



La cohésion d'équipe en SSR, facteur permettant l'implication de la personne atteinte d'aphasie, et de son système familial, dans le parcours de soin en ergothérapie

Enzo Million

► To cite this version:

Enzo Million. La cohésion d'équipe en SSR, facteur permettant l'implication de la personne atteinte d'aphasie, et de son système familial, dans le parcours de soin en ergothérapie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03281204

HAL Id: dumas-03281204

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03281204>

Submitted on 24 Aug 2021

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

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



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



Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

École des sciences de la réadaptation Formation Ergothérapie

Enzo MILLION

UE 6.5 S6 :

Mémoire d'initiation à la recherche

20 mars 2021

La cohésion d'équipe en SSR, facteur permettant l'implication de la personne atteinte d'aphasie, et de son système familial, dans le parcours de soin en ergothérapie ?

Sous la direction de ALBUQUERQUE Sophie et de LAMBRECHTS Heidi

Diplôme d'Etat d'ergothérapie

Remerciement :

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire Sophie Albuquerque, pour son professionnalisme, ses conseils et pour l'intérêt porté à l'égard de mon mémoire d'initiation à la recherche. Je remercie également ma référente professionnelle Heidi Lambrechts, pour son accompagnement et pour le temps qu'elle a consacré à ma recherche.

Je remercie tous les ergothérapeutes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Je remercie mes tuteurs et tutrices de stages de ma première, seconde et dernière année d'ergothérapie et qui m'ont aidé à développer ma posture professionnelle.

Je remercie mon groupe de mémoire pour leur soutien, leur aide et surtout leur gentillesse. Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés. Plus généralement, je remercie l'ensemble de ma promotion pour ces trois belles années. Plus particulièrement, un grand merci à Robin, Hakim, Yassine, Mael et Kélian, sans qui ces trois années n'auraient été les mêmes.

Je souhaite aussi remercier l'ensemble de l'équipe de l'institut de formation en ergothérapie, Mme DESPRES, Mme ALBUQUERQUE, Mme BLANC, Mr PAVE et Mme TAGUEMONT pour leur accompagnement tout au long de cette formation.

Pour finir, je remercie infiniment ma famille, et plus particulièrement ma mère, mon père, mon frère et ma sœur, pour leur amour et soutien qu'ils m'apportent chaque jour.

Sommaire :

1	Introduction	1
1.1	Le contexte	1
1.2	Approfondissement du thème général	3
1.3	Les enjeux.....	6
1.4	La revue de littérature	11
1.4.1	L'approche centrée sur la personne	12
1.4.2	Les besoins des personnes atteinte d'aphasie	12
1.4.3	L'engagement du professionnel de la santé auprès du patient atteint d'aphasie	13
1.4.4	L'institution : influence sur l'engagement et l'approche centrée	15
1.4.5	Problématique pratique.....	16
1.5	Enquête exploratoire.....	17
1.5.1	Outil pour recueillir les données : Méthode qualitative	17
1.5.2	L'entretien libre	18
1.5.3	Résultats de l'enquête exploratoire	21
1.5.4	Confrontation à la revue de littérature.....	25
1.5.5	Apports à la problématisation pratique.....	28
1.6	Question initiale de recherche	29
1.7	Cadre de référence	29
1.8	L'approche systémique.....	30
1.9	L'engagement de la famille du patient et du patient lui-même	32
1.10	Le type de collaboration professionnels	36
1.11	La question de recherche et l'objet de recherche	39
2	Méthodes et matériel	40
2.1	Choix de la méthode de recherche : méthode de recherche différentielle.....	40
2.1.1	Identification des variables indépendantes et dépendantes	40
2.1.2	Catégorisation des variables	40
2.1.3	Construction des hypothèses	41
2.2	Choix de l'outil de recueil de données : le questionnaire.....	42
2.2.1	Choix de la population.....	42
2.2.2	Méthode d'échantillonnage :	43
2.2.3	Elaboration de l'outil de recherche : la matrice de questionnement.....	43
2.2.4	Anticipation des biais et stratégies pour les contrôler	44

2.2.5	Choix des outils de traitement et d'analyse des données	45
3	Résultats	45
3.1	Analyse descriptive du questionnaire	45
3.2	Analyse inférentielle et présentation des résultats des hypothèses.....	48
4	Discussions des données.....	52
	Bibliographie	58
	Annexes	63

1 Introduction

Lors de cette première partie, il s'agira de mettre en avant le sujet qui sera étudié tout au long du mémoire. Un état des lieux de la recherche, des savoirs, des pratiques et théories en lien avec le sujet sera exposé.

1.1 Le contexte

J'ai toujours souhaité travailler dans un domaine alliant relations humaines et soins. Dès lors que j'ai découvert que l'ergothérapie regroupé ces notions, je me suis orienté vers cette formation. J'ai souhaité élaborer mon mémoire d'initiation à la recherche avec comme thème générale : « l'implication dans le parcours de soins en ergothérapie des personnes atteintes d'aphasie après un accident vasculaire cérébrale (AVC) en soins de suite et de réadaptation (SSR) ».

L'idée de ce thème est issu d'un de mes stages et plus particulièrement celui que j'ai réalisé en SSR. Dans ce dernier, la majorité des activités spécialisées concernaient la prise en soins des personnes atteintes de polypathologies, d'affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux. Le SSR assurait la rééducation du patient, sa réadaptation et enfin sa réinsertion. La finalité était que tous les patients tendent à retrouver le maximum des conditions de vie qu'ils avaient avant leur entrée dans le service.

Mon thème est issu d'une situation que j'ai vécu lors de ce stage : un homme était admis en SSR à suite d'un AVC ischémique sylvien gauche superficiel et profond qui lui avait causé une hémiplégie droite ainsi qu'une aphasie expressive, dite aphasie de Broca. Quelques jours après son admission, le patient avait été amené dans la salle d'ergothérapie pour commencer la rééducation de son hémiplégie causée par son AVC. La prise en soins en ergothérapie était complexe car du fait de son aphasie, le patient avait du mal à s'exprimer. Les échanges entre le patient et l'ergothérapeute étaient difficiles. De plus, la communication non-verbale était difficile à mettre en place car son hémiplégie lui empêchait de réaliser certains gestes. L'ergothérapeute était quant à lui conscient que le patient voulait s'exprimer, cependant il ne semblait pas le comprendre. De ces faits, à la fin de la séance, beaucoup de frustration et d'agacement se sont dégagés de chez ce patient. L'ergothérapeute n'a pas pu prendre plus de temps pour comprendre les raisons de ces manifestations car il était le seul professionnel disponible à ce moment et que d'autres patients devaient être pris en soins juste après.

Après avoir analysé cette situation, plusieurs questions me sont venues :

Tout d'abord, des questions en lien avec l'objectif de la séance : pourquoi l'objectif de la séance était la rééducation de l'hémiplégie du patient ? D'où venait cet objectif et par quels moyens avait-il pu être recueillis ? Avait-il été décidé avec le patient ?

Ensuite, concernant les interactions entre l'ergothérapeute et le patient : quels sont les facteurs qui ont fait que l'ergothérapeute ait rencontré des difficultés à échanger avec le patient ?

Le temps consacré à la séance faisait-il parti d'un de ces facteurs ? La durée de cette séance était-elle trop courte pour le patient ? Si oui, quelles sont les raisons pour lesquelles il n'était pas possible d'allonger le temps de cette séance ?

D'autre part, est-ce que ce manque d'échange entre les deux acteurs de la situation était en lien avec le manque de connaissance de l'ergothérapeute sur l'aphasie ? Si oui, quelles sont les raisons de ce manque de connaissance et comment l'ergothérapeute aurait-il pu y pallier ?

De manière générale, quels sont les facteurs qui ont amenés le patient à ressentir de la frustration et de l'agacement à la fin de la séance ? Si des facteurs sont identifiés, auraient-ils-pu être évités et comment ?

Ces questions me sont venues car il est enseigné dans le programme de formation en ergothérapie, qu'il est particulièrement important de déterminer les besoins spécifiques de chaque patient avant tout type d'intervention. Pour ceci, l'ergothérapeute utilise la plupart du temps des modèles prenant en compte la personne en interaction avec ses activités et son environnement. Autrement dit, l'ergothérapeute fonde son intervention selon une approche holistique et centrée sur la personne. Cette approche est certifiée en 2019 par la WFOT¹ lors d'une déclaration sur la position de l'ergothérapeute dans la prise en soins en rééducation-réadaptation qui indique que l'ergothérapeute reconnaît « le choix de l'individu, de la communauté et de la société dans l'identification des priorités et des objectifs pour aboutir à une vie qui a du sens pour eux » (1). Ainsi, cette approche soutient et facilite la pleine participation, l'inclusion sociale et met en jeu la qualité de vie des personnes en situation de handicap ainsi que leurs soins dans l'intervention en ergothérapie (1).

¹ WFOT : World Federation of Occupational Therapists

Ces éléments m'ont amené au questionnaire suivant :

Etant donné que la personne atteinte d'aphasie a des difficultés plus ou moins importantes pour s'exprimer et/ou pour comprendre ce qu'on lui dit, comment l'ergothérapeute peut-il recueillir les informations pour construire son projet d'intervention ergothérapeutique et que ce dernier soit centré sur la personne ? L'aphasie est-elle toujours reconnue et prise en compte par les ergothérapeutes ? A court terme, l'aphasie a-t-elle un impact sur l'implication de la personne dans sa prise en soins en ergothérapie ? Au long terme, l'aphasie a-t-elle un impact sur sa qualité de vie ?

Plus généralement :

- Le niveau d'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie a-t-elle une influence sur sa qualité de vie ? Le niveau d'implication varie-t-il en fonction de l'atteinte ou pas d'aphasie ?*
- Quels facteurs peuvent influencer l'implication des personnes atteintes d'aphasie dans leur prise en soins ?*
- Quels méthodes les ergothérapeutes mettent-ils en avant pour favoriser l'implication de ces personnes dans leur prise en soins ?*

1.2 Approfondissement du thème général

La recherche pour ce mémoire se concentre autour du thème présenté en amont : « l'implication dans le parcours de soins en ergothérapie des personnes atteintes d'aphasie après un AVC en SSR ». Le sujet d'étude concernera toutes personnes admissibles en SSR ayant des troubles de la communication et/ou du langage en lien avec une aphasie provoquée par un AVC et dont les échanges d'informations avec l'ergothérapeute pourraient rendre la relation thérapeutique complexe et avoir un impact sur leur implication dans leur propre parcours de soins en ergothérapie. Tout en restant dans le domaine de la recherche, nous nous intéresserons aussi aux méthodes mises à disposition par les ergothérapeutes et les autres professionnels de la santé auprès de ces personnes. Ces recherches me permettront d'en savoir plus sur le comportement, le positionnement des ergothérapeutes vis-à-vis des personnes atteintes d'aphasie. Mais aussi, d'identifier les facteurs pouvant influencer l'implication de ces dernières dans leur parcours de soins en ergothérapie. Enfin, concernant ma future pratique, ces recherches me permettront d'être mieux préparé à prendre en soins cette population.

Les champs disciplinaires sont en grande partie en lien avec le sujet d'étude de la recherche. Les champs disciplinaires sont directement inclus dans le thème mais peuvent aussi venir croiser d'autres domaines pour apporter des données supplémentaires à la revue de littérature. Le parcours de soins se définit par les champs disciplinaires tels que l'éthique, la morale, la psychologie. L'ergothérapie fait du lien avec les sciences de la réadaptation et de l'occupation, la santé et la santé publique. Enfin, les troubles de la communication et/ou du langage en lien avec l'aphasie, font du lien avec les sciences médicales, biomédicales et économiques.

Nous définirons les notions essentielles permettant d'améliorer la compréhension du sujet de recherche.

- La pratique de l'ergothérapeute en SSR

Généralement, après une pathologie médicale ou chirurgicale ayant entraînée ou pas une hospitalisation, les personnes en situation de handicap sont admises dans un service de soins de suite et de réadaptation. Ceci contribue à la fluidité de leur parcours de santé (2).

La réadaptation est la mission principale et commune à tous les services de SSR. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la réadaptation est « un ensemble d'interventions visant à optimiser le fonctionnement et à réduire les situations de handicap des personnes présentant des problèmes de santé, en interaction avec leur environnement. » (3).

La réadaptation repose sur une équipe pluridisciplinaire dans laquelle se trouve l'ergothérapeute. Selon son référentiel d'activité, « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien qu'il existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne-activité-environnement » (4). L'ergothérapeute a pour objectifs de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leur habitude de vie et de leur environnement. » (4).

D'après la définition de 2012 de la WFOT, l'ergothérapie est une « profession de la santé centrée sur le client soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. L'objectif de l'ergothérapeute est de permettre aux personnes en situations de handicap de

participer aux activités de la vie quotidienne. Afin d'y parvenir, les ergothérapeutes s'adaptent à chaque patient afin de soutenir leur engagement. » (5).

D'autre part, la WFOT indique que la réadaptation est « un processus d'habilitation collaboratif qui reconnaît la pleine participation ainsi que l'inclusion dans la société comme un droit humain fondamental. » (1).

- Aphasie et AVC

Selon l'OMS, l'AVC fait suite à un arrêt des apports en oxygène dans le cerveau entraînant une destruction des tissus de ce dernier. La gravité de l'AVC dépend de la partie du cerveau atteinte et du degré de celle-ci (6).

L'aphasie est la conséquence d'un AVC ou d'une lésion cérébrale de l'hémisphère gauche du cerveau dans laquelle se trouve la zone du langage. Plus précisément, se distingue dans l'hémisphère gauche du cerveau : la zone de Broca qui représente la zone d'expression et la zone de Wernicke qui représente la zone de compréhension (7). L'atteinte de l'hémisphère gauche du cerveau se manifeste donc chez la personne par une incapacité à comprendre et/ou à formuler ses mots. D'après le dictionnaire d'orthophonie (8), l'aphasie est une « perturbation du code linguistique, affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit. Ce trouble n'est lié ni à un état démentiel, ni à une atteinte sensorielle, pas plus qu'à un dysfonctionnement de la musculature pharyngo-laryngée, mais à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale. » (8).

L'aphasie est rarement un trouble isolé dans le cas d'un AVC. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (9), les séquelles les plus fréquentes et invalidantes chez les personnes ayant subi un AVC sont l'aphasie et l'hémiplégie. L'hémiplégie peut se manifester par des troubles moteurs et de la sensibilité d'une ou plusieurs parties du corps. De plus, après un AVC des troubles de la concentration, de l'anxiété, de l'irritabilité et de la fatigue peuvent être ressentis. Ainsi, une personne qui est atteinte d'aphasie présentera fréquemment des troubles associés qui rendront alors encore plus complexe la situation d'handicap (9).

Au-delà des signes cliniques et des difficultés énoncées, l'aphasie est selon le neurologue Jean-Michel Mazaux « une catastrophe fonctionnelle, psychologique et sociale pour les patients comme pour leurs familles. Elle est à la fois source de détresse, de perte de confiance

en soi, d'anxiété, de dévalorisation et de dépression, et une sévère limitation des capacités de communication [...] le trouble du langage et de la communication apparaît comme un facteur déterminant dans le processus d'isolement, de rupture des liens sociaux et entretient la dépression ; un cercle vicieux s'installe. » (10).

→ Mise en avant du point de rupture

Les données précédentes apportent de nouvelles informations et mettent en évidence le point de rupture qui a mené à l'élaboration du thème général. En effet, ces définitions soulignent le décalage entre la pratique de l'ergothérapeute décrite lors de la présentation du contexte, de celle décrite dans les déclarations précédentes. Ces déclarations mettent en avant que pour soutenir l'engagement du patient dans son propre parcours de soins, l'ergothérapeute centre son intervention sur le patient et prend en compte l'interaction entre la personne, ses activités et son environnement. De plus, il est indiqué que la prise en soins en ergothérapie des patients repose sur une équipe pluridisciplinaire dans laquelle se trouve l'ergothérapeute. Ces indications théoriques seraient d'autant plus importantes à prendre en compte lorsque la personne prise en soins est atteinte d'aphasie car cette pathologie se manifeste par une incapacité chez la personne à comprendre et/ou à s'exprimer. De plus, l'aphasie est rarement un trouble isolé, ce qui accentue encore plus la situation de handicap chez la personne qui en est atteinte.

1.3 Les enjeux

Cette partie va permettre d'annoncer l'intérêt de ce thème en ergothérapie et de montrer en quoi il est socialement vif et en quoi il a une utilité d'être traité.

- AVC et aphasie

Entre 1990 et 2010, le nombre de personnes atteintes puis décédées à la suite d'un AVC a considérablement augmenté. En 2019, l'AVC reste encore un problème de santé important (11).

En France, plus de 140 000 personnes sont victimes d'un AVC. Cette atteinte du système nerveux centrale représente la première cause de handicap physique acquis chez l'adulte, mais aussi la deuxième cause de démence et de mortalité (9).

