occupational therapy⁴⁶ »(24)(p.23).

Les résultats montrent un impact positif de l'approche de développement du pouvoir d'agir, appliquée aux mises en situation sur le retour à domicile de l'adulte post-AVC en termes de prise de conscience, de confiance, de capacité à faire les activités du quotidien avec sérénité. Bien que les résultats montrent que l'approche de développement du pouvoir d'agir et la transmission de la démarche de questionnement tendent à garantir un retour à domicile en adéquation avec les souhaits de la personne et la possibilité d'initier de nouvelles activités par la suite ; il n'est pas possible de lier ce résultat à l'absence de réadmission de ces personnes en service de soins en lien avec leur AVC et les séquelles potentielles.

4.2 Eléments de réponse à l'objet de recherche

Pour rappel, l'objet de recherche est le suivant : la présence d'éléments du modèle transactionnel de l'occupation lors de la mise en place d'une approche de développement du

⁴⁶ « Ils aident les ergothérapeutes à réfléchir à l'occupation au sens large et à prendre en compte des aspects importants, mais souvent négligés, de l'ergothérapie ». Traduction par l'auteur.

pouvoir d'agir durant des mises en situation en espace thérapeutique chez l'adulte post-AVC, en vue d'un retour à domicile.

D'après l'interprétation des résultats, l'approche de développement du pouvoir d'agir telle qu'elle est appliquée par les ergothérapeutes dans le cadre des mises en situation nécessite le recueil d'informations concernant :

- L'environnement physique de vie du patient,
- L'environnement social c'est-à-dire les proches ou les aidants de la personne et leur présence ou non lors des activités,
- Les capacités de la personne ainsi que son état émotionnel/psychique
- Les occupations faites avant l'AVC ainsi que celles que la personne souhaite faire par la suite et les habitudes de vie.

Ces éléments sont également présents dans le modèle transactionnel de l'occupation : sous les termes d'éléments environnementaux physiques et sociaux, éléments du client et éléments temporels. Ainsi, par le biais d'une approche de développement du pouvoir d'agir, lors de mises en situation, les ergothérapeutes sont amenés à recueillir des informations concernant certains des éléments présents dans le modèle. Néanmoins certains items énoncés par le modèle demeurent absents comme le contexte socio-culturel et géopolitique, certains éléments de la temporalité de l'occupation et les éléments de la tâche en lien avec la limite de réalisme induite par les espaces thérapeutiques utilisés lors des mises en situation. En effet, les éléments de la tâche considèrent l'occupation dans l'espace dédié, avec les outils spécifiques : de ce fait ils seraient évaluables uniquement au domicile de la personne ; les espaces thérapeutiques n'étant qu'une reproduction partielle de l'espace de vie.

Bien que partiellement retrouvé dans la pratique ergothérapeutique française, le modèle transactionnel de l'occupation propose une analyse plus approfondie des transactions gravitant autour de l'occupation notamment sur l'historique de l'occupation, l'influence du contexte, des idéaux, des valeurs et des croyances, permettant de mieux cerner ce qui se joue au travers de cette occupation. Cependant les éléments retrouvés dans la pratique permettent de construire des mises en situation, en espace thérapeutique, favorisant le développement du pouvoir d'agir puisqu'il y a une corroboration entre les actions mises en place en pratique et les préconisations théoriques.

4.3 Discussion des résultats en lien avec les critiques du dispositif de recherche

Portons à présent un regard critique sur le dispositif de recherche.

L'outil de recherche choisi, l'entretien, est un outil complexe à maîtriser et qui nécessite notamment un niveau d'expérience important de la part de l'enquêteur afin de mener au mieux les interviews. Un seul entretien a été réalisé en tant que test, cependant cela n'est pas représentatif pour garantir la faisabilité du dispositif, un test élargi serait pertinent. Les entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche ont été effectués par téléphone, toute fois cela ne permet pas d'accéder au langage non-verbal ou au langage corporel qui peuvent étayer les résultats.

D'autre part, les résultats se basent sur le discours des personnes et ce qu'elles souhaitent exprimer concernant leur pratique professionnelle, avec un biais possible de désirabilité sociale. Dans le cadre d'une nouvelle recherche, une observation des professionnels lors de l'accompagnement d'un adulte post-AVC, en complément des entretiens, permettrait de compléter les résultats. Également lors de la passation des entretiens, toutes les questions de relance n'ont pas été posées et certaines adaptations ont dû être faites notamment quand les personnes ne connaissaient pas et rencontraient des difficultés à définir le développement du pouvoir d'agir, concept qui est questionné tout au long de l'entretien. La saturation des données n'a pas été atteinte compte tenu du nombre d'entretiens réalisés : des éléments de réponse intéressants émergent cependant il faudrait poursuivre les entretiens pour atteindre la saturation.

En ce qui concerne l'analyse des résultats, un biais d'investigation concernant le classement des verbatims en thématique, peut être présent du fait de la subjectivité du chercheur(8). Pour limiter ce biais, un codage réalisé indépendamment par un autre chercheur et une triangulation des données auraient été nécessaires(8). Compte tenu du faible nombre d'entretiens, il n'est pas possible de dégager des corrélations concernant par exemple la connaissance du concept de développement du pouvoir d'agir et l'année de diplôme.

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

Cette recherche a permis dans un premier au chercheur d'approfondir ses connaissances concernant les diversités de pratique en lien avec le retour à domicile de la personne post-AVC, mais également concernant l'approche de développement du pouvoir d'agir et le modèle transactionnel de l'occupation. Ce sont autant de connaissances qui seront ressources pour sa pratique professionnelle.

D'autre part, cette recherche a permis de faire un état des lieux de la pratique concernant la préparation du retour à domicile de l'adulte post-AVC et plus précisément lors de mises en situation en espace thérapeutique avec une approche de développement du pouvoir d'agir. Ce travail constitue un recueil des pratiques qui peut être consulté en tant que tel pour enrichir sa pratique professionnelle d'autres idées et/ou approches. Cet état des lieux a par la suite été mis en relation avec le modèle transactionnel de l'occupation. Ce travail, bien qu'imparfait notamment par la non-atteinte de la saturation des données, met en évidence certains liens entre la pratique ergothérapeutique française et le modèle transactionnel de l'occupation, qui tendent à montrer l'intérêt de l'utilisation de celui-ci. Par le biais de cette recherche nous espérons permettre la découverte de ce modèle émergent en France, encore peu voire pas connu sur le terrain et inciter à la réalisation d'autres recherches en lien avec ce modèle, afin d'évaluer la pertinence de cette modélisation vis-à-vis de la pratique ergothérapeutique française. Plusieurs ergothérapeutes ayant participé à l'entretien se sont montrés désireux de prendre connaissance de ce nouveau modèle et plus globalement d'enrichir, de faire évoluer leur pratique : nous espérons par le biais de ce travail éveiller le questionnement des pratiques en centre de rééducation dans le cadre de l'accompagnement d'adultes post-AVC. Humblement et avec une vision plus large, nous espérons promouvoir l'ergothérapie ainsi que ses spécificités dans le milieu de la rééducation post-AVC.

Néanmoins cette recherche comporte des limites vis-à-vis de la pratique professionnelle :

- Comme mentionné précédemment, la saturation des données n'a pas été atteinte et ne répond donc pas aux critères demandés dans les sciences médicales.
- Les résultats se basent uniquement sur les déclarations des ergothérapeutes concernant leur pratique.
- Malgré une anticipation des biais et la mise en place de stratégies d'atténuation, certains biais demeurent présents.
- Le concept de développement du pouvoir d'agir est un concept initialement utilisé dans le secteur social, il est moins connu dans le champ sanitaire et demeure de ce fait très théorique. Concernant le modèle transactionnel de l'occupation, il a une portée très pratique puisqu'il peut être utilisé en tant que support d'évaluation cependant il n'est pas appliqué à ce jour en France. Pour interroger les professionnels sur ce modèle, il aurait été pertinent de pouvoir les former auparavant puis de mener la recherche : la durée impartie pour réaliser la recherche n'a pas permis de mettre en place ce processus.

- Plusieurs éléments du modèle transactionnel de l'occupation émergent des résultats : ce sont les éléments environnementaux physiques, sociaux et les caractéristiques de la personne. Nous pouvons nous interroger sur l'origine de ces corrélations. En effet, ces éléments sont présents dans de nombreux autres modèles conceptuels comme le modèle personne-environnement-performance-occupation (PEOP) ou encore le modèle de développement humain et le processus de production du handicap (MDH-PPH)(41). Ainsi nous pouvons questionner l'influence de ces modèles sur ces corrélations : dans quelle mesure la présence de ces éléments dans plusieurs modèles conceptuels ergothérapeutiques impacte la pratique des ergothérapeutes ?

4.5 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Malgré les limites mentionnées concernant cette recherche plusieurs éléments peuvent influencer la pratique professionnelle.

De façon globale, cette recherche permet aux ergothérapeutes de théoriser leur pratique et d'offrir un recul sur des actes réalisés quotidiennement. Cette recherche permet de présenter un nouveau modèle conceptuel qui présente des liens avec la pratique actuelle des ergothérapeutes et qui pourrait permettre de la faire évoluer en considérant notamment les transactions gravitant autour de l'occupation et en sortant du dualisme personnes-environnement. D'autre part, ce travail permet de présenter l'approche de développement du pouvoir d'agir dans le cadre des soins et bien que, non exhaustif celui-ci apporte des pistes concernant les éléments constitutifs de l'approche ainsi que les possibilités de mise en place sur le terrain.

La pratique professionnelle de la chercheuse sera influencée par les connaissances décrites ci-dessus mais également par les différents apprentissages qu'elle a pu faire au cours de ce processus. La co-construction des objectifs de soins avec les personnes concernées, la contextualisation des actions et l'intervention dans l'ici et maintenant sans solution préconstruite sont des clés transférables par la suite dans la pratique professionnelle quelque soit le secteur d'activité. D'autre part, la connaissance approfondie du modèle transactionnel de l'occupation facilitera son utilisation par la suite et permettra à la chercheuse de penser l'occupation de façon plus large et de ne pas négliger l'influence du contexte notamment géopolitique et socio-culturel sur l'occupation.

4.6 Perspectives de recherches

Ce travail de recherche, du fait de ses limites notamment, génère de nouveaux questionnements qui peuvent faire l'objet de recherche.

La recherche menée tend à montrer que des éléments du modèle transactionnel de l'occupation sont présents dans la pratique ergothérapeutique française. Il serait pertinent de poursuivre ce travail en élargissant la recherche à l'ensemble des secteurs de travail de l'ergothérapeute afin de questionner l'adaptabilité de ce modèle vis-à-vis de la pratique ergothérapeutique française et la pertinence de son utilisation. Par le biais d'une méthode clinique, il serait pertinent d'observer les ergothérapeutes de différents secteurs d'activité, au cours de prises en soins, et de compléter ce travail avec des entretiens pour interroger les professionnels concernant leur pratique notamment l'évaluation du patient et la prise en compte des différents éléments qui sont présents dans le modèle transactionnel de l'occupation. Par la suite, il s'agirait de déterminer les liens existants entre la pratique ergothérapeutique française et le modèle transactionnel de l'occupation afin de montrer ou non une adaptabilité.

D'autre part, la recherche menée ne permet pas de démontrer une influence sur le retour à domicile car celle-ci se limite à recueillir l'avis des ergothérapeutes à ce sujet mais ne permet en aucun cas de montrer un impact sur le retour à domicile car les personnes ayant eu un AVC ne sont pas interrogées notamment. De plus, aucun lien n'a pu être fait sur l'impact concernant les possibles réadmissions de ces personnes dans des établissements de soins. Ainsi, il s'agirait de poursuivre le travail de recherche en questionnant l'impact d'une approche de développement du pouvoir d'agir sur le retour à domicile de l'adulte post-AVC et les réadmissions en établissement de soins, au long terme. En utilisant une méthode clinique, il s'agirait de s'entretenir avec des adultes post-AVC, ayant bénéficié d'une approche de développement du pouvoir d'agir au cours de leur rééducation, sur le vécu de leur retour à domicile à plusieurs temps, soit de façon longitudinale, et de questionner également la réadmission ou leur souhait de réadmission en établissement de soins, en lien avec leur AVC.

Enfin, cette recherche ne permet pas de montrer l'impact de l'utilisation du modèle transactionnel de l'occupation sur le développement du pouvoir d'agir de la personne post-AVC. De ce fait, une autre recherche, de type expérimentale, pourrait être créée afin d'étudier ce phénomène : dans quelle mesure l'utilisation du modèle transactionnel de l'occupation, lors de mises en situation en espace thérapeutique chez l'adulte post-AVC en vue du retour à

domicile permet de développer le pouvoir d'agir de l'utilisateur ? Il s'agirait ici de former des ergothérapeutes à l'utilisation du modèle transactionnel de l'occupation et de mesurer le pouvoir d'agir de l'utilisateur en lien avec une occupation à différents temps : avant la mise en situation, après la mise en situation et lors du retour à domicile par exemple. Pour la mesure du pouvoir d'agir des outils tels que la MIPPA (mesure d'indices psychosociologiques du pouvoir d'agir)(42) ou le QPA (questionnement du pouvoir d'agir)(43) pourraient être utilisés. L'hypothèse générale serait alors la suivante : l'utilisation du modèle transactionnel de l'occupation lors d'une mise en situation permet d'augmenter le pouvoir d'agir de l'utilisateur.

Bibliographie

1. Laurent Puy, Charlotte Cordonnier. Accident vasculaire cérébral (AVC) [En ligne]. Inserm - La science pour la santé. 2019. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>. Consulté le 11 juin 2020.
2. Nicolas Revel. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 [En ligne]. 2020. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf. Consulté le 11 octobre 2020.
3. HAS. AVC, travailler avec les professionnels pour améliorer les pratiques [En ligne]. Haute Autorité de Santé. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_961542/fr/avc-travailler-avec-les-professionnels-pour-ameliorer-les-pratiques. Consulté le 11 juin 2020.
4. HAS. Sortie du monde hospitalier et le retour au domicile d'une personne adulte handicapée sur le plan moteur ou neuropsychologique [En ligne]. Haute Autorité de Santé. 2006. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272386/fr/sortie-du-monde-hospitalier-et-le-retour-au-domicile-d-une-personne-adulte-handicapee-sur-le-plan-moteur-ou-neuropsychologique. Consulté le 11 juin 2020.
5. HAS. Le plan national d'actions AVC : Qu'est-ce que c'est ? | CNSA [En ligne]. 2010. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-et-plans-nationaux/plan-national-dactions-avc-2010-2014>. Consulté le 11 juin 2020.
6. Fery-Lemonnier Elisabeth. La prevention et la prise en charge des accidents vasculaires cerebraux | Vie publique.fr [En ligne]. 2009. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/30747-la-prevention-et-la-prise-en-charge-des-accidents-vasculaires-cerebraux>. Consulté le 11 juin 2020.
7. ANAES. Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Stratégies et organisation [En ligne]. Haute Autorité de Santé. 2003. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272305/fr/retour-au-domicile-des-patients-adultes-atteints-d-accident-vasculaire-cerebral-strategies-et-organisation. Consulté le 11 juin 2020.
8. Frappé P, Druais P-L, Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale (Lyon). Initiation à la recherche. 2018.
9. Connolly T, Mahoney E. Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(21-22):3979-87.
10. Simeone S, Savini S, Cohen MZ, Alvaro R, Vellone E. The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 1 avr 2015;14(2):162-9.
11. Meijering L, Nanninga CS, Lettinga AT. Home-making after stroke. A qualitative study among Dutch stroke survivors. *Health & Place*. 1 janv 2016;37:35-42.

12. Nordin Å, Sunnerhagen KS, Axelsson ÅB. Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC Neurol.* 16 nov 2015;15:235.
13. O'Sullivan C, Chard G. An exploration of participation in leisure activities post-stroke. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2010;57(3):159-66.
14. Reunanen MAT, Järvikoski A, Talvitie U, Pyöriä O, Härkäpää K. Individualised home-based rehabilitation after stroke in eastern Finland – the client's perspective. *Health & Social Care in the Community.* 2016;24(1):77-85.
15. Lou S, Carstensen K, Møldrup M, Shahla S, Zakharia E, Nielsen CP. Early supported discharge following mild stroke: a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2017;31(2):302-11.
16. Morone G, Paolucci S, Iosa M. In What Daily Activities Do Patients Achieve Independence after Stroke? *J Stroke Cerebrovasc Dis.* août 2015;24(8):1931-7.
17. Haghgoo HA, Pazuki ES, Hosseini AS, Rassafiani M. Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences.* 15 mai 2013;328(1):87-91.
18. Broussy S, Saillour-Glenisson F, García-Lorenzo B, Rouanet F, Lesaine E, Maugeais M, et al. Sequelae and Quality of Life in Patients Living at Home 1 Year After a Stroke Managed in Stroke Units. *Front Neurol.* 2019;10:907.
19. Twardzik E, Clarke P, Elliott MR, Haley WE, Judd S, Colabianchi N. Neighborhood Socioeconomic Status and Trajectories of Physical Health-Related Quality of Life Among Stroke Survivors. *Stroke.* 2019;50(11):3191-7.
20. Ávila A, Durán M, Peralbo M, Torres G, Saavedra M, Viana IM. Effectiveness of an Occupational Therapy Home Programme in Spain for People Affected by Stroke. *Occupational Therapy International.* 2015;22(1):1-9.
21. Yelnik A-P, Schnitzler A, Pradat-Diehl P, Sengler J, Devailly J-P, Dehail P, et al. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "Stroke patients". *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.* 1 nov 2011;54(8):506-18.
22. Chabal S, Panisse G. Tableau comparatif des différentes méthodes de recueil d'information [En ligne]. 2013. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_EL58_modalites_de_recueil_d_information_cle2c6239.pdf. Consulté le 15 janvier 2021.
23. Chabal S. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [En ligne].. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf. Consulté le 15 janvier 2021
24. Anne.G Fisher, Abbey Marterella. Powerful practice A model for authentic occupational therapy. Center for innovative OT solutions; 2020. 384 p.