De plus, l'AVC est encore une cause majeure d'invalidité chez les adultes, avec plus de 400 000 personnes vivant avec ses effets. Les conséquences courantes de l'AVC, y compris la dépression post-AVC et l'anxiété, les troubles cognitifs vasculaires et la fatigue post-AVC, entravent le rétablissement et entraînent de mauvais résultats fonctionnels et une diminution de la qualité de vie (12).

Des études sur l'AVC ont été présentées car l'AVC représente la cause principale des aphasies. En effet, 75% des cas d'aphasies sont d'origine vasculaire (13).

Lors de la seconde moitié du XX^e siècle, l'apparition de nouvelles technologies telles que l'imagerie morphologique et l'imagerie fonctionnelle, ont permis d'enrichir les notions de corrélations anatomo-fonctionnelles de l'aphasie, de vérifier les phénomènes neuro-biologiques impliqués dans la récupération spontanée de l'aphasie et enfin de voir l'impact de la rééducation sur ces processus. En neurologie, l'aphasie est l'un des syndromes cliniques qui a le plus bénéficié des techniques modernes (14).

Cependant, malgré les avancées technologiques, en 2021 il est estimé en France que plus de 300 000 personnes sont atteintes d'aphasie et que chaque année 30 000 nouveaux cas sont recensés (15).

- AVC, aphasie et qualité de vie

Parmi les nombreuses évaluations sur la qualité de vie, le SAQOL-39² se trouve fréquemment cité pour son utilisation spécifique par les professionnels de la santé pour évaluer la qualité de vie chez la personne atteinte d'aphasie à la suite d'un AVC. La SAQOL-39 comprend quatre domaines : physique, psychosocial, communication, énergie. Elle s'adapte auprès de cette population en mettant l'accent sur les difficultés en lien avec la compréhension du langage, la prise de décision et les conséquences liées aux difficultés de communication sur la famille et la vie sociale (16).

La SAQOL-39 démontre que les personnes atteintes d'aphasie à la suite d'un AVC ont une qualité de vie nettement inférieure à celle des personnes non aphasiques ayant aussi subi un AVC. Il est mis en évidence que l'intégration communautaire des personnes atteintes d'aphasie est faible et qu'elle est étroitement liée à leur manque de mobilité, leurs difficultés de communications, leurs détresses émotionnelles et aux facteurs socio-économiques. De

² SAQOL-39 : Stroke and Aphasia Quality of Life Scale

plus, la baisse de la qualité de vie des personnes atteintes d'aphasie est souvent associée à une dépression (17).

La dépression fait partie des troubles mentaux les plus courants en Europe avec l'anxiété. Entre 2005 et 2015, la prévalence des troubles mentaux ont augmenté d'environ 16 %. Plus spécifiquement, en 2015 la prévalence était de 5.1% (44.3 millions) pour la dépression et de 4.3% (37.3 millions) pour l'anxiété. D'un point de vue économique, l'estimation du coût annuel direct de la dépression était en 2013 de 617 milliards d'euros au total dans l'Union européenne (18).

- Changement de paradigme : point de vue historique

Dès les années 1970, la qualité de vie est apparue comme un critère important de l'évaluation en santé. A partir de 2004, les critères de survie ou de morbidités des personnes ne sont plus perçus comme suffisants pour évaluer les progrès médicaux. Aujourd'hui, la mesure subjective de la qualité de vie liée à la santé est devenue une notion incontournable pour évaluer le bénéfice d'une intervention en santé. Cette mesure laisse place au point de vue des patients concernant leur qualité de vie et permet de mieux comprendre l'impact d'une pathologie ou d'une intervention de santé (19).

En 2017, le réseau de l'Occupations humaines et santé (OHS) (20) condense différentes études d'ergothérapie. Ces études soulignent le changement des paradigmes concernant les approches de la prise en soins prônant la santé et la capacité des personnes en situation de handicap à exercer indépendamment leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. La santé ne se définit plus seulement par la présence ou l'absence de problèmes de santé, ne prenant pas en compte la personne dans sa globalité. Cette nouvelle approche est due à l'augmentation de la conceptualisation en termes de qualité de vie et de fonctionnement plutôt qu'uniquement à la diminution des symptômes (20).

Ce changement d'approche fait du lien avec l'évolution des modèles concernant la relation thérapeutique entre le professionnel de la santé et le patient. Il existe plusieurs modèles : le modèle paternaliste, le modèle informatif, le modèle interprétatif ou encore, le modèle délibératif. Chacun de ces modèles représentent une posture spécifique du soignant envers le soigné et tendent à montrer l'étendu des attitudes que peuvent avoir les soignants auprès des patients (21).

Bien qu'il existe plusieurs modèles, dans les années 1960, aux Etats-Unis, le courant de la psychologie humaniste apparaît. Les principes de ce courant mettent en avant l'idée que « l'humain a un potentiel, une capacité à auto-déterminer et à évoluer. » (22). Le psychologue Carl Rogers est issu de cette approche humaniste. Il met en avant les notions d'empathie, de reformulation et d'authenticité que doit avoir le soignant envers le patient (22).

La relation se fait de manière horizontale, c'est-à-dire d'homme à homme. Selon Carl Rogers, il ne s'agirait pas pour le soignant de trouver les solutions pour le patient, mais plutôt de l'accompagner afin qu'il puisse élaborer, selon ses valeurs, ses propres réponses aux questions qu'il se pose (23).

- Changement de paradigme : point de vue législatif et réglementaire

Aujourd'hui différents textes législatifs et réglementaire tels que le Code de la santé publique (CSP) (24), permettent de guider la relation soignant-patient à travers de grands principes tels que le respect de la dignité de la personne humaine, la non-discrimination, le secret médical et le consentement libre et éclairé. Le principe du consentement libre et éclairé est consacré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (24).

Sur le plan juridique, aucune règle concernant la prise en soins des AVC sont fixées et peu de loi sont dédiées aux personnes atteintes d'aphasie. Cependant, certaines mesures ont été prises pour aider les établissements de santé à améliorer l'organisation de l'offre des soins auprès de ces personnes (25).

Premièrement, en 2003 la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) (26) recommande d'améliorer une filière globale d'organisation des soins, de l'alerte au retour à domicile. Elle insiste sur l'importance de la structuration de la phase aigüe de l'hospitalisation et de commencer le plus rapidement possible la réadaptation fonctionnelle du patient. La DHOS met en avant l'importance du rôle de l'ergothérapeute dans la filière de soins concernant la prise en soin de la personne atteinte d'AVC. Dans le cadre du service de soins de suite et de réadaptation, l'ergothérapeute, du fait de son attitude à la ré-autonomisation du patient dans les activités de la vie quotidienne, a une place importante dans le service car il permet au patient atteint d'AVC de préparer son retour à

domicile et d'adapter aux mieux son environnement technique et social. L'ergothérapie est ainsi décrite comme « une discipline fondamentale en réadaptation. » (26).

Initialement, les activités de soins de suites étaient séparées des activités de rééducations et de réadaptations fonctionnelles. C'est seulement depuis le décret n°2008-377 du 17 avril 2008 que ces deux activités ont été réunies sous le nom de « soins de suite et de réadaptation ». Ce décret a été mis en place puisque « la réponse au besoin du patient dans le champ SSR fait [...] appel à la totalité des missions qui caractérisent une prise en charge en SSR : les soins, la rééducation et la réadaptation, la prévention et l'éducation thérapeutique, l'accompagnement à la réinsertion. » (27).

D'autre part, du fait des difficultés que peuvent rencontrer les personnes atteintes d'aphasie après un AVC, la loi du 11 Février 2005 sur « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » stipule que « les personnes aphasiques peuvent se faire accompagner devant les juridictions par une personne de leur choix ou un professionnel, compte tenu de leurs difficultés de communication liées à une perte totale ou partielle du langage. » (28).

- L'intervention en ergothérapie, un enjeu pour la personne atteinte d'aphasie

Les dispositifs précédents réaffirment la nécessité de l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes d'aphasie à la suite d'un AVC. Du fait de ses actions de rééducation, réadaptation en vue de réinsérer la personne dans son environnement. Mais aussi du fait de ses compétences en termes d'accompagnement et d'approche centrée sur la personne tel qu'il est indiqué dans son référentiel de compétence « concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement » (29) et plus particulièrement « formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne. » (29). Ainsi, l'ergothérapeute vise l'engagement et la pleine participation de la personne dans ses occupations significatives tout en reconnaissant ses demandes et besoins.

Comme indiqué dans le référentiel de compétences, l'ergothérapeute doit être en collaboration avec la personne afin de reconnaître ses demandes et besoins. Cela signifie d'instaurer une relation thérapeutique avec elle et ceci quelque-soit la situation de son handicap :

« accueillir et écouter la personne [...] identifier les indicateurs de communications, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne [...] instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique [...] favoriser l'expression de chacun [...] développer un climat de confiance [...] négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique » (29).

L'approche centrée sur la personne et toutes ces compétences indiquaient précédemment sont d'autant plus importantes à prendre en compte par les ergothérapeutes lorsqu'elle concerne les personnes atteintes d'aphasie. En effet, la tomographie par émission de positons (TEP), ancêtre de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), a mis en évidence des variations radio-cliniques dans un nombre non négligeable de cas (14) (p.32). Plus clairement, une étude (30) indique qu'après avoir exploré au TDM 207 personnes atteintes d'aphasie, 37 cas de divergences ont été détectés mettant en avant la notion de variations inter-individuelle.

1.4 La revue de littérature

L'objectif de cette partie est de faire un état des lieux des savoirs et des connaissances actuelles concernant le thème « l'implication dans le parcours de soins en ergothérapie des personnes atteintes d'aphasie après un AVC en SSR ».

Un moteur de recherche ainsi que des bases de données en lien avec les champs disciplinaires du thème, ont permis d'effectuer les recherches : PubMed, SAGE Journal, Science Direct ou encore EMpremier pour les recherches en lien avec les sciences médicales. Cairn et encore une fois SAGE journal pour les sciences sociales. Le moteur de recherche Google Scholar a été utilisé pour élargir nos recherches scientifiques.

Les mots clés utilisés pour effectuer la recherche sont les suivants : soins de santé, ergothérap*, équipe d'AVC, collaboration, aphasie. Pour élargir notre recherche au niveau international, la traduction des mots-clés a été réalisée : health care, Occupational therap*, stroke team, collaboration, aphasia.

A partir de ces mots-clés, une équation de recherche a pu être élaborée : health care AND aphasia AND (stroke team OR Occupational-therap*).

Les opérateurs Booléens « ET », « OU », « OR » permettent d'avoir une meilleure sélection des articles. La troncature du mot « ergothérapie » permet quant à elle d'augmenter les résultats. Le tableau des résultats des données est présenté en annexe (Cf Annexe 1 p64).

Pour cibler nos recherches, les articles publiés entre 2010 et 2020 sont retenus afin de rester à jour des avancées scientifiques et médicales. Les articles français ne permettent pas à eux seuls de cibler intégralement notre thème, ceux internationaux et anglais sont donc eux aussi pris en compte. Pour avoir une vue plus claire concernant le sujet d'étude, sont pris en compte également les articles traitant de la prise en soins en SSR des patients atteints d'AVC. Enfin, des recherches hors ergothérapie peuvent être retenues à conditions qu'elles traitent de l'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en SSR. Ces critères permettront d'apporter une vision plus holistique à la recherche tout en restant en cohérence avec le thème général.

Grâce à la méthodologie de recherche, plusieurs articles ont été obtenus. Parmi eux, 6 articles ont été retenus comme pertinents pour la recherche (Cf Annexe 2 p64). Après avoir analysé ces articles, plusieurs thématiques ont pu être développées.

1.4.1 L'approche centrée sur la personne

Les résultats des études (31, 32, 33, 34, 35, 36) font état de l'intérêt de tendre vers l'utilisation de l'approche centrée sur le patient atteint d'aphasie dans le cadre du SSR. Cette démarche garantirait que les décisions respectent les désirs, les besoins et les préférences de ces patients et que ces derniers reçoivent l'éducation et le soutien dont ils ont besoin pour prendre des décisions et participer à leurs propres soins. Le travail en collaboration interdisciplinaire entre les ergothérapeutes et les professionnels de santé aurait un intérêt pour les personnes patients atteints d'aphasie car elle faciliterait la démarche centrée sur la personne (32, 33, 35, 36). De plus, ce travail favoriserait la communication avec le patient et sa famille, considérés comme faisant partie à part entière de l'équipe de réadaptation (35, 36).

1.4.2 Les besoins des personnes atteintes d'aphasie

L'aphasie perturbe les soins habituels chez les personnes qui en sont atteintes (31). Cette indication amène à considérer les besoins de ces personnes concernant leurs parcours de soins.

Les besoins indiqués par les patients sont (32, 35) :

- Un besoin de collaboration interprofessionnelle.
- Un besoin de communication, d'expression.

- Un besoin d'information.
- Un besoin de soutien familial, professionnel et organisationnel.
- Un besoin de temps personnel.

Connaitre ces besoins permettrait d'améliorer leur implication et leur décision en matière de soins de santé (32).

La majorité des patients suivis en SSR ont une position passive dans leur prise en soins, d'autant plus lorsque leur pathologie affecte la parole. Il est alors indiqué que les personnes atteintes d'aphasie ont besoin d'un soutien et que celui-ci est considéré comme une étape importante dans le processus de réadaptation. Il permet de prendre du temps pour eux, de les aider à exprimer leurs questions et leurs préoccupations (35).

La notion de soutien peut-être délivrée par diverses sources : l'entourage, la famille, le professionnel de la santé ou encore l'organisation institutionnelle (35).

La participation de la famille aux soins et à la prise de décision concernant le parcours de soins du patient est perçue comme un besoin majeur. L'implication de la famille dans le parcours de soins du patient améliore les expériences de réadaptation des patients car elle permet à la famille de voir les progrès du patient au cours de son intervention et d'être conseillé par les professionnels de la santé. De plus, cette implication permet d'encourager et de favoriser la prise en compte de la personne lors de son intervention, mais aussi de renforcer la dynamique familiale (35).

Ensuite, l'engagement du professionnel de santé est aussi une source de soutien pour la personne atteinte d'aphasie. En effet, selon les personnes aphasiques, l'attitude, l'attention et l'accessibilité du praticien sont des attributs personnels qui favoriseraient la prise en compte de leurs demandes et leurs décisions concernant leur parcours de soins (35).

Enfin, le soutien organisationnel, c'est-à-dire le contexte de pratique dans lequel est pris en soins le patient, est important pour soutenir leurs besoins. Ainsi, les institutions qui mettent en avant le travail en collaboration interdisciplinaire et le partenariat avec le patient et sa famille favorisent le soutien d'un modèle de soins centré sur le patient (35).

1.4.3 L'engagement du professionnel de la santé auprès du patient atteint d'aphasie

D'après le thème précédent, l'engagement du professionnel de la santé est perçu, selon les patients atteints d'aphasie, comme un soutien pour eux concernant la prise en compte de

leurs besoins, leurs demandes vis-à-vis de leurs parcours de soins. Cependant, certains professionnels de la santé rencontrent des difficultés pour s'engager auprès du patient atteint d'aphasie.

Par rapport aux orthophonistes, les autres professionnels de la santé ont des niveaux de confiances significativement plus faible et ont moins de stratégies pour communiquer efficacement avec les personnes atteintes d'aphasie. La formation spécialisée en communication que reçoivent les orthophonistes lors de leur formation favorise l'implication des personnes atteintes d'aphasie dans leur prise de décision en matière de soins de santé (32).

Dans le même sens, une grande partie des professionnels de santé expriment ne pas savoir comment aider les personnes aphasiques et que ceci limite les conversations avec elles. Cependant, il est rapporté que les professionnels de la santé se sentent bien après une communication réussie avec les personnes atteintes d'aphasie et qu'ils souhaiteraient savoir comment les aider (31).

Les résultats d'une étude (34) se centrent davantage sur les facteurs influençant l'engagement du professionnel de la santé et sur l'impact qu'a ce dernier sur celui du patient. Premièrement, les professionnels de la santé qui se sentent engagé auprès de la personne atteinte d'aphasie sont ceux qui répondent aux besoins de chaque patient. Les patients atteints d'aphasie indiquent que les praticiens engagés sont ceux qui font des efforts pour entrer en relation, qui les encouragent et qui sont enthousiastes. D'autre part, il est indiqué que le désengagement est vécu comme un échec personnel, un sujet tabou ou une honte pour les professionnels de la santé. Les patients atteints d'aphasie indiquent que les praticiens désengagés sont les professionnels qui ne facilitent pas la communication, étant alors perçus comme distant et mal à l'aise face à leur situation de handicap, mais aussi ceux qui se concentrent seulement sur les exigences du service, ceux qui agissent seulement pour répondre aux obligations légales et éthiques (34).