25. Fayn M-G, Des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Recherches en Sciences de Gestion*. 2017;119(2):55.
26. Dewey J, Bentley AF. Interaction and Transaction. *The Journal of Philosophy*. 1946;43(19):505-17.
27. Lee Bunting K. A transactional perspective on occupation: a critical reflection. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 4 mai 2016;23:1-10.
28. Dickie V, Cutchin M, Humphry R. Occupation as Transactional Experience: A Critique of Individualism in Occupational Science. *Journal of Occupational Science*. 1 avr 2006;13:83-93.
29. Margot-Cattin I. La perspective transactionnelle de l'occupation racontée pas à pas. *RFRE*. 5 oct 2018;4(2):29-41.
30. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1 avr 1996;63:9-23.
31. Le Bossé Y. Introduction à l'intervention centrée sur le pouvoir d'agir. *cre*. 1998;5(3):349-70.
32. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Commun Psychol*. 1 avr 1987;15(2):121-48.
33. Le Bossé Y. De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *nps*. 2003;16(2):30-51.
34. Jouffray Claire. Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs - Une nouvelle approche de l'intervention sociale. Presses de l'EHESP; 2018. 240 p. (Politiques et interventions sociales).
35. Gross O. L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? *La santé en action*. 27 oct 2020;(453):20-2.
36. Vallerie B. Aider au développement du pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*. 2010;N° 51(3):271-82.
37. Petit Catherine. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : un espace de négociation dans les interactions. In: *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. ANFE; 2019. p. 479. (Actualités en ergothérapie).
38. Eymard-Simonian C, Moncet M-C. Initiation à la recherche en soins et santé. Rueil-Malmaison: Éd. Lamarre; 2003. 243 p. (Formation cadre de santé).
39. Cardon D. L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). *Réseaux Communication - Technologie - Société*. 1996;14(79):177-9.
40. Ependa A. Pièges et étapes du processus de recherche: de la théorie à la présentation des résultats. 2017.

41. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017.
42. Le Bossé Y, Dufort F, Vandette L. L'évaluation De L'empowerment Des Personnes: Développement D'une Mesure D'indices Psychosociologiques Du Pouvoir D'agir (MIPPA). Canadian Journal of Community Mental Health. avr 2004;23(1):91-114.
43. Gouédard C, Rabardel P. Pouvoir d'agir et capacités d'agir: une perspective méthodologique ?. Illustration dans le champ de la santé, sécurité et conditions de travail. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne]. 30 oct 2012;(14-2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/2808>. Consulté le 15 mai 2021.

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Tableau de résultat des bases de données	66
Annexe 2 : Tableau de synthèse des documents.....	67
Annexe 3 : Matrice de questionnement	75
Annexe 4 : Questionnaire et données brutes recueillies	78
Annexe 5 : Matrice conceptuelle	90
Annexe 6 : Matrice d'entretien.....	93
Annexe 7 : consentement de participation.....	96

Annexe 1 : Tableau de résultat des bases de données

Total à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon texte	Sélection selon résumé	Sélection selon titre	Sélection pour la revue
43 313	Wiley Library	4 661	23	2	2
	Sage journals	2 138	18	1	1
	Sciencedirect	10 523	61		4
	Pubmed	191	46	2	2
	Googlescholar	25 800		0	0

Annexe 2 : Tableau de synthèse des documents

Source	Niveau de scientifique	Thème	Population	Méthode	Approche théorique	Principaux résultats	Question non abordée
Wiley library: Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home	+/-	Vécu du retour à domicile (RaD) pendant les 4 premières semaines pour des patients ayant eu un AVC ischémique	31 personnes adultes américaines ayant eu un AVC ischémique	Qualitative Recueil de données par interviews semi-directifs téléphoniques	RaD, soins durant la période de transition	5 thématiques : choc de l'AVC qui interrompt une journée normale / transition vers un domicile non familial / incertitude / comprendre un nouveau sens de soi / s'adapter à un nouveau sens de soi	Position des aidants / performance occupationnel le lors du RaD / vécu du regard des autres / difficultés ou peur dans le domaine relationnel- psychosocial.
Pubmed: Patients' expectations of coming home with very early supported discharge and home rehabilitation after stroke	+	Attentes des patients lors d'un retour précoce à domicile après un AVC avec un soutien et de la rééducation à domicile	10 participants adultes suédois ayant eu un AVC	Qualitative Recueil de données par interviews semi-directifs présentiels quelques jours avant la sortie	RaD, retour précoce	4 thématiques et 11 sous-thématiques : Soutien à l'indépendance/ une nouvelle situation inconnue à domicile/ retourner dans son milieu/ une	Attentes des proches / difficultés ou peur dans le domaine relationnel- psychosocial.

						nouvelle vie de tous les jours	
Sage journals: the experience of stroke survivors 3 months after being discharged home, a phenomenologic al investigation	+	Vécu 3 après le RaD de personnes ayant eu un AVC et ayant été en centre de rééducation	15 participants italiens, adultes ayant eu un AVC et faisant partie d'une cohorte pour une étude longitudinale sur la QDV post AVC	Phénoménologique	RaD, phénoménologie	5 thématiques : Profond changement de vie/ Mémoire vive de la phase aigue de l'AVC/ Vies ralenties/ Soulagement après avoir récupéré d'un AVC/ être un fardeau pour la famille	Souhais qu'ils auraient pu avoir pour améliorer leur RaD/ difficultés ou peur dans le domaine relationnel- psychosocial.
Pubmed: In what daily activities do patients achieve independence after stroke?	+	Améliorations après rééducation dans les 10 domaines d'AVQ de l'indice de Barthel et facteurs pronostics.	435 patients italiens, adultes ayant eu un AVC, entre 2006 et 2012, ayant suivi un programme de rééducation déterminé.	Etude observatoire longitudinale (quantitative) Recueil de données via passation de l'indice de Barthel et de l'échelle canadienne neurologique.	Indépendance, AVQ	17% des patients autonomes lors du RAD, meilleure récupération dans les 2 domaines mictionnels. Négligence, sévérité, âge avancé, femme, intervalle important avant l'admission en SSR = facteurs prédictifs négatifs,	Dimension psychosociale -relationnelle/ les difficultés rencontrées lors du RaD.

						indépendance toilette et soins du visage peu probable, indépendance transferts et déplacements probable.	
Sciencedirect: Depression, ADL and QOL in patient with stroke	+/-	Relations entre AVQ, dépression post-AVC et QDV pour des personnes ayant eu un AVC en Iran	40 patients, adultes, iraniens, ayant eu un AVC et provenant de deux cliniques spécialisées	Quantitatif Recueil de données : indice de Barthel modifié, Beck depression inventory II, QDV questionnaire SF-36	Dépression, AVQ, qualité de vie	Prévalence dépression + chez les femmes/ corrélation négative entre habileté dans les AVQ et dépression/ entre dépression et QDV/ entre dépression et composantes physiques et psychiques/ entre performance AVQ et dépression/ entre QDV et dépression. Corrélation positive entre performance AVQ et QDV. Améliorer AVQ = diminution de la dépression = amélioration QDV	Impact sur le RaD, la dimension psychosociale .

<p>Wiley library: Individualised home-based rehabilitation after stroke in Eastern Finland, the client perspective</p>	+	<p>Vécu des patients ayant bénéficiés d'une rééducation à domicile, quelles fonctions et activités considèrent-ils comme importantes du point de vue de leurs propre réintégration</p>	<p>14 participants, adultes, finlandais, avant eu un premier AVC.</p>	<p>Etude qualitative Recueil de données par interviews libres en présentiels à domicile ou sur le lieu de travail de la personne</p>	<p>Rééducation AVC, à domicile/ participation au sein de la communauté.</p>	<p>5 thématiques : Apprendre de nouvelles stratégies de « coping » / recevoir des exercices de coaching/ explorer les services de la communauté/ avoir des échanges avec les professionnels/ retour au travail.</p>	<p>Place et rôle dans la famille/ dimension psychosociale .</p>
<p>Pubmed: Sequelae and QOL in patients living at home 1 year after a stroke managed in stroke units.</p>	+	<p>Fréquence et type de déficiences et focus sur leurs conséquences dans les AVQ</p>	<p>161 personnes, adultes, françaises, vivant en région Aquitaine, ayant eu il y a un an un AVC pris en charge dans une unité spécialisée et vivant à domicile.</p>	<p>Etude multidimensionnelle quantitative. Recueil de données par interviews téléphonique (French tel interview for cognitive status modified, simple verbal scale) et auto-évaluation questionnaires (HADS, FSS, barthel, IFC, CIQ et EUROQOL)</p>	<p>QDV/ AVQ/ participation sociale/ fatigue/ troubles dépressifs.</p>	<p>21,8% déficience cognitive / 60% fatigue +/- 25% anxieux et troubles dépressifs/ 55,4% douloureux. Corrélations : augmentation limitations activités = diminution participation et QDV. Difficulté intégration à domicile car difficultés d'acceptation.</p>	<p>Vécu familial/ dimension relationnelle.</p>

<p>Pubmed: Neighborhood socioeconomic status and trajectories of physical health related QOL among stroke survivors.</p>	+/-	Examen de la santé physique en lien avec la QDV (=PH-QOL) et impact des caractéristiques socio-environnementales sur celle-ci.	284 participants américains, ayant été sélectionné dans une cohorte randomisée, ayant eu un AVC.	Etude quantitative Interviews téléphoniques assistés par ordinateur tous les 6 mois sur un total de 36mois. Outils : nSES pour le statut socio-économique/ SF-12 pour la PH-QOL/ NIHSS pour la sévérité de l'AVC	Statuts socio-économiques/ QDV	Meilleur statut socio-économique = AVC à un âge plus avancé/ PHQOL stable dans le temps mais varie selon le nSES/ PHQOL et sévérité de l'AVC sont inversement proportionnels.	Impact sur les AVQ, le RAD, dimension psychorelationnelle.
<p>Sciencedirect: Home making after stroke. A qualitative study among Dutch stroke survivors.</p>	+	Signification du domicile par rapport aux nouvelles identités post-AVC, aperçu de ce qui assure la stabilité et le sentiment d'être ancré à la maison pour des personnes ayant perdu cet ancrage.	31 personnes, adultes, allemandes ayant eu un AVC il y a 7 mois à 6 ans et demi.	Qualitative Interviews en profondeur avec une trame, 24 patients interviewés 1 fois et 7 deux fois (une fois en SSR et une fois à domicile).	Maison(domicile)/ routines/ aidants familiaux.	3 thématiques : Changement d'identités et des chemins de vie/ renégocier les routines à domicile/ Interagir avec les personnes à domicile	

<p>Wiley library: Effectiveness of an occupational therapy home programme in Spain for people affected by stroke</p>	+	<p>Evaluation des effets d'un programme d'ergothérapie à domicile post-AVC, sur les capacités cognitives et l'indépendance</p>	<p>23 personnes adultes âgées de moins de 70ans, ayant eu un AVC il y a moins d'un an, vivant à domicile et n'ayant pas bénéficié d'ergothérapie auparavant</p>	<p>Quantitative</p> <p>Outils de mesure : LOTCA 2, Index de Barthel, étude longitudinale sur 6,5 mois (multiple baseline intrasubject design)</p>	<p>Capacités cognitives et perceptives, Indépendance, AVQ</p>	<p>LOTCA : résultats statistiquement significants entre le début et la fin de la PEC et aucune différence significative entre le début et la fin de la période de pause.</p> <p>Index Barthel : augmentation de l'indépendance au cours de la PEC, amélioration significative dans 9 domaines sur 10 (sauf selles).</p> <p>Satisfaction : les bénéficiaires directs : 9 à 10 /10 ; les proches 10/10.</p>	<p>Vécu des patients vis-à-vis des séances d'ergo à domicile, vis-à-vis du temps sans séance.</p>
<p>Wiley library: Early supported discharge following mild stroke: a qualitative study of patients' and</p>	+	<p>Le vécu de personnes ayant eu un AVC et de leurs partenaires et la gestion de la vie quotidienne dans un contexte d'ESD.</p>	<p>22 patients et leurs partenaires, couples hétérosexuels, de 65 à 70ans.</p>	<p>Qualitative</p> <p>Interview semi-directif à domicile, de 30 à 60min, en</p>	<p>ESD, RAD, aidant (partenaire)</p>	<p>8 thématiques :</p> <p>Domicile comme lieu de guérison/le domicile mon espace/pas seul/difficultés physiques et</p>	<p>Composition de l'équipe d'ESD, organisation de la prise en soins rééducative.</p>

their partners' experiences of rehabilitation at home.				moyenne 32 jours post-AVC		cognitives/ajustement grâce à la collaboration/ scénarios futurs/ maison comme lieu de rééducation/ qualité de service.	
Pubmed: An exploration of participation in leisure activities post-stroke	+	La reprise des activités de loisirs chez des personnes ayant eu un AVC	5 participants de 68 à 84 ans, ayant eu un AVC l'année passée, ayant bénéficiés d'une PEC rééducative auparavant	Qualitative 1 interview semi directif détaillé à domicile de 45 à 60min,	Activités de loisirs	4 thématiques : sortir au grand air, se ré-engager dans les activités de loisirs / je suis conscient(e) que je suis humain(e)/ les personnes valent leur pesant d'or, gratitude pour l'aide et le soutien par autrui/ S'estimer heureux, regarder vers l'avenir	
Lecture opportuniste : ANAES, recommandations pour le RaD post-AVC		Recommandations pour préparer le RaD pour l'équipe soignante, l'équipe de soins qui prendra le relais à domicile,				Groupe de travail qui préconise de favoriser l'intervention ergothérapique au domicile du patient, qui invite les pouvoirs publics à une réflexion visant	

		le patient et sa famille.				à améliorer les filières de prise en charge à domicile.	
--	--	---------------------------	--	--	--	---	--

Annexe 3 : Matrice de questionnaire

Variable	Indicateur(s)	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
Le consentement de participation		Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire, sachant que vous n'êtes pas obligés de répondre à toutes les questions ?	Oui/non	Loi Jardé et affirmation du consentement
La population	Profession	Confirmez-vous être ergothérapeute ?	Oui/non	Limiter le biais la personne qui répond n'est pas celle souhaitée
	Lieu d'exercice	Dans quel type de structure exercez-vous ?	Réponse libre	Savoir si des ergothérapeutes hors SSR traitent cette problématique
La prise en soin de personnes post-AVC	Aborder la préparation du retour à domicile	Avez-vous la possibilité d'aborder la question du retour à domicile avec les patients post-AVC ?	Oui/non	Déterminer si les ergothérapeutes ont le temps d'aborder cette question avec les patients
	Aborder la préparation du retour à domicile	Si non, pour quelle(s) raison(s) ?	Semi-ouverte : <ul style="list-style-type: none"> - Par manque de temps - Par priorisation sur la rééducation fonctionnelle - Difficultés à trouver des moyens, des activités pour aborder cette thématique - Autre : 	Comprendre les freins à la préparation du retour à domicile par l'ergothérapeute avec le patient.

	Les moyens de préparation	Si oui, comment préparez-vous le retour à domicile avec les patients ? (Par exemple : faites-vous des mises en situation, des visites à domicile, ...)	Réponse libre	Savoir quelles sont les activités mises en place par les professionnels sur le terrain
La prise en soin de personnes post-AVC	Les souhaits des professionnels	Souhaiteriez-vous avoir plus de temps à consacrer à la préparation du retour à domicile ?	Oui/non	Connaitre le ressenti des professionnels face à cette thématique
La prise en soin de personnes post-AVC	Les souhaits des professionnels/demande des patients	Les patients que vous prenez en charge sont-ils en demande concernant leur retour à domicile ?	Semi-ouverte : - Jamais - Rarement - Souvent - Toujours	Recueillir la perception par les professionnels de la demande
La prise en soin de personnes post-AVC	Les moyens de préparation : l'appartement thérapeutique	Selon vous, en quoi les mises en situation en appartement thérapeutique constituent une proposition pour la préparation du retour à domicile des patients post-AVC ? (Avantages, inconvénients, limites, bénéfices, ...)	Rédaction libre	Recueillir l'avis des professionnels sur la possibilité de préparer le retour à domicile par le biais de mises en situation en appartement thérapeutique
La prise en soin des personnes post-AVC	La dimension psycho-relationnelle	Travaillez-vous la dimension psycho-relationnelle lors de la préparation du retour à domicile des patients post-AVC ?	Oui/non	Savoir de façon globale si cette dimension est abordée, sachant qu'elle ressort souvent dans les thématiques de la RL.