En ce qui concerne la réadaptation après un AVC, le niveau de connaissance et de confiance des professionnels de la santé peut avoir un impact sur leur attitudes, comportements et donc sur leur degré d'engagement du soignant auprès du patient (31). Ainsi, l'engagement est un phénomène dynamique, réciproque et qui se coconstruit avec le patient (32).

1.4.4 L'institution : influence sur l'engagement et l'approche centrée

Les professionnels de la santé souhaitent aider la personne atteinte d'aphasie. Cependant, leur environnement de travail ne serait pas optimal et la communication avec le patient ne disposerait pas de ressources adéquates (33).

Les guides de pratiques cliniques (GPC) sur les AVC aident les professionnels de la santé à intégrer les données de la recherche à leur pratique afin qu'ils puissent améliorer leur niveau de soins auprès des patients ayant eu un AVC. De plus, ces GPC optimiseraient les soins du patient (33). Cependant, un problème commun se pose à l'échelle mondiale : « les GPC ne sont souvent pas mis en œuvre avec succès dans la pratique clinique » (33). Des facteurs limitent ainsi l'utilisation de ces GPC. Parmi ces facteurs, l'environnement de travail et plus spécifiquement la disponibilité du personnel, leur formation et éducation, les politiques sur le lieu de travail et la démarche de collaboration d'équipe sont cités.

L'institution peut avoir une influence sur l'engagement du praticien auprès de la personne atteinte d'aphasie ainsi que sur la mise en place de l'approche centrée sur la personne. Les résultats d'une étude (35) font état que l'approche centrée sur la personne est comprise en théorie mais pas assez mise en pratique dans les unités de réadaptation accueillant des personnes ayant subi un AVC. Les principaux obstacles à la mise en œuvre de l'approche centrée sur la personne sont : une mauvaise littératie en santé, le manque de temps, le manque de personnel et la culture organisationnelle (35).

Une mauvaise littératie en santé affecte la capacité des patients à participer activement à leurs soins et les empêche de poser des questions et de prendre des décisions. Ensuite, concernant le manque de temps, l'approche centrée sur la personne prend plus de temps que les soins médicaux, d'autant plus si l'intervention se fait auprès d'une personne atteinte d'aphasie. D'autre part, il est indiqué que le manque de personnel affecte directement le temps disponible pour chaque patient et que ceci renforce indirectement le niveau de stress, l'épuisement des professionnels et que ceci peut entraîner une diminution de l'empathie et de la communication centrée sur le patient. Enfin, la culture organisationnelle du service a également des effets importants sur la mise en œuvre de l'approche centrée sur la personne. Les praticiens expriment leur besoin d'éducation, de rétroaction continue et d'une atmosphère organisationnelle générale qui favoriserait leurs comportements centrés sur le patient. Ainsi, il est indiqué que la promotion d'une prise de décision éclairée en collaboration, ainsi qu'une meilleure compréhension et expression de l'identité professionnelle dans le cadre de soins de santé favoriserait les soins centrés sur le patient. Ainsi, il est mis en évidence, la nécessité d'accorder davantage d'attention au praticien, à

leur pensées, sentiments et valeurs, et à des stratégies pour modifier leur engagement dans la pratique clinique (35).

1.4.5 Problématique pratique

A partir de nos premières questions, la revue de littérature nous permet de faire évoluer notre problématique.

L'ensemble des études mettent en avant différents éléments qui influenceraient l'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie.

Tout d'abord, pratiquer selon une approche centrée sur la personne permettrait de soutenir les décisions, les désirs et les besoins spécifiques de la personne atteinte d'aphasie concernant sa prise en soins. Nous pouvons alors nous poser les questions suivantes : *en pratique, les ergothérapeutes connaissent-ils l'approche centrée sur la personne ? Que signifie-elle pour eux ? Exercent-ils selon cette approche ?*

Ensuite, le soutien est une notion qui revient souvent et qui serait en lien direct avec celle d'engagement. Les sources concordent entre elles sur le fait que la notion d'engagement varie d'un professionnel à un autre et fait appel à leur niveau de connaissance, de confiance et leur stratégie de communication. Ces derniers éléments ont une influence sur leurs attitudes et comportements auprès des personnes atteintes d'aphasie. De plus, l'engagement est un phénomène dynamique, réciproque et qui se coconstruit avec le patient. Ainsi, après analyse de la revue de littérature, nous nous interrogeons sur les points suivants : *en pratique, quel est le niveau de connaissance et de confiance des ergothérapeutes travaillant en SSR vis-à-vis de l'aphasie ? Comment les ergothérapeutes, en absence de formation spécifique à la communication, soutiennent-ils la personne atteinte d'aphasie dans sa prise en soins ? Quels moyens utilisent-t-ils en cas de manque de connaissance, de confiance ou de stratégie de communication en lien avec l'aphasie ? Les moyens qu'ils utilisent sont-ils possibles à mettre en œuvre en pratique et sont-ils suffisants pour soutenir la personne atteinte d'aphasie ? En d'autres mots, ces moyens permettent-t-ils aux ergothérapeutes d'être engagés auprès du patient ? Cet engagement favorise-t-il celui du patient dans son parcours de soins en ergothérapie ?*

Enfin, les sources de la revue de littérature mettent en avant que l'institution dans laquelle travaille les ergothérapeutes peut être un élément influençant leur pratique. L'environnement organisationnelle générale de l'institution aurait une influence sur leur

liberté d'expression des pensées, sentiments, valeurs professionnelles et donc sur leur engagement auprès de la personne atteinte d'aphasie. Ces informations nous amènent alors à nous demander : *en pratique, quelles sont les valeurs et les modalités de soins de l'institution dans laquelle se trouvent les ergothérapeutes ? Permettent-elles aux ergothérapeutes de pratiquer selon leurs propres valeurs ?*

Des éléments importants ressortent de l'analyse de la revue de littérature : la démarche collaborative et le partenariat avec la famille du patient atteint d'aphasie favoriseraient les notions d'engagement et de soutien chez le patient. Ainsi, il devient important de nous poser ces dernières questions : *en pratique, la démarche collaborative entre les différents professionnels est-elle toujours possible ? Permet-t-elle une meilleure prise en compte de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins ? Quels sont les moyens mis en place au sein de l'institution concernant le soutien familial ? Enfin, la démarche collaborative a-t-elle une influence sur l'implication de la famille dans le parcours de soin de la personne atteinte d'aphasie ?*

Ainsi, nous nous demandons : *en SSR, le travail en équipe et avec la famille permet-il une meilleure implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie ?*

1.5 **Enquête exploratoire**

L'état des lieux de la recherche sur les savoirs et les pratiques professionnelles établi dans la revue de littérature nous permet à présent de passer à l'enquête exploratoire afin d'observer ce qu'il se passe sur le terrain.

1.5.1 **Outil pour recueillir les données : Méthode qualitative**

L'objectif de l'enquête exploratoire est de confronter les données issues de la revue de littérature à celles extraites sur le terrain des pratiques. Il s'agira de mettre à l'épreuve la vivacité de notre objet de recherche et de voir ce qu'il suscite chez les professionnels de la santé et plus particulièrement chez les ergothérapeutes. L'enquête exploratoire nous permettra de faire un état des lieux qualitatif vis-à-vis de la pratique des ergothérapeutes concernant l'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie. De façon plus objective, l'aspect qualitatif de l'enquête exploratoire nous permettra de prendre note des cohérences, des complémentarités, mais aussi d'approfondir et d'intégrer les éléments déterminants et non envisagés ou anticipés auparavant, puis d'écarter certains éléments non pertinents (37).

Enfin, les éléments recueillis permettront d'affirmer la pertinence de notre question de recherche au regard du thème « l'implication dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie après un AVC en SSR ».

Les participants recherchés pour cette étude sont : les ergothérapeutes diplômés d'état travaillant au sein d'un SSR en France. Les ergothérapeutes interrogés doivent déjà avoir réalisés une intervention auprès d'une personne atteinte d'aphasie, au sein d'un SSR. Au moins deux entretiens seront réalisés avec des ergothérapeutes différents et qui ne travaillent pas dans le même service. Ceci permettra, en partie, d'explorer si le service dans lequel exerce l'ergothérapeute a une influence sur sa pratique et sa relation avec le patient atteint d'aphasie, et si celle-ci a une influence sur l'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie.

Ne sont pas retenus pour l'enquête les ergothérapeutes qui ne travaillent pas en SSR, mais aussi ceux qui n'ont jamais travaillé auprès de personnes atteintes d'aphasie. De plus, si plusieurs entretiens sont effectués, les ergothérapeutes interrogés ne doivent pas travailler, au même moment, dans le même service.

L'objectif n'est donc pas de viser un échantillon large. Seulement un ou deux ergothérapeutes et donc entretiens suffiront pour répondre aux objectifs de cette enquête.

1.5.2 L'entretien libre

- Choix de l'outil de recueil de données

L'enquête exploratoire se présentera sous forme d'entretien. L'entretien est une technique qualitative permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour d'un thème prédéfini par l'enquêteur (38). L'entretien est une « situation d'interaction essentiellement verbale entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé. » (39). L'entretien sera non-directif, autrement dit, libre. L'intérêt de l'entretien libre est de recueillir le point de vue de la personne à partir de questions lui permettant de « s'exprimer en toute liberté sans que ces questions n'aient été préétablies » (38).

L'objectif principal de ces entretiens serait que les participants s'expriment librement à partir d'une question inaugurale. L'intérêt de notre étude est de voir comment notre objet de recherche est perçu en pratique par les ergothérapeutes. Ainsi, nous allons poser la question suivante aux participants : « Concernant votre pratique, pouvez-vous me parler de

l'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie ? ». A partir de cette question, le rôle de l'interviewer sera de recueillir puis d'approfondir au maximum les informations sur les ressentis et représentations spécifiques de la personne interviewée (38). Si plusieurs entretiens sont réalisés, une comparaison entre eux permettra d'établir les différentes représentations qu'ont les ergothérapeutes vis-à-vis du sujet d'étude. Les objectifs plus spécifiques de ces entretiens sont décrits dans un guide d'entretien (Cf Annexe 3 p67).

- Passation de l'entretien

Comme indiqué précédemment, l'entretien est construit à partir d'un guide d'entretien. Ce dernier est testé avec une personne correspondant aux critères d'inclusions de la recherche afin de voir si le sujet d'étude est adapté ou pas à la situation. Une fois testé et validé, l'entretien se déroulera soit en présentiel, soit en distanciel par vidéo-conférence ou téléphone. Avant d'annoncer la question centrale, l'interviewer posera à la personne interviewée le cadre, puis annoncera quelques questions présentées dans le guide d'entretien afin de recueillir son consentement et des informations contextuelles. Ensuite, l'interviewer posera de nouveau les objectifs de l'entretien et définira si nécessaire des notions clés présentes dans la question centrale telles que (implication, parcours de soins). Ces questions permettront de vérifier si la personne interviewée rentre bien dans les critères d'inclusions de la recherche, de vérifier qu'elle soit d'accord de livrer des informations personnelles, puis d'éviter tous problèmes d'incompréhensions ou d'ambiguïtés en lien avec la question centrale (38). A partir du guide d'entretien, toutes les questions seront posées dans un temps plus ou moins réparti. L'entretien étant libre, seulement des questions de relances seront posées par l'interviewer à la personne interviewée (38). La durée de l'entretien sera limitée à 1 heure avec possibilité de dépasser ce temps si les éléments apportés par la personne interviewée sont jugés comme pertinents.

- Traitement des données :

Après avoir réalisé les différents entretiens, le traitement des données passe par une analyse thématique (40). Cet outil ne demande pas de formation spécifique de la part de l'interviewer, cependant il demande un long travail de retranscription de sa part. Les

entretiens ont pu être enregistré, facilitant ainsi le travail de retranscription. Enfin, pour des raisons de confidentialités, les différents entretiens ont été anonymisés.

- Les biais :

« Toutes méthodes de recueil d'information [...] comporte des biais, des limites. » (41).

Les biais les plus significatifs, lors d'un recueil d'information dans le cadre professionnel peuvent relever de plusieurs aspects : les biais affectifs « relatif à nos sentiments et/ou nos émotions » (41). Prendre conscience de notre état d'âme avant de passer un entretien permet d'atténuer ce biais. Les biais méthodologiques « liées aux erreurs de méthodes utilisées en matière de recueil d'information » (41), peuvent être présent si les questions sont mal formulées ou si les personnes interviewées n'ont pas de lien avec l'objet d'étude. Les questions en début d'entretien pour confirmer si la personne interviewée correspond bien aux critères d'inclusions de la recherche, mais aussi le test et la validation du guide d'entretien en amont permettent d'atténuer ce biais. De plus, le fait qu'une grande partie de l'entretien soit non-directif limite l'orientation des questions de l'interviewer à la personne interviewée. Ensuite, il y a les biais sociaux et culturels « liés à notre tissu de relation sociales et culturelle [...] dans lesquels nous avons évolué et évoluons » (41), mais aussi le biais de confirmation, en privilégiant les informations qui confirment des idées reçus. Pour ces deux derniers biais, l'appropriation du guide d'entretien ainsi qu'une attitude d'écoute objective et empathique de l'interviewer envers la personne interviewée permettra, en partie, de les estomper. De façon générale, le simple fait de prendre conscience de ces biais permet de les atténuer (41).

- Limites de l'enquête :

L'enquête a été effectuée qu'auprès de deux ergothérapeutes exerçant dans des SSR différents en France. La sélection des ergothérapeutes n'a pas été faite de manière aléatoire puisque les ergothérapeutes devaient répondre à des critères d'inclusions pour participer à la recherche. Enfin, la participation aux entretiens s'est faite sur la base du volontariat après avoir contacté par mail ou téléphone, différent service de soins de suite et de réadaptation.

1.5.3 Résultats de l'enquête exploratoire

Pour réaliser cette enquête exploratoire, deux entretiens ont été menés par téléphone. L'analyse thématique de ces entretiens a permis de regrouper des notions entre elles et d'en tirer des thèmes. Le premier entretien c'est déroulé avec un ergothérapeute que nous appellerons « Monsieur C ». Le second entretien c'est déroulé avec un autre ergothérapeute que nous appellerons « Madame D ». Monsieur C, a eu son diplôme d'état en ergothérapie en 2017 et travaille actuellement en rééducation fonctionnelle. Madame D a eu son diplôme d'état en ergothérapie en 2006 et travaille aujourd'hui et depuis toujours dans le domaine de la rééducation fonctionnelle. Les deux ergothérapeutes travaillent en France et plus précisément dans la région Provence Alpes Côte d'Azur. À la suite des entretiens libres, la méthode inductive est utilisée pour analyser les données recueillis. Cette méthode permet, à partir de données brutes recueillis sur le terrain, de comprendre un phénomène général (42). Selon Beaugrand, cette méthode « consiste à aborder concrètement le sujet d'intérêt et à laisser les faits suggérer les variables importantes » (42).

L'entretien libre avec Monsieur C a duré 28 minutes et celui avec Madame D 50 minutes. Leurs paroles sont indiquées en italique.

I – Les aphasies : pathologies complexes

A - Liens entre les notions d'adaptation, de nouveauté et les comportements.

Les deux ergothérapeutes indiquent que leurs comportements sont en lien avec la notion d'adaptation, essentielle dans leur travail et que celle-ci est directement en lien avec la notion de nouveauté. La notion de nouveauté peut avoir une signification différente d'un soignant à l'autre car elle dépend en grande partie de leurs représentations et valeurs. En fonction de ces dernières, la notion de nouveauté peut changer les comportements des soignants de manière positive ou négative. Monsieur C indique que « *la notion de nouveauté [...] peut être perçue comme positive, c'est-à-dire comme un gain d'expérience. Mais aussi comme négative, se traduisant par des préjugés, des stéréotypes vis-à-vis du patient, amenant très souvent à une mauvaise prise en charge de celui-ci* ». Les deux ergothérapeutes indiquent que dans un système de soins, la notion de nouveauté devrait être considérée car selon eux, ne pas prendre conscience des éléments nouveaux pourrait rendre difficile tout type d'intervention.

B – Les différentes formes d’aphasie.

Les deux ergothérapeutes expriment que leurs capacités d’adaptations peuvent être complexe dans certaines formes d’aphasies.