La prise en soin des personnes post-AVC	La dimension psychosociale : modalités de prise en soin	Si oui, quelles sont les propositions que vous faites aux patients pour travailler cette dimension ?	Rédaction libre	Recueillir les méthodes, techniques, ... utilisées pour travailler autour de cette dimension.
La prise en soin de personnes post-AVC		Quels sont vos conseils, vos doutes, vos questionnements, votre vécu de la préparation du retour à domicile de personnes ayant eu un AVC ?	Rédaction libre	Recueillir plus d'informations, et notamment celles qui n'auront pas été renseignées au cours des questions précédentes
Avis sur le questionnaire (UNIQUEMENT POUR LA VERSION TEST)		Avez-vous des remarques ou conseils pour l'amélioration de ce questionnaire ?	Rédaction libre	Connaitre l'avis des participants et améliorer le questionnaire

Annexe 4 : Questionnaire et données brutes recueillies

Questionnaire

Bonjour,

Actuellement étudiante en troisième année d'Ergothérapie je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur la préparation, en France, du retour à domicile de personnes adultes ayant eu un Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Je réalise actuellement une enquête exploratoire, via un questionnaire, dans le but de recueillir des informations sur la pratique de terrain et de poursuivre mon travail de recherche par la suite.

Le questionnaire, que vous trouverez ci-joint, s'adresse uniquement à des ergothérapeutes qui travaillent auprès de patients ayant eu un AVC et durera environ 15minutes. Vous êtes libres de répondre ou non à cette enquête et vous avez la possibilité d'arrêter de répondre à tout moment, sans justification. Les données recueillies seront totalement anonymes et seront utilisées uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche.

Si vous êtes intéressés par cette thématique et que vous souhaitez recevoir mon mémoire par la suite, vous pouvez me contacter via l'adresse suivante : ---.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Cordialement,

1. Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire, sachant que vous pouvez arrêter à tout moment ?

OUI

NON

2. Confirmez-vous être ergothérapeute ?

OUI

NON

3. Dans quel type de structure exercez-vous ?

4. Avez-vous la possibilité d'aborder la question du retour à domicile avec les patients post-AVC ?

OUI

NON

5. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- Par manque de temps
- Par priorisation sur la rééducation fonctionnelle
- Par difficulté à trouver des moyens, des activités pour aborder cette thématique
- Autre : ...

6. Si oui, comment préparez-vous le retour à domicile avec les patients ? (Par exemples : faites-vous des mises en situation, des visites à domiciles, ...)

7. Les patients que vous prenez en charge sont-ils en demande concernant leur retour à domicile ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

8. Souhaiteriez-vous avoir plus de temps à consacrer à la préparation du retour à domicile ?

OUI

NON

9. Selon vous, en quoi les mises en situation en appartement thérapeutique constituent une proposition pour la préparation du retour à domicile des patients post-AVC ? (Avantages, inconvénients, limites, bénéfiques, ...)

10. Travaillez-vous la dimension psycho-relationnelle lors de la préparation du retour à domicile des patients post-AVC ?

OUI

NON

11. Si oui, quelles sont les propositions que vous faites aux patients pour travailler cette dimension ?

12. Quels sont vos conseils, vos doutes, vos questionnements, votre vécu de la préparation du retour à domicile de personnes ayant eu un AVC ? (UNIQUEMENT POUR LA VERSION TEST)

13. Avez-vous des remarques ou conseils pour l'amélioration de ce questionnaire ? (Uniquement pour la population test)

Merci pour votre participation !

Données brutes

1. Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire, sachant que vous pouvez arrêter à tout moment ?

[Plus de détails](#)

● OUI	26
● NON	0



2. Confirmez-vous être ergothérapeute ?

[Plus de détails](#)

● OUI	26
● NON	0



3. Dans quel type de structure exercez-vous ?

SSR gériatrique et polyvalent au sein d'un centre hospitalier

SSR

Centre de rééducation

SSR adulte

Centre de rééducation et EHPAD

Equipe mobile de réinsertion et de réadaptation

MPR (hospitalisation et hôpital de jour)

Centre hospitalier intercommunal

MPR

Centre de rééducation

CRF

SSR

Hôpital
SSR
Centre de rééducation fonctionnelle
SSR polyvalent gériatrique
SSR
SSR Adulte
SSR gériatrique
SSR polyopathologies
SSR adulte
SSR gériatrique
SSR
SSR
SSR
SSR

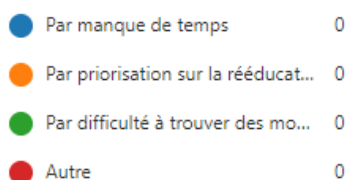
4. Avez-vous la possibilité d'aborder la question du retour à domicile avec les patients post-AVC ?

[Plus de détails](#)



5. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

[Plus de détails](#)



6. Autre(s) raison(s) pour laquelle/lesquelles vous n'abordez pas la question du retour à domicile avec les patients post-AVC ?

[Plus de détails](#)

0
Réponses

Dernières réponses

7. Si oui, comment préparez-vous le retour à domicile avec les patients ? (Par exemples : faites-vous des mises en situation, des visites à domiciles, ...)

VAD, mise en situation, réunions pluridisciplinaires et avec les familles

Visites à domicile, mise en situation toilette, cuisine, courses, appartement thérapeutique, essai AT

MES, VAD, réunions de famille

Mise en situation écologique (cuisine, toilette, gestion de budget, courses...) et visite à domicile si besoin

MES, visite à domicile, parfois MES directement à domicile, réflexion sur achat/location matériel pour le RAD, P3I (plan interdisciplinaire d'intervention individualisé), mise en place de nouveaux objectifs en séance

Échange oral avec le patient et l'entourage, mises en situations, visite à domicile avec essai ou non d'aide technique

Essentiellement : prise en charge pour l'autonomie toilette/habillage et visite à domicile, parfois mise en situation de cuisine.

Mises en situation toilette, cuisine
VAD si besoin

MES
VAD

Visite à domicile, échange avec les familles, mises en situation, acquisition de matériel

Mise en situation, visite à domicile, contact avec les familles

Rencontres avec les aidants, visites à domicile si besoin et préparation du matériel pour le retour à domicile

Mises en situation
Travail avec services d'aval

Évaluation capacités résiduelles du patient, mises en situation en chambre, possibilités de devenir, contact avec la famille, information partagées et observations en équipe pluridisciplinaire

- Bilan d'autonomie et projet de vie
- Réunions de synthèse avec l'équipe soignante + assistante sociale +médecin
- Rééducation et réadaptation en situation (en chambre pour AVJ, en cuisine...)
- Entretien avec les aidants, la famille
- Visite à domicile
- Information et formation des aidants si besoin pour aide au transferts, manipulations d'aides techniques

- Conseils en aménagement pour les artisans lien avec la MDPH (et demande de devis pour monter dossier + argumentaire)
Mise en situation ; plus rarement des VAD
Entretien avec les familles et le patient. Je ne peux pas faire de VAD donc je demande aux familles de prendre des mesures et des photos, je demande aussi les financements. Afin de proposer des solutions dans le budget.
Mises en situation, VAD, sortie ...
Oui
Mises en situation écologique, VAD, entretien avec les familles, etc.
Mises en situation (au centre, à l'extérieur...), rencontre aidant et proches (passation de connaissances...), VAD
Mises en situation, entretien avec la personne et/ou son entourage. Si besoin visite à domicile mais pas de façon automatique
Mise en situation dans la structure, intervention à domicile avec mise en situation dans un premier temps permission thérapeutique à la journée, puis avec une nuit. Nécessité de déterminer le matériel nécessaire et le besoin en aide humaine.
Pas de visite au domicile malheureusement, mais rencontre avec famille qui nous fournit photos et parfois vidéo du lieu de vie, sinon assistante sociale qui travaille avec nous et fait le lien avec la famille quand famille il y a. les retours au domicile sont discutés en visite pluridisciplinaire en présence du patient et un membre de la famille.
Visites à domiciles, avec au préalable évaluation à la toilette, habillage pour identifier les adaptations possibles, les aménagements à envisager dans le logement du patient et les objectifs de rééducation à poursuivre.
Mises en situations et visites à domicile

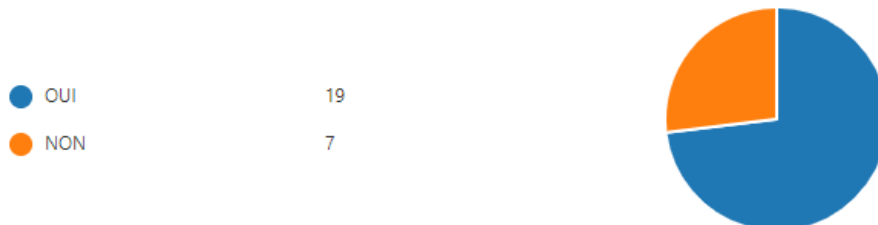
8. Les patients que vous prenez en charge sont-ils en demande concernant leur retour à domicile ?

[Plus de détails](#)

● Jamais	0
● Rarement	0
● Souvent	18
● Toujours	8



9. Souhaiteriez-vous avoir plus de temps à consacrer à la préparation du retour à domicile ?

[Plus de détails](#)

10. Selon vous, en quoi les mises en situation en appartement thérapeutique constituent une proposition pour la préparation du retour à domicile des patients post-AVC ? (Avantages, inconvénients, limites...)

Mise en situation écologique permettant une meilleure appréciation de l'environnement
L'environnement paraît moins « hospitalier » et plus familial

Inconvénients : n'est pas le domicile de la personne.

Avantage : permet de mettre en évidence les capacités et difficultés de la personne concernant AVQ et la gestion du quotidien.

C'est une bonne solution quand on ne peut pas le faire écologiquement (chez la personne) mais pas optimal

Avantages : avoir un endroit qui se rapporte le plus au domicile du patient, espace de travail intéressant pour les mises en situation s'il est moins adapté que les chambres des patients et qu'il se rapproche plus de leur environnement de vie

Limite : coût de réalisation pour un établissement public

Avantage : permet de reproduire de façon précise les habitudes de la personne, mettre en valeur les capacités de la personne, lui redonner confiance sur ses capacités, permet de lui faire prendre conscience de certains risques, permet d'essayer des aides techniques ou des techniques de compensation et de les ajuster au mieux. Permet de rassurer les aidant.

Limites : reproduction approximative de l'environnement personnel de la personne. Peut confronter la personne à ses difficultés.

Avantages : gain de temps par rapport à une visite à domicile, plus pratique pour faire des essais d'aides techniques si elles sont à dispositions dans l'appartement

Inconvénients : ce n'est pas le domicile du patient donc on ne retrouve pas les particularités et les difficultés qui peuvent être réellement rencontrées au domicile.

Cela permettrait une mise en confiance des patients qui ont souvent peur du RAD, surtout après des hospitalisations longues.

Ces mises en situation rassurent le patient quant à sa possibilité à faire des gestes du quotidien auxquels il n'est plus confronté pendant l'hospitalisation. Cela permet également de tester des aides techniques. Les limites étant que cela ne correspond pas à l'environnement réel du patient

Cela permet de les voir en train de réaliser l'activité cependant ce n'est souvent pas concordant avec leur domicile

Permet de voir les facilités et difficultés du patient en situation réelle tout en ayant un regard et de la sécurité

Les mises en situation en appartement thérapeutiques permettent d'évaluer, de mettre en place des compensations, de diminuer les appréhensions. Cependant, le logement est rarement aussi adapté que l'appartement thérapeutique

Les avantages sont de pouvoir tester une mise en situation dans un environnement qui ressemble à une maison mais l'inconvénient est que ce n'est pas le lieu de vie du patient ou il a ses habitudes de vie donc je dirais que c'est une mise en situation semi-écologique

Car ils permettent de différencier la capacité de la performance, et de pouvoir aborder de façon plus efficace la sécurité du patient à domicile

L'appartement thérapeutique est une première approche mais ne reflète pas souvent la réalité du domicile et les limites de ce qui est fait en présence ou de non de thérapeute ou d'accompagnement et les motivations lorsque la personne se retrouve seule ou doit initier les actes au quotidien, la thymie de la personne et le soutien de son entourage

Intéressant pour des patients qui vont devoir être autonomes chez eux, s'ils sont célibataires ou si les aidants ne seront que peu présents : cela permet une vraie prise de conscience du patient de ses forces et de ses faiblesses

Cela permet de voir plus précisément l'autonomie de la personne et cela lui permet de mieux prendre conscience de la réalité, car l'appartement thérapeutique se rapproche au mieux de la situation qu'ils vont vivre en rentrant chez eux. Sans aide humaine constante...

Avantage : permet de se rendre compte des capacités du patient et de proposer des aides techniques

Inconvénient : Cela correspond rarement au domicile du patient, on ne peut donc pas proposer des solutions d'aménagements adaptés. Il faut aussi prendre en compte les repères et les habitudes du patient.

Très intéressant dans le cadre de personnes isolées car permet d'évaluer le niveau d'aides nécessaires pour le RAD permet également de réassurer

Un appartement thérapeutique est bénéfique dans le RAD, pour mettre le patient en situation de vie quotidienne.

Cela peut ainsi le mettre face à ses capacités et incapacités. Il pourra ainsi réaliser certains gestes, actions qu'il pensait être capable ou incapable de faire. Cela permettra de le mettre en confiance quant au RAD, ou bien de l'organiser dans de meilleures conditions : en réaxant la rééducation, ou bien en préconisant des aides techniques, destinées à compenser les incapacités du patient. L'inconvénient de l'appartement thérapeutique, est qu'il ne correspond pas exactement au domicile du patient, et ainsi les mises en situation effectuées peuvent avoir des résultats éloignés par rapport à une mise en situation effectuée au domicile.

Les mises en situations écologiques doivent prioritairement se faire au domicile et dans l'environnement habituel du patient, un appartement thérapeutique ne remplacera jamais la situation réelle !

Environnement écologique, cependant pas les mêmes repères qu'à la maison. Parfois plus adapté qu'au domicile

Les mises en situation permettent de se rendre compte des capacités de la personne MAIS cela reste un environnement adapté (au nv des hauteurs d'assises par ex), et la présence du thérapeute modifie également le comportement de la personne.

Il peut s'agir d'une mise en situation qui va refléter le lieu de vie mais dans l'idéal il faut se rendre au domicile de la personne pour évaluer et surtout préconiser les éléments indispensables.

C'est une proposition intéressante pour mettre en situation le patient sur un lieu de vie qui peut se rapprocher du sien, mais cela à ses limites en fonction des séquelles qui subsisteront à la sortie et de la configuration du domicile du patient (espaces réduit, encombré parfois nécessité de déménager)

Elles permettent de mettre le patient en situation quasi réelle. La difficulté est qu'ils ne transposent pas tous les acquis ensuite à domicile. Ils peuvent cependant voir leurs capacités, leurs limitations et en discuter avec l'ergo pour trouver des solutions.

Cela permet au patient de se projeter, de mieux se rendre compte de ses capacités/incapacités et d'évaluer ses besoins en aide techniques, voire d'en essayer. La limite, c'est que l'on ne peut pas reproduire le domicile personnel du patient. L'architecture étant différente, cela peut fausser les solutions réadaptatives proposées.

11. Travaillez-vous la dimension psycho-relationnelle lors de la préparation du retour à domicile des patients post-AVC ? (Dimension psycho-relationnelle c'est-à-dire l'accompagnement dans l'acceptation de l'AVC et de ses conséquences au quotidien, dans le deuil associé aux activités qui ne pourront plus être réalisées comme auparavant et la préparation du patient aux regards, aux aprioris des personnes qu'elle va côtoyer dans son quotidien, lors du retour à domicile).

[Plus de détails](#)

● OUI	21
● NON	5



12. Si oui, quelles sont les propositions que vous faites aux patients pour travailler cette dimension ?

Mise en situation

Échanges sur les capacités

Travail sur les activités qu'elle faisait avant, avec ou sans adaptation, pour lui démontrer qu'elle peut toujours les faire malgré l'AVC.

Préparation du regard peut être fait durant les courses thérapeutiques.

Entretien avec les proches.

Pas de proposition spéciale, surtout des discussions tout au long de l'accompagnement en ergothérapie pour leur faire prendre confiance des possibles difficultés au quotidien etc.

Rencontre de la psychologue, lien avec les aidants.