Madame D parle de façon plus spécifique de la prise en charge en ergothérapie des différents types d’aphasie « *j’adapte mon intervention en fonction du type d’aphasie* » et insiste sur les aphasies suivantes : aphasie de Broca, de Wernicke et Mixte. Selon Madame D, l’aphasie de Broca « *touche le versant expressif mais rarement la compréhension. La communication avec le patient est du coup plus facile [...] l’aphasie de Broca est pour moi celle la plus facile à rééduquer et celle qui a un meilleur potentiel de récupération* ». Contrairement à l’aphasie de Wernicke « *la compréhension est touché, il est alors très difficile de trouver un canal de communication* ». Enfin, l’aphasie Mixte « *est encore plus compliquée à prendre en charge car le versant expressif et compréhensif sont touchés* ». Selon Madame D, la capacité d’adaptation de l’ergothérapeute est plus limitée dans certaines formes d’aphasie. Elle indique que « *du moment que la compréhension du patient est touchée, la prise en charge en rééducation fonctionnelle devient très difficile* ». De plus, Madame D indique que les « *techniques de répétition, de création d’automatismes, ne sont plus suffisantes pour faire comprendre, à la plupart des patient atteints d’aphasie, l’intérêt de notre intervention* ».

II - Le patient : élément central du système de soin

A - La relation soignant-soignée.

Les deux ergothérapeutes se disent être dans une dynamique horizontale avec leurs patients. Les échanges sont réciproques, c’est-à-dire que le thérapeute apporte aux patients et inversement. Monsieur C dit « *j’essaie de répondre le plus possible aux besoins de chaque patient et en retour je gagne de l’expérience [...] lorsque j’ai commencé à travailler en tant qu’ergothérapeute, je ressentais le soutien de certains patients [...] j’ai beaucoup appris des patients* ». Monsieur C définit les qualités qui lui semblent indispensables pour instaurer une relation de confiance avec les patients atteints d’aphasie « *être à l’écoute et adapter son intervention en fonction des demandes [...] prendre du temps pour que le patient exprime ses besoins et adhère à la prise en charge* ». Madame D insiste sur la notion d’adhésion et rajoute « *vous avez beau être le meilleur thérapeute du monde, si le patient n’adhère pas à la prise en soins, ça ne sert à rien* ».

B - La cohésion d'équipe et le partenariat avec le patient et sa famille ou la personne de confiance.

Les deux ergothérapeutes mettent en avant l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Selon eux, il est indispensable de travailler en équipe pour prendre en soins correctement le patient. Ils insistent sur le fait que la collaboration entre professionnels permet de diagnostiquer plus rapidement chaque patient et donc d'accélérer l'adaptation de leur prise en soin. Pour les deux ergothérapeutes interrogés, il est essentiel que toute l'équipe communique entre elle. Madame D, met en avant le travail d'équipe et insiste sur le rôle de l'orthophoniste concernant la prise en soins de l'aphasie « *l'orthophoniste peut nous aider à mettre en place un code de communication [...] il est important que toute l'équipe est le même niveau de communication avec le patient atteint d'aphasie car pour ce dernier il peut être très frustrant de ne pas pouvoir s'exprimer [...] la cohésion d'équipe, travailler avec le même code de communication est indispensable pour une prise en charge correcte du patient [...] ne pas hésiter à aller chercher des ressources chez d'autres professionnels* ». Madame D insiste aussi sur le fait que l'implication de la famille ou plus généralement de la personne de confiance dans le parcours de soins de la personne atteinte d'aphasie, peut être un facteur positif et même essentiel concernant la prise en soins « *la présence de la famille ou de la personne de confiance dans le parcours de soins du patient permettait de beaucoup plus se centrer sur le patient, de prendre plus de temps pour comprendre ses besoins [...] l'implication de la famille dans le parcours de soins est très importante* ».

Selon les deux ergothérapeutes, la relation thérapeutique demande une certaine attitude de leur part, mais passe aussi par la cohésion d'équipe et le partenariat avec la famille ou la personne de confiance. Monsieur C exprime que ces éléments permettent de « *placer le patient au centre du système de soins* ».

III – Facteurs influençant l'engagement.

A – Désengagement du patient et de la famille et/ou le manque de temps et de connaissance de l'ergothérapeute.

Les deux ergothérapeutes ont mis en avant leurs difficultés concernant la prise en soins des personnes atteintes d'aphasie. Ces difficultés tournent autour de la notion d'engagement.

Tout d'abord, concernant l'engagement du patient dans sa propre prise en soins. Madame D exprime que son engagement auprès du patient pouvait être touché lorsque que certains

d'entre eux ne semblaient pas engagés dans leur prise en soins. Selon elle, ce genre de situation complexe se retrouve majoritairement chez les patients atteints d'aphasies réceptives, c'est-à-dire touchés sur le plan de la compréhension. Dans ce cas, le patient « *ne comprend pas l'intérêt des séances de rééducations. La prise en charge est longue, fatigante, les solutions à apporter et à trouver sont plus compliquées* ». Monsieur C met aussi en avant le manque de temps et d'engagement de certaines familles dans le parcours de soins de la personne atteinte d'aphasie « *parfois nous avons aucun lien, aucune nouvelle des familles* ».

Ensuite, concernant l'engagement des ergothérapeutes. Monsieur C met en avant le manque de temps des professionnels de santé comme un obstacle à la prise en compte optimale du patient et de sa famille. Selon Monsieur C, ce manque de temps a un rapport avec le rythme soutenu qu'il y a pour chaque séance « *une séance en ergothérapie dure environs 1 heure [...] dépasser le temps d'une séance pour un patient raccourcira le temps de la séance suivante pour un autre patient* ».

Enfin, les ergothérapeutes ont indiqué que certaines notions, en lien avec la communication et la prise en soins de l'aphasie, n'étaient pas assez approfondies lors de leur formation en ergothérapie et que ceci pouvait avoir une influence sur leur engagement auprès des patients atteints d'aphasie. En lien avec ceci, Madame D exprime « *dans le cadre de ma formation, j'ai abordé l'aphasie mais seulement quelque heure [...] la prise en soins des personnes atteintes d'aphasie reste pour nous, ergothérapeute, un sujet plutôt global dans notre formation* ». Monsieur C ajoute que durant sa formation, il a appris principalement à « *comment prendre en charge les séquelles physiques d'un patient ayant subi un AVC mais pas forcément comment créer du lien avec elle* ».

La communication est un élément clé pour créer du lien selon les deux ergothérapeutes. Comme le dit Madame B, ce manque de formation à la communication pourrait « *impacter le temps et la qualité, c'est-à-dire que la prise en charge peut être plus longue et moins efficace que prévu si nous avons peu de connaissance sur le sujet* ».

Les deux ergothérapeutes parlent plutôt d'expériences et de pratiques, que de connaissances et de théories. La comparaison des discours de Monsieur C et Madame D met en avant cette analyse. Monsieur C exprime : « *ça ne fait pas longtemps que j'exerce [...] je suppose que même avec beaucoup d'expérience, il faut prendre du temps pour instaurer une relation de confiance avec le patient atteint de trouble de la communication pour pouvoir adapter sa prise en charge* ». Madame D dit : « *très tôt dans ma profession j'ai été en contact avec des personnes aphasiques ou ayant des troubles du langage [...] j'ai pu rencontrer différents*

types d'aphasie [...] c'est la pratique qui m'a vraiment formée ». Madame D indique ainsi que c'est grâce à son expérience qu'elle a pu trouver des solutions pour pallier ses manques de connaissances sur l'aphasie « *c'est l'expérience qui me permet d'affiner mes connaissances [...] prendre toutes les ressources disponibles pour gagner de l'expérience* ».

B – L'influence des valeurs institutionnelles sur les valeurs professionnelles, le travail d'équipe et avec les familles.

Après analyse des deux entretiens, les valeurs de l'institution dans laquelle travaillent les ergothérapeutes auraient une influence sur leurs valeurs professionnelles et leur modalité de prise en charge.

Deux points de vue sont mis en avant lors des entretiens :

Au sein du lieu de travail de Monsieur C, la prise en soins des patients est très cadrée, chaque rendez-vous avec l'ergothérapeute dure un temps précis et les séances sont définies à l'avance « *le cadre est très rigide et ne laisse pas tellement de place à la nouveauté* ». Monsieur C met aussi en cause son identité professionnelle « *je viens juste d'arriver, je manque encore d'expérience et je n'ose pas m'opposer aux valeurs de l'institution [...] je ne peux pas vraiment exprimer mes idées et envie et parfois cela m'embête, mais je respecte les indications de l'institution* ».

Madame D, au contraire, valorise l'approche du niveau institutionnelle dans laquelle elle travaille. Les valeurs de l'institution sont en accord avec ses valeurs professionnelles « *là où je travaille, c'est l'équipe de soins et moi qui gérons les temps de prise en charge de chaque patient [...] c'est un point positif concernant la qualité des prises en charges* ». Les valeurs de l'institution dans laquelle elle travaille lui permettent de travailler en collaboration avec l'ensemble de l'équipe de soins. Ensuite, Madame D indique que ce travail en équipe facilite le partenariat avec la famille et donc l'intervention auprès de la personne aphasique « *travailler avec l'équipe de soins améliore le partenariat avec la famille [...] je peux aborder mon intervention de façon holistique et centrée sur la personne* ».

1.5.4 Confrontation à la revue de littérature

Dans cette partie, il est question de confronter les données issues de la pratique, à celles issues de la revue de littérature. Les éléments de corrélation, d'opposition ou encore de

complémentation issue de l'enquête exploratoire seront relevés puis rapportés à ceux issus de la revue de littérature. Ainsi, cette partie permettra d'enrichir la problématisation pratique.

Les professionnels de la santé qui travaillent en SSR valorisent l'approche centrée sur la personne et indiquent qu'elle permet de respecter les désirs et besoins spécifiques de la personne atteinte d'aphasie (35). L'ensemble des ergothérapeutes interrogés parle plutôt de système et considère le patient comme l'élément central du système de soins. Ainsi, cette façon d'intervenir favorise la prise en compte des demandes et besoins spécifiques des patients atteints d'aphasie concernant leur parcours de soins.

Cependant, l'aphasie perturbe les soins habituels des patients (31). Cette information corrobore avec le fait que l'approche centrée sur la personne peut être comprise en théorie par les professionnels de la santé mais pas assez mise en œuvre en pratique (35). Il en est de même pour les ergothérapeutes interrogés et pour lesquels la personne atteinte d'aphasie est perçue comme l'élément central du système de soins.

Lors des entretiens, les ergothérapeutes interrogés ont attiré notre attention en indiquant que leur engagement influencé celui du patient et inversement. Selon eux, certaines formes d'aphasie et plus spécifiquement celles qui touchent le versant réceptif diminueraient l'engagement des patients dans leur prise en soins car ces derniers auraient plus de difficulté à comprendre l'intérêt de leur intervention. Dans le même cas de figure, les ergothérapeutes expriment que les familles du patient qui ne donnent pas de nouvelle et qui ne sont pas présentes auprès du patient, est aussi pour eux un facteur de désengagement. Cette notion d'engagement avait été relevé dans la revue de littérature en illustrant comment elle pouvait être dynamique et coconstruit, mais aussi comment elle pouvait être influencée par les actions de l'autre et l'interprétation de l'engagement de l'autre (34).

Le soutien ressort comme un besoin essentiel pour la personne atteinte d'aphasie (35). Il permet d'améliorer la participation et les décisions en matière de soins de santé du patient atteint d'aphasie (34). La notion de soutien dépend en grande partie de l'engagement des professionnels de la santé, de l'engagement de la famille de la personne atteinte d'aphasie et des valeurs institutionnelles (35). En pratique, l'engagement de la famille est aussi perçu comme un élément de soutien majeur pour la personne atteinte d'aphasie. Lors des entretiens, un ergothérapeute rajoute et insiste sur l'importance d'énoncer le terme « personne de confiance » car selon lui, un membre de la famille n'est pas forcément désigné par le patient comme la personne de confiance.

Auprès des personnes atteintes d'aphasie, un manque de confiance et de connaissance est perçu chez certains professionnels de la santé. Leur manque de formation à la communication contribue à ce manque de confiance (32). D'autre part, le temps consacré au patient atteint d'aphasie est insuffisant (35). Ces deux facteurs favorisent le désengagement des ergothérapeutes interrogés et ont un impact sur le temps et la qualité de la prise en soins du patient atteint d'aphasie. Les ergothérapeutes rajoutent à ces informations que l'aphasie est une pathologie complexe et peut être difficile à prendre en soins.

Enfin, les professionnels de la santé souhaiteraient aider les personnes aphasiques. Cependant, ils travaillent dans un environnement non optimal où la communication et les soins centrés sur le patient ne disposeraient pas de ressources adéquates (31). Ainsi, la culture organisationnelle de l'institution a des effets importants sur la mise en œuvre de l'approche centrée sur la personne. Les professionnels de la santé réclament un besoin d'éducation, de communication et de rétroaction continue, de reconnaissance de leur valeur professionnelle et d'une atmosphère organisationnelle générale qui favoriseraient les comportements centrés sur la personne (35). En pratique, les ergothérapeutes rapportent que la prise en soins des personnes atteintes d'aphasie prend du temps et que ce temps ne leur est pas systématiquement accordé par leur institution. Ainsi, ils limitent les conversations avec ces personnes et ne savent pas forcément comment les aider.

Dans une vision qui favorise le soutien et qui améliore la prise en compte des décisions de la personne atteinte d'aphasie concernant son parcours de soins, des études (32, 33, 36) privilégient la promotion des prises de décisions éclairées en collaboration interdisciplinaire afin de favoriser les soins centrés sur le patient dans le cadre de soins de santé. Les ergothérapeutes interrogés soulignent l'importance de la cohésion d'équipe et indiquent qu'elle leur permet en partie de pallier leur manque de connaissances générale vis-à-vis de l'aphasie. Ainsi, le travail en collaboration interdisciplinaire leur permet de gagner en confiance et de favoriser leurs engagements auprès du patient aphasique.

La participation de la famille de la personne atteinte d'aphasie aux soins et à la prise de décision encourage les professionnels de la santé à prendre plus de temps pour le patient. De plus, le partenariat entre les professionnels de la santé, les patients et leurs familles garantit que les décisions respectent les désirs, les besoins et les préférences des patients, mais aussi qu'ils reçoivent l'éducation et le soutien dont ils ont besoin pour prendre des décisions et participer à leurs propres soins (35). En pratique, les ergothérapeutes mettent en avant les bienfaits du partenariat entre l'équipe de soins et la famille du patient atteint d'aphasie, en

indiquant qu'il permet de se centrer davantage sur le patient, de prendre plus de temps pour écouter et comprendre leurs besoins.

1.5.5 Apports à la problématisation pratique

La confrontation des données issues de l'enquête exploratoire à celles issues de la revue de littératures permettent d'enrichir la problématisation pratique.

Tout d'abord, de la part des ergothérapeutes travaillant en SSR, l'approche centrée sur la personne pouvait être difficile à mettre œuvre auprès des patients qui étaient atteints d'aphasie. Ensuite, il était ressorti que les patients atteints d'aphasie ressentaient un manque de soutien et que cela leur empêchait d'être acteur de leur propre parcours de soins. Ce manque de soutien était en lien avec l'engagement de l'ergothérapeute et de la famille du patient, mais aussi en lien avec les valeurs institutionnelles du SSR. Bien qu'il ait été analysé que plusieurs facteurs impactant négativement cette notion de soutien, d'autres ont tendus à la favoriser. Parmi celles-ci se trouvait le travail en collaboration interdisciplinaire. Ce dernier améliorait l'engagement de l'ergothérapeute et donc celui du patient atteint d'aphasie dans son parcours de soins. De plus, le travail en collaboration favorisait la participation de la famille dans le parcours de soins du patient atteint d'aphasie.

Ainsi, cela nous amène à nous questionner de la place qu'ont les ergothérapeutes dans un SSR et surtout quelles influences à cette place sur leurs pratiques ? Leurs permet-elle de pratiquer selon une approche centrée sur la personne ? Leurs permet-elle de travailler en collaboration avec l'équipe de soins ? De plus, cette collaboration favorise-elle la participation de la famille aux prises en soins du patient atteint d'aphasie ?

D'autre part, nous avons vu que les valeurs institutionnelles du SSR pouvaient limiter la collaboration entre les différents professionnels de la santé. Ainsi, si les valeurs du SSR limitent les ergothérapeutes à travailler en collaboration avec l'ensemble de l'équipe de soins, est-ce que le fait de travailler seul a une influence sur la participation de la famille au parcours de soins ? Les ergothérapeutes se sentiraient-ils en mesure d'agir seul sur la participation de la famille du patient au parcours de soins de ce dernier ?

1.6 Question initiale de recherche

En quoi la collaboration de l'ergothérapeute avec l'équipe de soins dans un SSR influence-elle l'implication de la famille et de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie ?

1.7 Cadre de référence

Le cadre théorique de notre recherche se placera dans les champs théoriques de la sociologie et de la psychologie sociale car nous allons principalement étudier les relations et interactions entre des personnes ou groupes de personnes. La sociologie désigne « la science qui étudie l'homme dans son rapport avec les autres. Son objectif est notamment de comprendre et expliquer l'impact de la dimension sociale sur les individus, leurs comportements » (43). La psychologie sociale est quant à elle « l'étude des interactions entre l'individu et les groupes auxquels il appartient » (44).

En effet, d'après les données issues de l'enquête exploratoire et de leurs confrontations avec celles issues de la revue de littérature, nous avons pu constater que les ergothérapeutes avaient des difficultés pour interagir avec les patients atteints d'aphasie. Cependant, nous avons aussi pu voir que le travail en collaboration de l'ergothérapeute avec l'ensemble de l'équipe de soins favorisé la participation du patient atteint d'aphasie dans son parcours de soins. D'autre part, les données analysées ont mis en évidence que la participation de la famille du patient au parcours de soins de ce dernier permettait de prendre plus de temps pour le patient, notamment pour le laisser s'exprimer, pour le comprendre et donc centrer l'intervention en fonction de ses demandes et besoins. Lors des entretiens les ergothérapeutes ont mis en évidence l'importance de travailler avec la famille du patient. Cependant, ils ont mis en avant l'importance de parler de personne de confiance.

A partir de ces informations, nous avons alors émis l'hypothèse que le travail en collaboration de l'ergothérapeute avec l'ensemble de l'équipe de soins du SSR influençait la participation de la famille et donc du patient atteint d'aphasie dans le parcours de soins en ergothérapie.

Il semble alors important d'approfondir les notions d'engagement, de collaboration et d'approche systémique. Avoir plus d'information sur ces notions nous permettra de mieux comprendre le travail qu'effectuent les ergothérapeutes avec l'équipe de soins auprès de la famille du patient atteint d'aphasie et donc auprès du patient lui-même. Ces éléments

théorico-conceptuels nous permettront de mieux comprendre les interactions entre chaque individu et chaque groupe d'individu et donc d'éclaircir ce qui pourrait favoriser l'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie.

Pour simplifier la lecture des concepts que nous allons développer, une matrice conceptuelle est présente en annexe (Cf Annexe 4 p68).

1.8 L'approche systémique

Le développement de cette approche permettra de mieux comprendre le lien qu'il y a entre l'ergothérapeute, l'équipe de soin, le patient atteint d'aphasie et sa famille. L'approche systémique considère que l'individu est en interaction et en interdépendance constante avec ses différents environnements, ses différents systèmes dans lesquels il vit et auxquels il appartient. D'après cette approche, l'individu ne peut pas être abordé isolément. L'objectif de l'approche systémique est de mieux comprendre les interactions entre les différents acteurs du système afin de repérer puis d'intervenir sur les failles du système (45).

Au cours du XIXème siècle et du XXème siècles, la découverte de la complexité du monde telle que la biologie et les sociétés humaines tend au développement de l'approche systémique. A l'opposé de l'approche analytique, l'approche systémique permet de mieux comprendre la complexité du réel et permet d'étudier « ce qui est trop complexe pour pouvoir être abordé de façon réductionniste. » (46).

A partir de cette nouvelle façon de penser, est apparu le modèle systémique en partie induit par la théorie de complexité d'Edgard Morin. Selon lui, la théorie de complexité est essentielle puisque « la connaissance ne doit pas être amoindrie, cloisonnée, elle se doit d'être appréhendée dans tout ce qu'il y a de singulier tout en prenant compte de l'ensemble de ce qui le compose, univers intérieur et extérieur de l'être humain. » (47).

La complexité « renvoie à toutes les difficultés de compréhension (flou, incertain, imprévisible, ambiguë, aléatoire) posées par l'appréhension d'une réalité complexe et qui se traduisent en fait pour l'observateur par un manque d'information (accessible ou non). » (46). La globalité est une propriété du système complexe et Edgar Morin met en avant l'idée que « penser global, ce n'est pas penser tout, c'est juste tenter de penser en même temps des éléments hétérogènes et contradictoires pour les articuler dans leur complémentarité et leurs différences [...] le tout est plus que la somme des parties, et chaque partie est plus que le tout qui la contient. » (48). Ainsi, l'approche systémique s'intéresse à l'interaction entre

plusieurs éléments, considère les effets de ces interactions et s'appuie sur la perception globale (47).

L'approche systémique repose sur trois principes : le principe dialogique, le principe de récursion et le principe hologrammatique. Le principe dialogique est « l'union de notions antagonistes qui crée la complexité du vivant. » (45) (p.45). Le principe de récursion est un « mécanisme dans lequel les effets et les produits se gèrent eux-mêmes » (45) (p.45). Le principe hologrammatique est le fait que « la totalité se reflète dans chacun des éléments » (45) (p.45).

Un système est « un ensemble d'unité en interaction : c'est une totalité qui est organisée » (45) (p.42). Pour s'organiser, chaque système est soumis à l'homéostasie. Cette notion est reprise dans la théorie des systèmes d'Edgar Morin en lien avec l'ouverture et la fermeture du système. Dans sa pensée complexe, Edgar Morin place le système dans un mouvement à la fois de divergence et de convergence. Ainsi, le système est dynamique puisqu'il est soumis à des forces contraires qui tendent à conserver un équilibre (47).

D'après l'école de Palo Alto (45) (p.43), l'intérêt de l'approche systémique en ergothérapie est de se focaliser plus particulièrement sur le rapport entre l'homme, l'activité et son environnement. Ainsi, cette approche permet de mieux prendre en compte la complexité de la situation, de repérer les failles du système et mieux intervenir sur le dysfonctionnement afin de fonder le processus thérapeutique.

En ergothérapie, le modèle systémique étudie le fonctionnement de l'homme dans différents systèmes, le système familial est primordial et se place au centre de ce modèle. L'école de Palo Alto indique que la famille est un système ouvert, c'est-à-dire que « chaque individu est lui-même un sous-système, élément du système familial » (45) (p.43). Chaque famille n'aura donc pas la même vision concernant le processus thérapeutique, le système de soin. Enfin, le modèle systémique demande de reconnaître la compétence de tous les acteurs du système. L'application de ce modèle permet une meilleure organisation des soins et un meilleur accompagnement des patients et de leur famille concernant l'intégration de la situation d'handicap dans une trajectoire de vie.

Notre recherche se focalise sur les interactions entre la personne atteinte d'aphasie, le système institutionnel dans lequel se trouve l'ergothérapeute et l'ensemble des professionnels, et le système familial. Ainsi, comme énoncé dans le développement conceptuel, l'implication du patient dans son parcours de soins en ergothérapie ne serait-

elle pas influencée par les interactions entre les acteurs de leur environnement ? Plus particulièrement, les interactions entre les différents acteurs du système institutionnel favoriseraient-elles l'implication du patient ? De plus, ces interactions auraient-elles une influence sur celles avec système familial ? En d'autres mots, est-ce que l'interaction entre le système familial et le système institutionnel serait la même si le système institutionnel serait représenté seulement par l'ergothérapeute et non par l'ensemble de l'équipe ?

1.9 L'engagement de la famille du patient et du patient lui-même

Avant de parler d'engagement, nous allons parler de la notion de famille. D'un point de vue du Code Civil, la famille représente un ensemble de personnes structurées par le lien direct de filiation et le lien d'union entre deux adultes. La famille regroupe aussi d'autres personnes selon des degrés de parentés plus ou moins proches. Cette notion de famille peut même s'étendre à celle des proches que l'on pourrait définir comme « toute personne portant de l'attention à la personne pouvant être accompagnée par un service ou un établissement social ou médico-social. » (49) (p.19).

Le 28 décembre 2015, le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (50) indique dans l'article 311-5-1 que pour toute personne majeure accueillie dans un établissement, service social ou médicosocial, a la possibilité de recourir à une personne de confiance.

Le Code de la Santé Publique (CSP) précise ce qu'est une personne de confiance en indiquant dans l'article 1111-6 que « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. » (51).

Le développement de cette notion nous permet de nous interroger sur la façon d'utiliser le mot « famille » pour la suite de notre recherche. D'autre part, nous pouvons nous demander qui est désignée comme la personne de confiance par le patient atteint d'aphasie ? Le plus souvent, est-ce un membre de sa famille, un proche ou un médecin ?

L'idée de renforcer l'engagement du patient et de sa famille ou plus généralement de la personne de confiance, provient de l'évolution du système de soins de santé. L'allongement de la durée de vie ou encore l'augmentation des maladies chroniques, demande aux

professionnels de se questionner sur la place du patient dans leur parcours de soins. Depuis quelques années les approches de santé paternalistes ont progressivement cédé leur place à l'approche centrée sur le patient favorisant ainsi l'implication et la participation active de ce dernier dans son parcours de soins (52).

Plusieurs travaux indiquent que l'engagement du patient permet de faciliter sa participation dans son propre parcours de soins et plus généralement, d'améliorer la qualité de santé des populations. Le personnel soignant se montre plus à l'écoute et compréhensif vis-à-vis du patient ce qui augmente l'engagement de ces derniers et améliore leur propre expérience de soins (53).

La considération de la personne en situation de handicap comme membre à part entière de l'équipe de soins provient d'un nouveau paradigme, celui du « partenariat patient ». Ce paradigme est en grande partie issu de la perspective du partenariat de soins et de services du Montréal Model qui s'appuie sur les savoirs expérientiels des patients, définis comme les « savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches. » (54).

Ce Modèle indique que le patient peut être accompagné d'un proche pour être plus à même d'exprimer ses choix. Ce proche est appelé pair-aidant. Ils ont la particularité d'avoir traversé les mêmes parcours thérapeutiques et peuvent aider individuellement le patient à passer au travers de ses épreuves. Ils peuvent ainsi témoigner de leur expérience mais aussi d'assurer que les plans de traitement qui leurs sont proposés soient bien compris par le patient et surtout, qu'ils répondent à leurs besoins.

Selon le Montréal Model (54), l'engagement du patient et de sa famille dans le parcours de soins dépend de plusieurs fondements théoriques (Cf Annexe 5 p74).

- **Le continuum de l'engagement et les différents niveaux de participation**

Le continuum de l'engagement des patients et de leur famille réfère aux interactions entres eux et les professionnels de santé. Ces interactions peuvent se faire simplement entre le patient, la famille et un professionnel mais aussi au sein d'une équipe de professionnel de santé. Quel que soit le cadre d'activité, les interactions peuvent aller du simple échange d'informations jusqu'au partenariat, en passant par la consultation et la collaboration (54).

En évoquant la participation des patients et des familles, l'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (Anesm) définit plusieurs niveaux de participation qui traduisent une implication croissante (49).

Premièrement, *l'expression et la communication* se référant au simple partage d'information entre le patient, la famille et le professionnel ou l'ensemble de l'équipe de soins. Ce premier niveau de participation traduit « l'affirmation de soi par la prise de parole sans préjuger de la portée de cette action sur son environnement » (49) (p.49).

Deuxièmement, *la consultation* qui vise à « susciter des discussions à travers la participation des personnes au processus, donc d'obtenir de leur part des éléments avant d'effectuer des choix, la décision prise n'étant toutefois pas obligatoirement liée aux points de vue émis » (49) (p.49).

Troisièmement, *la concertation* se référant à la *collaboration* et qui permet « d'associer les personnes participant dans la recherche de solutions communes » (49) (p.49).

Enfin, *la co-décision* se référant au *partenariat* et qui amène au « partage de la décision entre les intervenants. Elle implique la négociation pour parvenir à un accord, à une résolution commune » (49) (p.49).

Dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles portant sur « les attentes de la personne et le projet personnalisé », l'Anesm (49) indique la notion de co-construction ou de partenariat comme le mode de participation le plus impliquant et amenant à une meilleure adaptation et compréhension du projet du patient. La co-construction entre, d'une part les professionnels et, d'une autre part des patients et de leurs familles, implique une collaboration forte en termes de partage d'information, d'évaluation conjointe de la situation, de la co-construction des objectifs de travail, ainsi que d'un suivi régulier et d'évaluation conjointe des actions mises en place. Les principes liés à cette dynamique de co-construction sont : « l'équilibre des places, l'accès à une vision partagée et à des compromis entre chaque acteur du parcours de soins. » (49) (p.50-51).

Toujours en lien avec l'engagement, la participation des patients et des familles peut se faire à divers niveaux du système de soins de santé : au niveau des soins direct, au niveau organisationnel, au niveau des politiques de santé, au niveau de l'enseignement ou au niveau de la recherche. Au niveau des soins direct, le patient et la famille reçoivent des informations concernant le diagnostic et le traitement du patient. Dans le cas d'un partenariat, l'accompagnement et la communication avec les professionnels à propos du diagnostic et du

traitement leurs permettent d'auto-gérer la santé du patient. Au niveau organisationnel, le patient et la famille peuvent servir de sources d'informations permettant de rendre le parcours de soins des patients plus harmonieux. Dans le cas d'un partenariat, le patient coconstruit avec les professionnels de santé les décisions concernant les étapes de conduite du projet. Les patients peuvent ainsi, en lien avec leurs expériences, faire valoir leurs points de vue concernant l'organisation de l'établissement. Il en va de même concernant l'élaboration des politiques de santé, l'enseignement ou encore la recherche (54).

- **Les facteurs qui influencent l'engagement**

L'engagement du patient et de sa famille ne va pas souvent de soi. A divers niveaux du système de santé et à différents moments du continuum de soins, plusieurs facteurs viennent perturber cet engagement :

- Les facteurs liés aux caractéristiques du patient : les valeurs, connaissances, attitudes, croyances et expériences du patient peuvent avoir une influence sur son degré d'engagement, tout comme son statut social, son éducation, son état de santé et sa confiance en soi (54).
- Les facteurs liés aux caractéristiques des familles : la méconnaissance du secteur du handicap, la situation de collaboration sous contrainte, le handicap du membre de la famille peut être une situation de souffrance et de disqualification pour les parents, un manque de disponibilité et le regard social sur le handicap (49).
- Les facteurs liés aux caractéristiques du professionnel de la santé : leur engagement peut être impacté si les valeurs de l'institution sont contre leurs valeurs professionnelles. Cet engagement peut aussi être perturbé en fonction de leur pratique professionnelle ou encore, leur envie de collaborer, de partager leurs connaissances avec l'ensemble de l'équipe professionnelle (54).
- Les facteurs liés aux caractéristiques de l'institution : l'engagement du patient, de sa famille ou encore des professionnels de la santé peuvent être en lien avec la culture, la politique, les pratiques de soins, les normes sociales de l'institution. Ces caractéristiques peuvent être plus ou moins ouvertes et réceptives aux points de vue et valeurs de chacun et ainsi influencer leur degré d'engagement (54).

Comme nous l'avons identifié dans l'enquête exploratoire, plusieurs facteurs, que ce soit personnel ou organisationnel, peuvent venir influencer cette notion d'engagement. Les

systèmes institutionnels sont dictés par des valeurs organisationnelles. De ce fait, les valeurs organisationnelles peuvent influencer l'engagement des acteurs du système institutionnel, du système familial et du patient, puisqu'ils interagissent les uns avec les autres. Le développement conceptuel met en avant cette idée en indiquant que l'organisation du système de soin influencerait les interactions entre les différents acteurs du système institutionnelle. Cependant, nous avons pu voir que le système familial et le patient interagissaient aussi avec les acteurs du système institutionnel. En effet, le continuum de l'engagement des patients et de leur famille réfère aux interactions entre eux et les professionnels de la santé. Ces interactions peuvent se faire simplement entre le patient, la famille et un professionnel, mais aussi au sein d'une équipe de professionnel de la santé. Ainsi, nous pouvons nous demander quelles influences à l'organisation institutionnelle d'un SSR sur les interactions entre les acteurs du système de soins ? Plus précisément, l'organisation institutionnelle permet-elle aux ergothérapeutes d'interagir avec l'ensemble de l'équipe de soins et de quelle manière ? Enfin, est-ce que l'organisation institutionnelle a une influence sur les interactions entre le système institutionnel, le système familial et le patient ? Quel est l'impact sur l'engagement du système familial et du patient lorsque le système institutionnel est représenté seulement par l'ergothérapeute ?

1.10 Le type de collaboration professionnels

Le travail en groupe au sein d'une équipe de soins a donné une quantité importante de préfixes (pluri-, multi-, inter- ...) liés à différents objets (disciplines, profession, secteur ...). Les désignations des termes *discipline* et *profession* sont employés de façon interchangeable. Cependant, il existe une distinction importante entre les deux. Le fait que nous passions sans difficultés d'une appellation à une autre provient du fait que le terme « profession » est imbriquée dans le terme *discipline* (55).

Comme l'indique en 1989 l'historien des sciences Gusdorf (56), étymologiquement le mot *discipline* évoque un enseignement reçu par le disciple qui concède au maître une autorité en raison de sa supériorité de son savoir. Ainsi, c'est cette reconnaissance de l'autorité qui donne « le caractère rigide à l'idée de discipline » (56).

Le concept de *discipline* renvoie à une « catégorie organisationnelle au sein de la connaissance scientifique » (57). Ainsi, la discipline institue la division et la spécialisation du travail pour répondre à la diversité des domaines qui nous entourent, « une discipline tend

naturellement à l'autonomie par la délimitation de ses frontières, le langage qu'elle se constitue, les techniques qu'elle est amenée à élaborer ou à utiliser et éventuellement par les théories qui lui sont propre. » (57).