Propositions de MES plus tard dans l'accompagnement si très difficile d'accepter le handicap et que le patient ne se sent pas prêt à modifier ses habitudes de vie ou sa façon de procéder.

Si acceptation du patient d'effectuer des MES, cela peut être une manière de lui faire accepter son handicap en le revalorisant, en lui proposant des solutions pour rendre l'activité signifiante possible et réalisable.

PEC par la psychologue (en 1er lieu), travail sur les capacités restantes, la revalorisation et un accompagnement vers de nouvelles activités.

Accompagnement lors des mises en situation et potentiellement mises en échec

Aider à prendre conscience, proposition de soutien, de discussion de moyens palliatif

Mise en situation à l'extérieur (bus, sorties en ville, courses)
contact avec psychologue

Il faut mettre en avant le handicap (ou du moins les pertes fonctionnelles liées à l'AVC) et travailler les activités restantes. Je m'appuie sur le neuro psychologue du service pour travailler en concert

Dans la mesure où j'interviens en phase aiguë, je propose surtout des entretiens au patient, voire des mises en situation. Et je travaille en lien étroit avec la psychologue du service.
Mise en place d'initiation de RDV, d'un suivi avec possibilité d'activités sur l'extérieur, améliorer le lien avec la famille ou les services sociaux proches du patient pour qu'il puisse se sentir soutenu
-Valorisation de toutes les capacités restantes et des activités qui peuvent être continuées ou commencées selon l'état -discussions informelles -conseils pour prise en charge avec neuro-psy du centre, ou pour la prise en charge extérieure si retour à domicile
Mise en situation, essai de compensation, nouvelles activités
Discussion, j'essaie d'avoir beaucoup de discussion sur leur ressenti, leur angoisse... Je les oriente vers un psychologue et je discute aussi avec les familles pour leur expliquer les séquelles. Ce n'est pas seulement l'accompagnement du patient mais aussi de l'entourage. C'est un travail qui se construit tout au long de l'accompagnement
Vad, entretiens, mises en situation écologique dans milieu de vie, de travail, de loisir, etc.
En lien avec le psychologue. Entretien, accompagnement dans reprises d'activité significatives pour la personne.
Bcp de discussion, propositions d'activités alternatives, propositions d'activités pour valoriser la personne, lui montrer qu'elle est toujours capable de faire des choses, même si c'est différemment
Nous ne travaillons pas vraiment le deuil mais plus les moyens de compensations à mettre en place pour limiter les restrictions de participation.
Il y a d'abord l'écoute qui est importante, plus que les réponses souvent, on travaille avec une psychologue qui vient nous aider dans cette prise en charge.
Cela passe plus par de la discussion, la relation de confiance

13. Quels sont vos conseils, vos doutes, vos questionnements, votre vécu de la préparation du retour à domicile de personnes ayant eu un AVC ?

Étape charnière de la rééducation qui n'est pas toujours évidente à gérer, déjà par un manque de temps disponible pour ça, aussi par un manque d'expérience dans certaines situations (je suis jeune diplômé de 2020). Le conseil que je pourrais vous donner est d'échanger avec les autres professionnels et avec vos possibles collègues, la réflexion sur le RAD en sera forcément enrichie.

Le RAD ne doit pas être précipité, doit être préparé avec les aidants. Il est préférable de faire des MES à domicile pour être au plus proche de l'environnement de la personne et de ses habitudes de vie.

Souvent en centre il y a peu de temps laissé aux ergothérapeutes pour bien préparer le retour à domicile, or un retour à domicile mal préparé peut entraîner par la suite une ré-hospitalisation. C'est pourquoi il serait dans l'intérêt des structures d'aider au mieux le retour à domicile, en intégrant s'il le faut un suivi post retour effectué par la structure elle-même ou par une autre structure qui ferait le relais.

Bien souvent, les préconisations d'aménagement et d'aides techniques sont données mais rarement suivi (manque de moyens financiers des patients).
Il serait intéressant de faire des mises en situation à leur domicile pour que celles-ci soient le plus réaliste possible
Souvent la personne rentre sans que les aménagements du domicile n'ont pu être fait. Nous ne savons pas comment vont s'organiser les aides humaines ...
Chaque cas est différent et demande une attention particulière
Les VAD sont souvent considérées comme chronophages et peu investies par les ergos. Cependant, c'est un temps qui me semble indispensable pour le patient et sa famille. Le don de livrets d'éducation est aussi un outil précieux pour le patient et sa famille.
Conseils de continuer tous les exercices de rééducation, les sorties sur l'extérieur, revoir les spécialistes dans les mois qui suivent le retour à domicile, leur proposer une écoute téléphonique concernant un problème rencontré non prévu. Doute que la personne baisse les bras et perde les acquis dans les semaines qui suivent.
L'état dépressif et le manque d'initiative, la dépendance aux déplacements sont des obstacles majeurs à la dynamisation du mode de vie de retour à domicile. L'APF reste une association sur laquelle on peut s'appuyer, ainsi qu'Handisport.
Être en adéquation avec le projet du patient, essayer de multiple piste sans jugement. vécu : meme si le projet vous parait bancal, faire confiance à la personne et à sa famille, quand le projet leur correspond souvent cela fonctionne.
Ne pas parler trop tôt du retour à domicile, laisser le temps au patient d'accepter les séquelles ou les conséquences de l'AVC. Ne pas prendre les devants, lui proposer plusieurs choix possibles, ne pas enfermer le patient dans ses séquelles. Lui montrer qu'il est capable de faire des activités malgré l'AVC. Lui redonner l'envie.
Approche systémique avec l'entourage et les proches
Un travail important est à réaliser auprès du patient, ainsi qu'auprès de sa famille. Il est très important de travailler en accord avec eux, et de connaître leurs attentes. Certains objectifs que nous souhaiterions pour le patient ne seront pas forcément ceux qu'il souhaiterait, et vice versa.
Etre au plus proche des habitudes, envies, besoins, environnement, etc. du patient
Préparation facilitée lorsque proche présent et aidant. Famille parfois obstacle pour le retour.
C'est souvent quelque chose qu'ils appréhendent beaucoup, cela fait souvent longtemps qu'ils sont hospitalisés et n'ont pas forcément d'entourage proche pour les aider. Parfois l'entourage est au contraire trop présent et n'encourage pas la personne à faire seule ou amène une angoisse supplémentaire, il va falloir retrouver sa place au sein du système familial. On essaie de faire au mieux pour que la personne se sente accompagné, de faire tous les aménagements possibles mais on ne sait jamais ce qu'il se passera vraiment une fois la personne rentrée.
Conseils : prendre en compte les habitudes de vie de la personne mais aussi de sa famille (par exemple un enfant avec nécessité de conserver une baignoire...), c'est un projet commun entre la personne, le thérapeute et ses proches il faut donc une co-construction.
Limites : ressources financières, des familles qui ne souhaitent pas acquérir d'aides techniques car la personne "redeviendra comme avant"...
La préparation d'un retour à domicile pour ces personnes est de toute façon compliquée et ne peut pas et ne doit pas être standardisée. Il est important de prendre le temps de bien

comprendre les attentes du patient et de son entourage et de les accompagner dans la mesure de nos moyens qui sont parfois limités. Les sorties en WE sont vivement conseillées quand c'est possible avant la sortie définitive de l'établissement et les consultations post AVC devraient être systématiques 1 mois ou 2 après la sortie du centre afin de faire un point et voir où sont survenus les problèmes.

Mes doutes seraient au sujet du retour à domicile des patients une fois qu'ils sont à domicile. Parfois ils se retrouvent seuls alors qu'en centre de rééducation ils sont très entourés par le personnel soignant. Le fait d'être seul avec leurs difficultés motrices peut parfois les faire décompenser psychologiquement dans la dépression dû à un isolement social.

S'y prendre suffisamment à l'avance tout en respectant le travail de deuil du patient. Ne faire cela qu'en collaboration avec le patient.