En 1982, Mintzberg (58) indique que le cloisonnement des disciplines est le propre des disciplines médicales, qui se sont individualisées, segmentées, mais aussi hyperspécialisées. Cette notion d'*hyperspécialisation* est reprise par E. Morin « la frontière disciplinaire, son langage et ses concepts propres vont isoler la discipline par rapport aux autres et aux problèmes qui chevauchent les disciplines [...] l'esprit hyperdisciplinaire va devenir un esprit de propriétaire qui interdit toute incursion étrangère dans sa parcelle de savoir. » (57).

Dans l'évolution des pratiques de soins, la notion d'interdisciplinarité a changé. Vers le milieu du XIX^{ème} siècle, le soin était orienté vers la santé publique, c'est à dire aussi bien à la personne malade qu'à l'individu en bonne santé et à son environnement. A la fin du XIX^{ème} siècle, l'avancée technologique permet des diagnostics médicaux plus efficaces et rapides. Les soins s'orientent alors vers la maladie. La personne prise en soins n'est plus présentée comme actrice de son intervention. Enfin, au XX^{ème} siècle, la personne et la maladie sont présentées comme deux entités distinctes l'une de l'autre. Depuis, les soins tendent à s'orienter vers la personne. De ce fait, de nouvelles disciplines émergent comme l'ergothérapie mais rend complexe leur reconnaissance. Le soin devient donc un acte complexe. Travailler ensemble est alors perçu comme essentiel aujourd'hui pour respecter les compétences de chacun (59).

De façon simplifiée, « la discipline est un ensemble de règles, de normes et de pratique professionnelles, de recherche et d'enseignement reconnues socialement comme constituant un corps organisé » (55) (p.20). Sociologiquement parlant, la discipline est « un corps social organisé d'acteurs cherchant à s'approprier un territoire en énonçant les règles constructives de son occupation » (55) (p.21).

Aujourd'hui, le terme profession est majoritairement utilisé car le professionnel est plus spécifique que le disciplinaire. En effet, le projet du professionnel « ne consiste pas à constituer un ordre sur toutes les dimensions d'un domaine en même temps [...] mais plutôt à incarner concrètement l'ordre disciplinaire dans une de ses régions spécifiques » (55) (p.21).

Le terme « professionnel » est accolé à plusieurs préfixes qui définissent le type de rapport qu'entretiennent les professionnels entre eux.

La pluriprofessionnalité : elle consiste à « faire concourir à un même objectif plusieurs professionnels de professions différentes. Elle utilise la complémentarité des savoirs et des compétences pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés » (60).

Concernant ce type de rapport, chaque professionnel va apporter ses compétences pour améliorer la qualité de vie du patient. Cependant, chaque professionnel conserve ses concepts et méthodes spécifiques, il n'y a pas échange des savoirs et méthodes. Il s'agit d'une approche parallèle qui tend à un but commun par addition des contributions spécifiques. Le risque de ce type de rapport est le manque d'échange entre professionnels qui pourrait faire apparaître un manque de cohérence dans le projet de soins et entraîner chez le patient un manque d'adhésion aux soins (59).

La transprofessionnalité : ce type de rapport est apparu seulement qu'au début des années 1990 et les recherches à ce sujet sont encore peu abondantes aujourd'hui. Le préfixe « trans » a plusieurs sens. Premièrement, « il indique le caractère transversal à plusieurs disciplines d'une idée, d'un concept, d'une posture ou d'une préoccupation » (55) (p.29), ensuite ce préfixe exprime « la capacité qu'ont certains objets à appeler un important dépassement des approches disciplinaires traditionnelles » (55) (p.29), enfin il « renvoie l'idée d'un rapport hybride fort, en fait radical, en proposant la rencontre de discipline à première (et à seconde) vue totalement étrangères les unes aux autres » (55) (p.29). Dans le domaine de la santé, les problèmes rencontrés se situent dans l'espace transdisciplinaire, c'est-à-dire au-delà des limites de toutes disciplines (59). Ainsi, la transprofessionnalité « favorise le partage, l'appropriation et l'intégration de savoirs issus de sources variées. Elle permet le maintien de l'intégrité des différentes disciplines tout en encourageant une plus grande perméabilité des frontières disciplinaires » (59) (p.32). Cependant, cette approche demande une certaine flexibilité des rôles au sein d'une équipe et demande de maximiser la communication, l'interaction et la coopération entre eux (59).

L'interprofessionnalité : le préfixe « inter » indique l'idée de cotransformation d'une discipline et d'une autre lorsque le contact entre elles est soutenu. L'objectif de l'interprofessionnalité est de modifier ce qu'il y a de disciplinarisé en considérant l'interdépendance des objets de connaissances, d'interventions ou d'enseignements dans une situation donnée (55). Dans une démarche collaborative interprofessionnelle, il y a échange des connaissances, d'analyses et de méthodes entre plusieurs disciplines. Ce type de rapport permet de recentrer un projet de soin défini autour d'un coordinateur (59).

Ces différents types de rapport mettent en avant l'importance de l'échange des connaissances, des méthodes et des valeurs entre les disciplines pour éviter l'esprit d'hyperdisciplinarité (57).

Cette idée est reprise par Guy Le Boterf qui indique :

« Les performances [...] de toutes les organisations [...] ne dépendent pas de l'addition ou de la juxtaposition des compétences individuelles mais de la coopération entre des professionnels compétents. Leurs gains en efficacité, efficience, qualité, réactivité, sécurité va dépendre de plus en plus de la qualité des interfaces entre ces professionnels ou entre les diverses unités de travail » (61).

Que ce soit lors de la revue de littérature, dans l'enquête exploratoire ou précédemment dans le développement des concepts, nous avons vu que l'ensemble des acteurs du système institutionnel interagissaient entre eux. Plusieurs types de collaborations entre les professionnels ont été mise en avant. Parmi elles, le type de collaboration interprofessionnel et transprofessionnel été ceux qui favorisaient le plus les échanges entre les professionnels. Le type de collaboration pluriprofessionnelle été, au contraire, ceci qui favorisait le moins ces échanges. Ainsi, nous pouvons nous demander lequel de ces types de collaboration est le plus fréquemment rencontré entre les différents acteurs du système institutionnel d'un SSR ? Enfin, nous pouvons nous interroger sur l'influence qu'a le type de collaboration sur l'interaction entre les acteurs du système institutionnel et ceux du système familial ?

1.11 La question de recherche et l'objet de recherche

- **Question de recherche :**

En quoi le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les autres professionnels de santé d'un SSR influence-t-il l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie ?

- **Objet de recherche :**

Etudier l'influence qu'a le type de collaboration entre l'ergothérapeute et les autres professionnels de santé d'un SSR sur l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie.

2 Méthodes et matériel

2.1 Choix de la méthode de recherche : méthode de recherche différentielle

Au regard de l'objet de notre recherche, l'étude se portera vers une méthode de recherche différentielle car elle tend à être corrélative et descriptive (62). Notre étude de recherche cherche à vérifier l'influence d'une variable sur une autre et donc, de vérifier s'il y a un lien de corrélation entre elles. De plus, elle vise à découvrir les variations des comportements plutôt qu'à rechercher leurs causes. Selon une logique de catégorisation, la méthode différentielle permet, à partir des recherches de corrélations entre plusieurs variables ou facteurs individuels, de repérer des catégories de fonctionnement chez les sujets (63).

Pour débiter la recherche, une hypothèse générale doit être élaborée par rapport à notre question de recherche. Cette hypothèse générale servira de « ligne directrice générale qui prévoit une relation de type abstrait entre deux classes de faits. C'est une représentation abstraite explicative et/ou prédictive de l'existence d'une relation non encore établie entre deux faits ou deux ensembles de faits » (64). Ainsi, pour élaborer notre hypothèse générale, nous devons repérer ces deux faits, autrement dit les deux variables de notre question de recherche.

2.1.1 Identification des variables indépendantes et dépendantes

Il existe deux types de variables : les variables indépendantes, désignées pour analyser leur effet sur les variables dépendantes. Ces dernières sont désignées comme une « catégorie de faits se référant au comportement des sujets » (64). Ainsi, la variable indépendante (VI) est : le type de collaboration établi entre l'ergothérapeute et les autres professionnels de santé du SSR. La variable dépendante (VD) est quant à elle : l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie.

2.1.2 Catégorisation des variables

Les deux variables peuvent s'exprimer de plusieurs façons en fonction des modalités qu'elles présentent. Ce changement de modalité provient du type des variables.

Concernant les variables de notre étude, la variable indépendante est une variable inter-groupale car le type de collaboration s'effectue au sein d'un groupe de professionnel de santé. De plus, la variable indépendante se réfère aussi à un contexte, propre à chaque

ergothérapeute, tel que le contexte institutionnel du SSR. La variable dépendante est quant à elle une variable intra-groupale car l'engagement du système familial se réfère aux ressentis de chaque ergothérapeute (63).

A l'aide de la matrice théorique et conceptuelle (Cf Annexe 4 p.68), différentes modalités issues des variables de notre recherche ont pu être discernées. La variable indépendante peut se présenter sous trois formes : la collaboration interprofessionnelle, transprofessionnelle et pluriprofessionnelle. La variable dépendante peut quant à elle se présenter de quatre manières : l'information, la consultation, la collaboration, et le partenariat.

2.1.3 Construction des hypothèses

Nous pourrions formuler notre hypothèse générale. Cependant, pour qu'elle puisse être vérifiée, il faut la formuler en deux hypothèses statistiques : hypothèse alternative (HA) et hypothèse nulle (H0). L'hypothèse statistique est appelée hypothèse nulle si les variations observées entre les mesures sont dues au hasard. L'hypothèse statistique est appelée hypothèse alternative si les variations des mesures témoignent de l'influence des variations de l'environnement mises en jeu dans le cadre de l'étude (64).

Notre hypothèse générale est donc formulée de la façon suivante :

Hypothèse alternative 1 (H1) : le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR (VI) a une influence sur l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie (VD).

Hypothèse générale nulle (H0) : le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR n'a pas d'influence sur l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie.

Ces hypothèses statistiques doivent être opérationnalisées, c'est-à-dire traduites dans un cadre concret afin qu'elles soient vérifiables. Une hypothèse opérationnalisée est appelée hypothèse de recherche (64).

Hypothèse de recherche 1 (HR1) : au plus le type de collaboration facilite les échanges entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR, au plus l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie est élevé.

Hypothèse de recherche 2 (HR2) : au plus l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR échangent entre eux selon un type de collaboration interprofessionnelle ou

transprofessionnelle, au plus l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie s'inscrit dans une collaboration ou un partenariat.

2.2 Choix de l'outil de recueil de données : le questionnaire

La méthode différentielle est une méthode descriptive demandant d'avoir beaucoup de données (62). Ainsi, l'utilisation du questionnaire comme outil de recueil de données s'avère être le plus adapté à cette méthode. Le questionnaire permettra de recueillir beaucoup de données en peu de temps. De plus, c'est un outil plus pratique et moins contraignant pour les personnes ciblées car il peut être complété en fonction de leur disponibilité.

Les objectifs de ce questionnaire sont :

- De recueillir le type de collaboration que chaque ergothérapeute établit avec les professionnels de santé du SSR.
- De recueillir le ressenti de chaque ergothérapeute concernant l'engagement du système familial de la personne atteinte d'aphasie dans le parcours de soins en ergothérapie de cette dernière.
- De confirmer ou pas nos hypothèses de recherches.

2.2.1 Choix de la population

Cette sous-partie fait référence aux critères d'inclusions et d'exclusion de la recherche.

Le questionnaire de recherche est dédié à tous les ergothérapeutes diplômés d'état exerçant en SSR et travaillant dans une équipe constituée de différents professionnels de santé. Ensuite, les ergothérapeutes interrogés doivent accompagner ou avoir déjà accompagné une personne atteinte d'aphasie dans leur parcours de soins en ergothérapie. Enfin, les ergothérapeutes doivent avoir déjà été confrontés à l'engagement du système familial ou plus généralement à la personne de confiance du patient atteint d'aphasie, dans le parcours de soins en ergothérapie de ce dernier.

Dans la revue de littérature et l'enquête exploratoire, la source et la forme de l'aphasie étaient énoncées comme des éléments non négligeables pour les ergothérapeutes concernant le suivi du parcours de soins en ergothérapie du patient. Néanmoins, il est volontairement décidé que ces éléments ne soient pas spécifiés auprès des ergothérapeutes interrogés. D'autant plus que

ces éléments ne font pas partie directement de l'objet de recherche et auraient potentiellement pu restreindre le nombre de réponse au questionnaire. Cette recherche prend donc en compte toutes les sources et formes d'aphasies

2.2.2 Méthode d'échantillonnage

Notre population cible sont les ergothérapeutes exerçant en SSR et répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de notre recherche. En 2015, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (65) a réalisé une enquête nationale sur la démographie et les activités des ergothérapeutes français. Sur les 3 759 ergothérapeutes qui avaient répondu à cette enquête, 3 605 étaient en activité à ce moment-là. Parmi les 3 605 ergothérapeutes, 1 042 exerçaient en SSR, soit 26, 47 % de la population (65) (p.29).

Aucune enquête de ce type n'a été réalisée plus récemment. Néanmoins, cette étude nous permet de mettre en avant qu'en France, le SSR est un domaine d'activité dans lequel exercent beaucoup d'ergothérapeutes. Ainsi, cela nous indique qu'il faudrait un temps plutôt conséquent pour aller chercher, sur le terrain des pratiques, les éléments de notre recherche.

Cette limite de temps et donc d'information, nous demande alors de tendre vers un échantillonnage non-probabiliste.

L'échantillonnage est non-probabiliste, la sélection de l'échantillon n'est donc pas aléatoire. La méthode d'échantillonnage non-aléatoire utilisée est l'échantillonnage par réseau, aussi appelée *méthode boule de neige*. Cette méthode consiste à diffuser le questionnaire aux personnes ayant les caractéristiques que nous recherchions, puis de leur demander de le diffuser à d'autres personnes de même profil (66).

Notre questionnaire est donc diffusé par mail et sur différents groupes de réseaux sociaux en lien avec l'ergothérapie. Dans la présentation du questionnaire de recherche (Cf annexe 7 p89), il est indiqué aux ergothérapeutes répondant au questionnaire le message suivant : « *n'hésitez pas à le partager à d'autre ergothérapeutes susceptibles d'y répondre* ». Le but étant que seulement les ergothérapeutes correspondants aux critères d'inclusions et d'exclusions de notre recherche répondent au questionnaire.

2.2.3 Elaboration de l'outil de recherche : la matrice de questionnement

La présentation du questionnaire permet de s'assurer que la participation des ergothérapeutes soit claire et volontaire. Ensuite, le questionnaire est réalisé en trois parties (Cf Annexe 8

p90). La première a pour objectif de repérer le type de collaboration qu'a l'ergothérapeute avec les professionnels de santé du SSR. La seconde a pour objectif de repérer si le système familial s'engage dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie. La dernière partie a pour buts de recueillir les données contextuelles sur les répondants mais aussi de vérifier si ces derniers correspondent aux critères d'inclusions et d'exclusions de la recherche.

2.2.4 Anticipation des biais et stratégies pour les contrôler

Lors d'un recueil d'information dans le cadre professionnel des biais peuvent apparaître (67). Dans cette partie, nous allons donc identifier les différents types de biais et proposer des stratégies pour les contrôler.

Premièrement, les biais méthodologiques liées aux « erreurs de méthodes utilisées en matière de recueil d'information » (67), peuvent être présentes si les questions formulées ne sont pas claires. Pour atténuer ce biais, le questionnaire est construit pendant plusieurs semaines afin que les questions soient formulées simplement et clairement, d'autant plus lorsque le type de question est fermé. Le questionnaire est testé par deux ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion de la recherche afin de vérifier sa clarté et sa pertinence vis-à-vis de l'objet de recherche. Les biais méthodologiques et les biais de confirmations sont aussi en grande partie limités grâce à l'élaboration de la matrice de questionnement (Cf Annexe 6 p75).

D'autre part, les comportements consistant à se montrer sous une facette positive lorsqu'on est interrogé est un biais de désirabilité sociale (67). Pour limiter ce biais, les réponses au questionnaire seront anonymisées. Une attention sera portée à ce que les questions soient formulées de manière neutre. Enfin, le nombre important de réponse attendu à la suite d'un questionnaire permettra de recueillir des points de vue variés et donc d'atténuer ce biais. Pour que le nombre de réponse au questionnaire soit important, il faudra faire particulièrement attention aux biais cognitifs favorisant la baisse de motivation de la personne. Pour atténuer ce biais, le temps de passation du questionnaire sera limité à 15 minutes maximum. Le fait de tester le questionnaire en amont permettra de vérifier si le temps de passation ne dépasse pas ces 15 minutes. De plus, si nécessaire, le questionnaire sera relancé aux personnes concernées. Pour finir, les biais de catégorisation et de subjectivité seront atténués par la possibilité de répondre par « autre », si les propositions indiquées ne correspondent pas aux ergothérapeutes interrogés. L'ajout de cette modalité de

réponse permettra aux ergothérapeutes d'indiquer ce dont nous n'avions pas anticipé avant de réaliser le questionnaire.

2.2.5 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Pour analyser et traiter les données issues de notre questionnaire, nous allons dans un premier temps, utiliser les statistiques descriptives afin d'analyser, de décrire et de synthétiser toutes les réponses obtenues au questionnaire. L'analyse descriptive permettra d'organiser une banque de données issues des informations fournis par les membres de notre échantillon (68). Le logiciel Excel® sera utilisé pour organiser les informations sous forme de graphiques ou de tableaux.

Ensuite, pour traiter les données issues de l'analyse descriptive, nous effectuerons des analyses statistiques. Pour se faire, à l'aide des travaux du statisticien Haccoun (68), il sera utilisé deux outils d'analyse inférentielle : le premier outil sera le coefficient de corrélation de Spearman (ρ) permettant de vérifier les liens corrélation entre des variables ordinales, c'est-à-dire entre variable pouvant être classée dans une catégorie particulière. Le second outil sera le test du chi deux (χ^2). Il permettra quant à lui de tester les liens de corrélation entre deux variables nominales, c'est-à-dire entre deux variables ne suivant pas un ordre naturel. Ainsi, ce test permettra de confirmer ou pas les hypothèses nulles. L'objectif d'utiliser ces analyses inférentielles est d'affirmer ou pas les hypothèses.

3 Résultats

Tout au long de cette partie les résultats obtenus à partir du questionnaire seront analysés selon les deux méthodes présentées en amont. Les résultats de nos hypothèses seront ensuite présentés synthétiquement.

3.1 Analyse descriptive du questionnaire

Après avoir partagé le questionnaire par mail et via les réseaux sociaux, 33 ergothérapeutes diplômés d'état correspondant aux critères d'inclusions et d'exclusions de la recherche ont répondu au questionnaire.

Les questions 1 à 9 du questionnaire permettent d'étudier le type de collaboration qu'établi l'ergothérapeute avec l'équipe de santé du SSR. Les questions 10 à 16 permettent d'étudier

la manière dont est engagé le système familial dans le parcours de soins de la personne atteinte d'aphasie. Après avoir recueilli les données brutes de l'ensemble des questions 1 à 16 du questionnaire (Cf Annexe 10 p106), ont pu être dressé plusieurs histogrammes indiquant la tendance que chaque ergothérapeute de l'échantillon avait vis-à-vis des modalités des deux variables issues des hypothèses (Cf Annexe 11 p117). A partir de ces derniers, il peut être constaté que la majorité des ergothérapeutes interrogés tendent très majoritairement vers un type de collaboration transprofessionnelle. En effet, 23 ergothérapeutes sont classés dans la catégorie « transprofessionnelle » contre seulement 3 en « interprofessionnelle » et 1 en « mixte (interprofessionnelle – pluriprofessionnelle) ». Aucun ergothérapeute considère travailler selon un type de collaboration pluriprofessionnelle. Ensuite, concernant la variable sur l'engagement du système familial, les ergothérapeutes interrogés ont tendance à s'inscrire davantage dans la modalité « collaboration ». En effet, 22 ergothérapeutes y sont classés, contre 2 en « consultation », 2 en « mixte (consultation – collaboration) » et seulement 1 en « partenariat ».

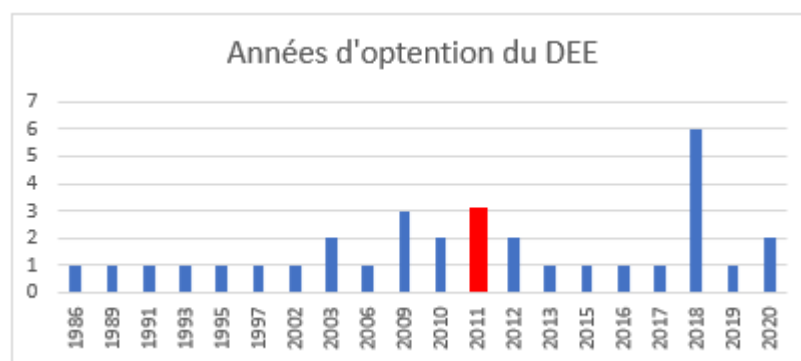
L'ensemble des résultats ont pu être regroupés dans un tableau croisé qui synthétise la tendance de chaque ergothérapeute aux modalités de collaboration et d'engagement issues des variables des hypothèses :

	Transprofessionnelle	Mixte	Interprofessionnelle	Mixte	Pluriprofessionnelle	Total
Information	0		0		0	0
Mixte	0	0	0	0	0	0
Consultation	2	0	0	0	0	2
Mixte	1	0	1	0	0	2
Collaboration	19	0	2	1	0	22
Mixte	0	0	0	0	0	0
Partenariat	1	0	0	0	0	1
Total	23	0	3	1	0	27

La majorité des ergothérapeutes interrogés indiquent travailler selon une relation transprofessionnelle avec les autres professionnels de santé du SSR et selon une modalité de

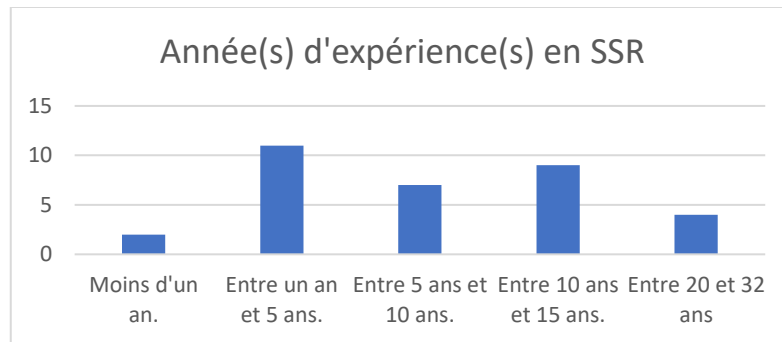
collaboration avec le système familial. En effet, 19 ergothérapeutes s'inscrivent dans la catégorie « transprofessionnelle / collaboration ». Parmi les 23 ergothérapeutes catégorisés en « transprofessionnelle », 2 sont dans la catégorie « consultation », 1 en « mixte (consultation – collaboration) » et 1 en « partenariat ». Ensuite, parmi les 22 ergothérapeutes s'inscrivant dans modalité « collaboration », 2 sont dans la catégorie « interprofessionnel » et 1 dans la catégorie « mixte (interprofessionnelle – interprofessionnelle) ». Il est à noter que 6 ergothérapeutes n'ont pas pu être catégorisés dans le tableau de synthèse. Plus précisément, ce sont les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire en 3ème, 7ème, 9ème, 18ème, 22ème et 30ème position qui n'ont pas pu être catégorisés. Pour cause, leur tendance aux modalités d'engagement du système familial n'était pas cohérente. Ainsi, pour que les résultats issus de l'analyse inférentielle ne soient pas faussés, les ergothérapeutes précédemment cités ainsi que leurs modalités de réponses aux questionnaires ne seront pas pris en compte dans l'analyse inférentielle. L'échantillon sera donc de 27 ergothérapeutes, ceux catégorisés dans le tableau de synthèse.

L'année d'obtention du diplôme d'état des ergothérapeutes variée entre 1986 et 2020. La médiane des 33 ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire est 2011. Ceci nous indique que la répartition de l'année d'obtention des diplômes d'états d'ergothérapeute est homogène. Ces informations nous indiquent que l'objet de notre recherche intéresse et touche plusieurs générations d'ergothérapeute. Plus précisément, 15 ergothérapeutes ont eu leur diplôme d'état d'ergothérapie avant ou durant la réforme de 2010, et 18 l'ont eu après. Les ergothérapeutes qui ont eu leur diplôme d'état d'ergothérapie en 2018 sont au nombre de 6 et sont ceux qui ont le plus répondu au questionnaire.

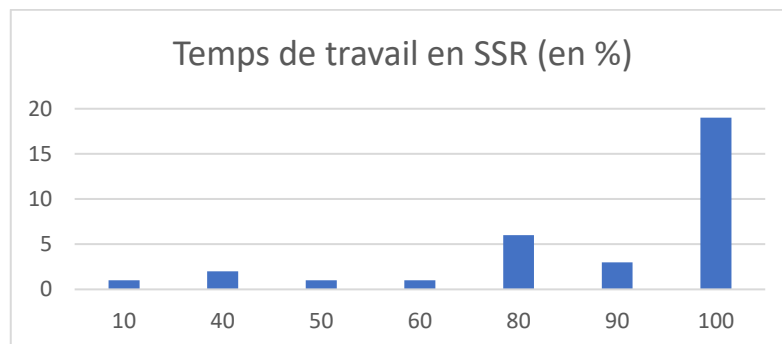


L'analyse des données nous informe sur l'expérience des ergothérapeutes interrogés en SSR. Le temps de travail des ergothérapeutes interrogés varie de moins d'un an à 32 ans. Les ergothérapeutes ayant entre un an et 5 ans d'expérience en SSR sont au nombre de 11 et sont ceux qui ont le plus répondu au questionnaire. Enfin, nous retrouvons 2 ergothérapeutes qui ont moins d'un an d'expérience, 7 ergothérapeutes qui ont entre 5ans et 10 ans d'expérience,

9 ergothérapeutes entre 10 ans et 15 ans d'expérience, puis 4 ergothérapeutes qui ont entre 20 ans et 32 ans d'expérience en SSR.



La grande majorité des ergothérapeutes interrogés, et plus précisément 28 d'entre eux, ont actuellement un temps de travail en SSR supérieur à 50 % d'un temps plein. Parmi ces dernier, 19 indiquent avoir un temps plein. D'autre part, seulement 4 ergothérapeutes expriment avoir actuellement un temps de travail en SSR égal ou en dessous d'un 50 % de temps plein.



Pour finir, la question 20 nous informe avec qui les ergothérapeutes interrogés travaillent au sein du SSR. Environ 90% à 100 % des ergothérapeutes de notre échantillon indiquent travailler avec les professionnels suivants : les kinésithérapeutes, les aides-soignants, infirmières, orthophonistes, ergothérapeutes, secrétaire, psychologues. Les ergothérapeutes rajoutent aussi travailler auprès de professionnel en activité physique adaptée (APA).

3.2 Analyse inférentielle et présentation des résultats des hypothèses

En se basant sur les données décrites en amont, l'utilisation du coefficient de Spearman et du test du Khi deux permettront de connaître l'existence ou pas d'un lien de corrélations entre les variables de l'hypothèse générale (H1) : le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR (VI) a une influence sur l'engagement

du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie (VD).

→ Coefficient de Spearman (ρ) :

Premièrement, l'utilisation du coefficient de corrélation par rang de Spearman permet de vérifier si les deux variables de chacune de nos hypothèses ont un lien de corrélations entre elles. La valeur du coefficient varie de -1 à 1. Un coefficient proche de 1 témoigne d'une forte corrélation positive, tandis qu'un coefficient négatif proche de -1 témoigne d'une forte corrélation, mais négative. Enfin, un coefficient proche de 0 correspond à une absence de liaison entre les deux variables des hypothèses. Le calcul du coefficient de corrélation par rang de Spearman s'effectue selon les 4 étapes indiquées par le statisticien Haccoun (68).

Etapes pour calculer le coefficient par rang de Spearman (ρ) des variables de H1 :

Etape 1 : Nous mettons en rang croissant chacune des valeurs de la variable indépendante « le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR » et, séparément, chacune des valeurs de la variable dépendante « engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie ». La variable indépendante est nommée « X » et la variable dépendante est nommée « Y ».

Etape 2 : Nous calculons pour chaque observation la différence entre les rangs obtenues aux variables X et Y. Cette différence est nommée « di ».

Etape 3 : Pour chaque observation, nous élevons cette différence au carré « di² ».

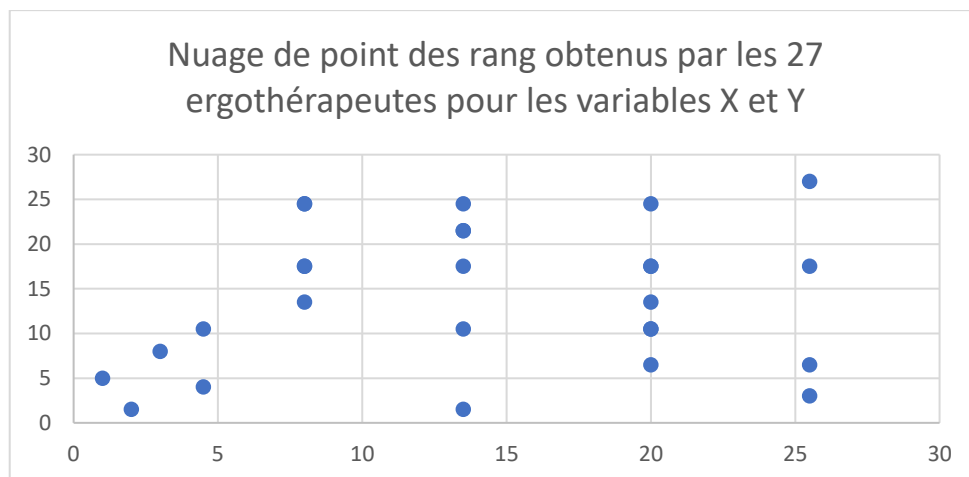
Etape 4 : Enfin, nous calculons la corrélation par rang en appliquant la formule suivante :

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^N d_i^2}{N^3 - N}$$

Comme indiqué plus tôt (Cf partie 2.1.2 catégorisations des variables), la variable indépendante peut se présenter sous trois formes : interprofessionnelle, transprofessionnelle et pluriprofessionnelle. La variable dépendante peut quant à elle se présenter de quatre manières : l'information, la consultation, la collaboration, et le partenariat. Ainsi, pour réaliser l'étape 1 du calcul, chaque modalité de réponses a été associé à un numéro.

- Pour la variable indépendante : pluriprofessionnel = 1, interprofessionnelle = 2, transprofessionnelle = 3. Cette variable fait référence à la partie 1 du questionnaire et celle-ci contient 9 questions. Ainsi, les valeurs propres à chaque membre de notre échantillon peuvent varier de 9 à 27.
- Pour la variable dépendante : information = 1, consultation = 2, collaboration = 3, partenariat = 4. Ainsi, les valeurs propres à chaque membre de notre échantillon peuvent varier de 7 à 28.

L'application de ces étapes via le logiciel Excel ® puis vérifié par le logiciel STHDA ® (Cf Annexe 12 p128), permet de trouver le résultat du coefficient de corrélation de Spearman suivant : $\rho = 0,1769$ pour $p = 0.05$. Ainsi, nous avons une marge d'erreur de 5% en affirmant que le lien de corrélation entre les deux variables de l'hypothèse (H1) ne soit pas dû au hasard. La valeur du coefficient de Spearman indique que les variables de l'hypothèse H1 est positive car $\rho > 0$ et d'intensité faible car $0 < \rho < 0,5$. Comme cela vient d'être exprimé, il n'est pas encore possible d'affirmer l'hypothèse (H1). Cependant, comme l'indique le nuage de point ci-dessous, la valeur du ρ indique potentiellement, qu'au plus le type de collaboration facilite les échanges entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR, au plus l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie est élevé.



→ Test du Khi deux (χ^2) :

Le test du Khi permet de vérifier si le coefficient de Spearman est significatif, c'est à dire s'il est suffisamment éloigné de zéro. Il permet ainsi d'identifier si les variables des hypothèses ont un lien de corrélation statistiquement significatif entre elles.

« Vérifier une hypothèse implique qu'on l'oppose à une hypothèse nulle » (68). De ce fait, pour appliquer le test du Khi deux, il faut déterminer l'hypothèse nulle (H_0) de l'hypothèse (H_1) : le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR (VI) influence l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie (VD).

L'hypothèse nulle (H_0) est la suivante : le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR n'influence pas l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie.

Rejeter l'hypothèse nulle permettrait d'affirmer qu'au plus l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR échangent entre eux selon un type de collaboration interprofessionnelle ou transprofessionnelle, au plus l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie s'inscrit dans une collaboration ou un partenariat. Au contraire, la validation de l'hypothèse nulle par le test du Khi deux indiquerait que le type de collaboration établie entre les ergothérapeutes et les professionnels de santé n'aurait aucune influence sur les modalités concernant l'engagement du système familial dans le parcours de soins de la personne atteinte d'aphasie.