Annexe 5 : Matrice conceptuelle

CONCEPT	VARIABLES	MODALITES	INDICATEURS
MODELE TRANSACTIONNEL DE L' OCCUPATION	Occupation	Performance occupationnelle	Compétences de performance
			Performance de tâche
		Expérience occupationnelle	
	Eléments géopolitiques, socio-culturels et temporels	Géopolitiques	Géographique
			Politique
			Economique
			Historique
		Socio-culturels	Règles, réglementations, normes
			Attitudes et attentes
			Morales, croyances, valeurs et coutumes partagées
		Temporels	Considérations éthiques
			Passé, présent, futur
			Structures temporelles, séquences et rythmes
	Eléments de l'environnement	Sociaux	Durée et fréquence
			Autres personnes
			Caractéristiques d'autrui
			Significations personnelles et attentes d'autrui

			Animaux de compagnie ou d'assistance	
			Liens sociaux et relations	
			Physiques	Espaces
			Objets concrets	
	Eléments de la tâche et du client	Tâche		Environnement numérique
				Structure et timing attendus
				Espaces, outils et matériel attendus
		Client		But prévu ou résultat attendu
				Facteurs personnels
				Habitudes, routines, rituels et rôles
			Attitudes, croyances, intérêts et valeurs	
			Priorités occupationnelles	
			Fonctions corporelles	
DEVELOPPEMENT DU POUVOIR D' AGIR	5 composantes du DPA	Prise en compte simultanée des conditions structurelles et individuelles du changement social		
		Adoption de l'unité d'analyse acteur en contexte		
		La prise en compte des contextes d'application		
		La définition du changement visé et de ses		

		modalités avec les personnes concernées	
		Le développement d'une démarche d'action conscientisante	
	Posture de l'accompagnant dans l'approche DPA	Accompagne à la définition du problème et à la formulation des obstacles concrets	
		Favorise le repérage des acteurs concernés et de leurs enjeux	
		Aide à mettre en perspective les enjeux avec les éléments du contexte	
		Intervention « ici et maintenant » sans solution, ni préconisation préconstruite de façon unilatérale	
		Sollicitation du potentiel des personnes accompagnées et co-construction du changement sur ce qui est important pour les personnes afin de les sortir de l'impuissance	

Annexe 6 : Matrice d'entretien

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien et du temps que vous allez y consacrer. Cet entretien va aborder la préparation du retour à domicile des personnes adultes ayant eu un AVC et notamment les mises en situation en espace thérapeutique.

L'entretien est anonyme et il sera enregistré avec votre accord, afin de pouvoir retranscrire et analyser les données recueillies. Vous avez le droit de mettre fin à l'entretien à tout moment.

<i>Variable</i>	Indicateur	Intitulé	Question relance	de Objectif
<i>Consentement</i>	Participation	Acceptez-vous de participer à cet entretien et d'être enregistré durant l'entretien ?		Consentement de participation, loi Jardé
	Enregistrement			Consentement d'enregistrement, loi Jardé, loi RGPD
<i>Population</i>		Pouvez-vous vous présenter brièvement ?	Quel est votre parcours professionnel ?	Connaitre les caractéristiques de la pratique de l'enquête
<i>Développement du pouvoir d'agir</i>	Définition du développement du pouvoir d'agir	Comment définissez-vous le développement du pouvoir d'agir ?	Selon vous, qu'est-ce que l'empowerment ?	Connaitre la définition du développement du pouvoir d'agir selon l'enquête
	Les éléments constitutifs d'une approche de développement du pouvoir d'agir	Quelles sont les différents éléments/les différentes actions permettant de développer le pouvoir d'agir ?	Selon vous, quels sont les éléments essentiels pour développer le pouvoir d'agir d'un usager ?	Connaitre les éléments constitutifs de l'approche du développement du pouvoir d'agir selon l'enquête

<i>Mise en situation en espace thérapeutique et approche de développement du pouvoir d'agir</i>	Les modalités de préparation des mises en situation en espace thérapeutique	Comment préparez-vous les mises en situation en espace thérapeutique afin de développer le pouvoir d'agir de l'utilisateur ?	Quels types d'informations recueillez-vous afin de pouvoir réaliser une mise en situation en espace thérapeutique et de développer le pouvoir d'agir de l'utilisateur, lors de l'anamnèse ?	Explorer comment les enquêtés préparent les mises en situation en espace thérapeutique lors de la mise en place de l'approche de développement du pouvoir d'agir
			Pouvez-vous détailler les éléments recueillis et la façon dont vous allez les utiliser par la suite.	
	Posture de l'ergothérapeute lors des mises en situation en espace thérapeutique	Quelle est votre posture lors de mises en situation en espace thérapeutique afin de développer le pouvoir d'agir de l'utilisateur ?	Lors des mises en situation en espace thérapeutique, de quelles façons guidez-vous l'utilisateur pour développer le pouvoir d'agir et notamment pour que l'utilisateur résolve seul ses difficultés/problèmes ?	Explorer la posture de l'enquêté dans une approche de développement de pouvoir d'agir
<i>Utilisation de l'approche de développement du pouvoir d'agir sur le retour à domicile de la personne post-AVC</i>		Selon vous, comment l'utilisation d'une approche de développement du pouvoir d'agir impacte le retour à domicile de la personne post-AVC ?	Selon vous, dans quelle mesure l'approche de développement du pouvoir d'agir permettrait-elle de mieux préparer au à domicile et de pérenniser celui-ci ?	Connaitre les impacts de l'approche de développement du pouvoir d'agir sur le retour à domicile selon les enquêtés.
<i>Connaissance et utilisation du MTO</i>		Connaissez-vous le MTO et l'utilisez-vous dans votre pratique ?	Si oui, comment l'utilisez-vous dans le cadre des mises en situation en vue d'un retour à	Lier l'utilisation du MTO à la pratique des ergothérapeutes.

		domicile, l'adulte AVC ?	de post-	
--	--	--------------------------------	-------------	--

Annexe 7 : consentement de participation

Formulaire du recueil de consentement

« Travail d'initiation à la recherche : la préparation du retour à domicile de l'adulte post-AVC »

Eva BRIONNE-BORDA, étudiante ergothérapeute en 3^{ème} année de formation à l'IFE d'Aix-Marseille Université, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Travail d'initiation à la recherche : la préparation du retour à domicile de l'adulte post-AVC ».

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche seront utilisées uniquement dans le cadre de ce travail, seront enregistrées à des fins de traitement de données et seront anonymisées.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de NOM + COORDONNEES.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Travail d'initiation à la recherche : la préparation du retour à domicile de l'adulte post-AVC ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

BRIONNE-BORDA Eva

Signature :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)



En cas d'incapacité de lecture et /ou d'écriture chez un participant en état de donner son consentement, prévoir la mention suivante : " En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de M.... Mme... , la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante de l'investigateur et du promoteur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom ".

Si ce cas n'est pas prévu dans le formulaire de consentement, il convient d'inscrire dans les critères d'exclusion les personnes en état de donner son consentement mais présentant une incapacité de lecture/d'écriture.

Résumé et mots-clefs

Résumé : Selon la littérature scientifique ergothérapeutique, les retours à domicile précoces et accompagnés sont reconnus comme référence en termes de retour à domicile chez l'adulte post-AVC. Cependant, en France, cette modalité n'est pas la norme. En ergothérapie, les mises en situation sont utilisées pour préparer au retour à domicile. Ainsi, le but de cette recherche est d'explorer comment les ergothérapeutes développent le pouvoir d'agir des patients en vue du retour à domicile et les liens possiblement existants avec le modèle transactionnel de l'occupation. Des entretiens compréhensifs semi-dirigés ont été réalisés auprès de six ergothérapeutes travaillant avec des adultes post-AVC ; suivis d'une analyse thématique. Pour développer le pouvoir d'agir par le biais de mises en situation en centre de rééducation, les ergothérapeutes valorisent les choix des patients, simulent l'environnement physique et social lié à l'occupation et utilisent une guidance par questionnement quand le patient rencontre une difficulté. Un impact positif sur le retour à domicile est perçu lors de l'utilisation d'une approche de développement du pouvoir d'agir. La saturation des données n'a pas été atteinte, ce qui constitue la principale limite de cette recherche.

Mots-clefs : accident vasculaire cérébral (AVC) ; retour à domicile ; développement du pouvoir d'agir ; modèle transactionnel de l'occupation et ergothérapie.

Abstract: Post-stroke early discharge for adults is usually supported by occupational therapy literature for better outcomes. In France, however, this modality is seldom the norm. In occupational therapy, ecological occupation-based simulation is the way to lead to discharge. Therefore, the aim is to explore how occupational therapists enable their patients for discharge during these ecological simulations and how it is related to the transactional model of occupation. Comprehensive semi-structured interviews were conducted with six occupational therapists working with post stroke patients. A thematic analysis was conducted. To increase empowerment through ecological simulations in rehabilitation center, occupational therapist followed their patients' lead, simulated the physical, even the social environment of the occupation and used a guidance by questions whenever the patient met difficulties in action. An enabling approach was perceived as a positive impact on discharge. Data saturation has not been achieved: this is the main limitation of this research.

Key words: stroke; discharge; ecological occupation-based simulation; enablement; transactional model of occupation; and occupational therapy.