Etapes pour calculer Khi deux :

Etape 1 : nous reprenons le tableau croisé synthétisant les tendances majoritaires de chaque ergothérapeute aux modalités de collaboration et d'engagement issues des variables de nos hypothèses. Les valeurs indiquées dans ce tableau se nomment fréquence observée (f_o). A première vue, ces valeurs ne sont pas réparties de façon égales pour chacune des modalités. Ce qui nous incite à rejeter l'hypothèse nulle H_0 . Cependant, la non-répartition des modalités pourrait être dû au hasard. Ainsi, calculer χ^2 a pour objectif de comparer les fréquences observées (f_o) à celles prédites par l'hypothèse nulle et appelées fréquences attendue (f_a) (68).

Etape 2 : calculer la différence entre (f_o) et (f_a) pour chaque modalité de la variable nominale, puis établir le rapport de cette différence avec la fréquence attendue. Au plus les valeurs de (f_o) et de (f_a) sont les mêmes pour une ou plusieurs modalités, au plus le rapport établi avec la fréquence attendu tend vers 0. Au contraire, au plus la différence entre (f_o) et (f_a) augmente, au plus la valeur du Khi deux sera grande (68).

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_o - f_a)^2}{f_a} \right]$$

Après application des étapes via le logiciel Excel ® (Cf Annexe 12 p129), la valeur du khi deux obtenue est $\chi^2 = 3,75$. La valeur critique du χ^2 est de 5,23 pour $p=0,05$ et pour un degré de liberté égale à 12. La valeur du Khi deux étant plus petite que la valeur critique du Khi deux, l'hypothèse nulle H_0 ne peut être rejetée. Affirmer que H_0 n'est pas fausse revient à dire que les deux variables de l'hypothèse H_1 n'ont pas de lien de corrélation statistiquement significatif entre elles. Ainsi, le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR n'aurait pas d'influence sur les différentes modalités d'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie.

4 Discussions des données

Pour rappel, notre recherche a commencé avec la question suivante : « *en quoi le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les autres professionnels de santé d'un SSR influence-t-il l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie ?* ».

À la suite de l'élaboration du cadre conceptuel, la collaboration pluriprofessionnelle, interprofessionnelle et transprofessionnelle sont ressorties comme les trois modalités concernant le type de collaboration. L'engagement est quant à lui identifié en fonction des interactions qu'a le système familial avec les ergothérapeutes : information, consultation, collaboration, partenariat.

- Interprétation des résultats et élément de réponses à l'objet de recherche :

Les résultats obtenus pour la première partie du questionnaire indiquent que la quasi-totalité des ergothérapeutes interrogés s'inscrivent dans une démarche de collaboration transprofessionnelle avec les autres professionnels de santé du SSR. Une minorité des ergothérapeutes de l'échantillon s'inscrivent dans une démarche de collaboration interprofessionnelle et aucun ergothérapeute indique travailler selon une démarche de collaboration pluriprofessionnelle.

Ces données soulignent l'intérêt qu'on les ergothérapeutes à travailler en équipe lorsqu'ils interviennent auprès d'un patient atteint d'aphasie. Plusieurs facteurs peuvent améliorer l'implication de celle-ci dans son parcours de soins en ergothérapie. Parmi eux, la cohésion de l'équipe de santé et la qualité des échanges entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR. Comme indiqué dans la revue de littérature et l'enquête exploratoire, ces échanges permettaient aux ergothérapeutes d'augmenter leur niveau de confiance et de connaissance en lien avec l'aphasie et donc d'augmenter leur niveau d'engagement auprès des patients qui en étaient atteints. L'engagement étant un phénomène dynamique, réciproque et qui se coconstruit entre deux personnes (34), une augmentation d'engagement de la part de l'ergothérapeute avait une influence sur celui du patient. Ces échanges permettaient de soutenir le patient tout en étant dans une démarche centrée sur ses demandes et besoins spécifiques. Ainsi, il serait intéressant pour les ergothérapeutes rencontrant des difficultés pour impliquer le patient atteint d'aphasie dans leur parcours de soins, de favoriser les échanges avec les autres professionnels de santé afin d'augmenter leur engagement auprès du patient. Ces échanges favoriseraient aussi l'engagement du système familial dans le parcours de soins du patient et permettraient ainsi de tendre vers une démarche centrée sur la personne.

La majorité des ergothérapeutes interrogés ont tendance à s'inscrire dans une modalité de collaboration avec le système familial. Un seul ergothérapeute s'inscrit dans la modalité partenariat. Bien que la notion de partenariat soit indiquée dans le cadre des recommandations des bonnes pratiques professionnels (49), il est à noter que le nombre d'ergothérapeute interrogé s'inscrivant dans une modalité de partenariat est très faible. En effet, les principes liés au partenariat tels que l'équilibre des places, l'accès à la vision partagée et l'accès à un compromis entre chaque acteur du parcours de soins n'ont pas été assez soulignés par les ergothérapeutes (49). Ces résultats font échos aux données issues de l'enquête exploratoire concernant les valeurs institutionnelle de certain SSR qui limitées l'expression des pensées et des valeurs professionnelles des ergothérapeutes. Certains SSR ne favorisaient pas les interventions centrées sur la personne. De plus ces résultats corroborent avec le fait que l'approche centrée sur la personne pouvait être comprise en théorie par les professionnels de la santé mais pas assez mise en œuvre en pratique (35).

Le soutien ressort comme un besoin essentiel pour la personne atteinte d'aphasie et permettrait d'améliorer sa participation et la prise en compte de ses décisions en matière de soins de santé (34). Un système familial qui ne donnait pas de nouvelle aux ergothérapeutes, pouvait ainsi limiter la démarche centrée sur la personne et le soutien de la personne atteinte

d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie. Ainsi, le constat qu'il peut être fait est le suivant : l'implication d'un patient atteint d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie, demande un soutien et donc un engagement à la fois des professionnels de la santé, du système familial et de l'organisation institutionnelle du SSR.

- Discussions des résultats et critiques du dispositif de recherche :

Bien que nous ayons essayé de minimiser les biais, cette nouvelle forme de travail fait que nous avons pu commettre certaines erreurs. Ainsi, les résultats issus de cette enquête doivent être traités avec prudence.

L'utilisation de deux outils d'analyse inférentielle ont permis d'analyser statistiquement la présence ou pas d'un lien de corrélation entre le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute les professionnels de santé, et l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie. Le coefficient de corrélation par rang de Spearman (ρ) indique une valeur de $\rho = 0,1769$ pour une marge d'erreur de 5%. Cette valeur a été trouvée via le logiciel Excel ®. Pour vérifier cette valeur et limiter les risques d'erreurs de manipulation des données, le logiciel STHDA® est utilisé. La valeur donnée par ρ indique que l'hypothèse (H1) est positive car $\rho > 0$ et d'intensité faible car $0 < \rho < 0,5$. Ainsi, cette valeur indique potentiellement qu'au plus le type de collaboration facilite les échanges entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR, au plus l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie est élevé.

Pour savoir si le lien de corrélation entre les deux variables est significatif, le test du Khi deux (χ^2) est utilisé. Cependant, les résultats issus de ce test ne permettent pas de rejeter l'hypothèse que le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR n'influence pas l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie.

Ainsi, ces résultats ne permettent ni d'affirmer, ni de rejeter l'hypothèse que le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR influence l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie. Ce manque de cohérence peut être dû à différents biais que nous allons présenter.

Premièrement, l'échantillonnage par réseau non-probabiliste est utilisé. Cette méthode ne permet pas d'estimer la variabilité de l'échantillonnage, ni d'identifier les biais possibles.

De plus, la méthode utilisée consiste à envoyer le questionnaire via les réseaux sociaux et par mail. Néanmoins, bien qu'elle permette d'obtenir des réponses rapidement, cette méthode exclue une partie des ergothérapeutes n'ayant pas accès à internet. Finalement, seulement 33 ergothérapeutes ont répondu à notre questionnaire, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats qui seront obtenus.

Ensuite, un questionnaire en fonction de l'objet de recherche a dû être élaboré. Malgré la conception d'une matrice de questionnement et de l'avoir fait vérifier à des ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusions et d'exclusions de la recherche, certaines modalités de réponses auraient méritées d'être plus claires. D'autant plus qu'il était possible de répondre par « autre » à la plupart des questions au cas où les ergothérapeutes n'étaient pas en accord avec les propositions indiquées. Concernant la question 6 et 15, beaucoup d'ergothérapeutes ont répondu à la case « autre » en indiquant que pour eux, le patient devait aussi être mentionné dans les modalités de réponses. Ainsi, il aurait été intéressant d'indiquer : question 6 « *en prenant en compte les demandes du patient, vous élaborer un projet (...)* », question 15 : « *en prenant en compte les demandes du patient, vous élaborer les objectifs (...)* ». D'autre part, la modalité « *transparence totale des informations* » qui apparaît lors de la question 10, aurait dû être retirée ou du moins formulée autrement. En effet, la transparence totale des informations serait allée à l'encontre du secret médical législativement et réglementairement reconnue par le code de la santé publique (24).

A partir des réponses obtenues, les ergothérapeutes ont été catégorisé selon leur tendance à répondre à chacune des modalités des deux variables de l'hypothèse. Retenir seulement la tendance des ergothérapeutes constitue un biais car elle ne permet pas d'observer l'ensemble des réponses en détail. D'autre part, rien ne peut nous confirmer que les ergothérapeutes aient répondu en ayant totalement compris les questions, ni de savoir si leurs réponses correspondaient véritablement à leur pratique. En lien avec ce dernier point, l'utilisation de l'observation comme outil de recherche aurait pu diminuer le biais de désirabilité sociale.

Enfin, il aurait été intéressant de développer d'autres hypothèses en lien avec certaines questions du formulaire et notamment avec celles de la partie 3, correspondant aux données contextuelles. En effet, ceci aurait permis d'établir des liens entre les éléments recueillis dans la revue de littérature et l'enquête exploratoire, avec les résultats de la question de recherche. Par exemple, la notion d'expérience, mise en avant par les ergothérapeutes lors de l'enquête exploratoire aurait pu être questionnée et mise en lien avec les réponses obtenues à la question 18 du questionnaire, concernant le temps de travail des

ergothérapeutes en SSR. Pour cet exemple, les hypothèses secondaires auraient pu être formulées de la sorte :

Hypothèse alternative 2 (H2) : l'expérience de l'ergothérapeute en SSR a une influence sur le type de collaboration établie avec les professionnels de santé du SSR.

Hypothèse alternative nulle 2 (H02) : l'expérience de l'ergothérapeute en SSR n'a pas d'influence sur le type de collaboration établie avec les professionnels de santé du SSR.

Hypothèse alternative 3 (H3) : l'expérience de l'ergothérapeute en SSR a une influence sur l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie.

Hypothèse alternative nulle 3 (H03) : l'expérience de l'ergothérapeute en SSR n'a pas d'influence sur l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie.

- Apports, intérêts et limites de la recherche

Notre travail d'initiation à la recherche a permis de mettre en avant les difficultés que pouvaient rencontrer les ergothérapeutes lorsqu'ils intervenaient auprès des patients atteints d'aphasie. Ce travail a aussi permis de mettre en avant des moyens permettant de pallier ces difficultés. En effet, il a pu être mis en avant les bénéfices du travail d'équipe tels que l'augmentation des connaissances et compétences en lien avec la prise en soins de la personne atteinte d'aphasie, mais aussi le partenariat avec le système familial. Les résultats obtenus à la suite du questionnaire mettent en avant l'importance des échanges établie entre les ergothérapeutes et les autres professionnels de santé dans les démarches de collaborations interprofessionnelles et transprofessionnelles.

- Propositions, transférabilités pour la pratique professionnelle :

Comme évoqué en amont, si nous nous sommes orientés vers cette question de recherche c'est en partie parce qu'il était indiqué que les ergothérapeutes ressentaient des difficultés pour intervenir auprès d'une personne atteinte d'aphasie, mais aussi car ils ressentaient un réel besoin d'améliorer leurs connaissances en lien avec l'aphasie et les méthodes de communications. L'inclusion du système familial au sein du système de soins semble être un point important à travailler pour pallier ces difficultés. Ainsi, il serait intéressant

d'approfondir ces recherches mais cette fois-ci en interrogeant directement le système familial et le patient atteint d'aphasie sur leur ressenti, leur point de vue.

Il serait intéressant de développer et de promouvoir des formations en lien avec la communication et l'utilisation de techniques de communication. Ces formations pourraient être utilisées pour prendre en soins d'autres personnes en situation de handicaps qui touchent le langage expressif et/ou compréhensif. Ceci nous permet aussi de se demander quelles sont les compétences en communication de l'ergothérapeute ? où se situent-elles et quels sont les besoins ?

Enfin, ces notions d'échanges et de communications auraient un intérêt majeur pour l'ensemble des acteurs du système de soins. Il serait donc intéressant que les institutions ne favorisant pas encore les démarches de collaboration interprofessionnelle et transprofessionnelle, prennent en compte leurs intérêts dans le but de les mettre en place. Il serait intéressant de s'interroger plus particulièrement aux valeurs de certain service de SSR et de se demander en quoi les valeurs du service de SSR dans lequel travail l'ergothérapeute influence-t-elles son intervention auprès des personnes atteintes d'aphasie ? En quoi cela a un impact concernant l'implication de ces dernières dans leurs parcours de soins en ergothérapie ?

Bibliographie

1. DGOS. Soins de suite et de réadaptation - SSR [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
2. Therapists WF of O. Occupational Therapy and Rehabilitation [Internet]. WFOT. WFOT; 2021 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-and-rehabilitation>
3. Réadaptation [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
4. La profession – ANFE [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
5. Therapists WF of O. About Occupational Therapy [Internet]. WFOT. WFOT; 2021 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>
6. OMS | Accident vasculaire cérébral (AVC) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/
7. Poincare R. « Livret destiné à l’entourage de personnes aphasiques ». :74.
8. Brin F. Dictionnaire d’orthophonie. 2014.
9. Accident vasculaire cérébral (AVC) [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>
10. Mazaux J-M, Pradat-Diehl P, Brun V, éditeurs. Aphasies et aphasiques. Paris: Masson; 2007.
11. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 18 janv 2014;383(9913):245-54.
12. Lancôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *International Journal of Stroke*. 1 août 2020;15(6):668-88.
13. dossierpressefno_021015_bd.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/dossierpressefno_021015_bd.pdf
14. Mazaux JM, Brun V, Pelissier J, André J-M. Aphasie 2000: rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires. Paris: Masson; 2000.
15. Un module de sensibilisation en ligne et une recherche à destination des personnes aphasiques et de leurs proches aidants [Internet]. CNSA. 2021 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/un-module-de->

sensibilisation-en-ligne-et-une-recherche-a-destination-des-personnes-aphasiques-et-de-leurs-proches-aidants

16. Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) – Strokengine [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://strokengine.ca/en/assessments/stroke-specific-quality-of-life-scale-ss-qol/>
17. Lee H, Lee Y, Choi H, Pyun S-B. Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. *Yonsei Med J.* 1 nov 2015;56(6):1694-702.
18. Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf
19. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie
20. Livret_Abstracts7.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/ecole/reseau/ohs/Livret_Abstracts7.pdf
21. Emanuel E, Emanuel L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA : the journal of the American Medical Association.* 16 sept 1992;267:2221-6.
22. Relation thérapeutique Etablir une relation Rogers et l'empathie [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ergopsy.com/rogers-et-l-empathie-a700.html>
23. Daval R. Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. *Approche Centree sur la Personne Pratique et recherche.* 2008;n° 8(2):5-20.
24. 9782340012646_extrait.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://www.editions-ellipses.fr/PDF/9782340012646_extrait.pdf
25. DGOS. Le dispositif réglementaire et juridique [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/le-dispositif-reglementaire-et-juridique>
26. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE DHOS/O4/DGS/DGAS/2003/517 du 3 novembre 2003 relative a la prise en charge des accidents vasculaires cerebraux. [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=7243>
27. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux decrets 2008-377 du 17 avril 2008 reglementant l- activite de soins de suite et de readaptation [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=18785>
28. Loi-02-05.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://aphasie.fr/wp-content/uploads/2015/12/Loi-02-05.pdf>

29. Arrêté-du-5-juillet-2010-Formation-dergothérapeute.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2019/02/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute.pdf>
30. Basso A, Lecours AR, Moraschini S, Vanier M. Anatomoclinical correlations of the aphasia as defined through computerized tomography: Exceptions. *Brain and Language*. 1 nov 1985;26(2):201-29.
31. Carragher M, Steel G, O'Halloran R, Torabi T, Johnson H, Taylor NF, et al. Aphasia disrupts usual care: the stroke team's perceptions of delivering healthcare to patients with aphasia. *Disabil Rehabil*. 11 févr 2020;1-12.
32. Cameron A, McPhail S, Hudson K, Fleming J, Lethlean J, Tan NJ, et al. The confidence and knowledge of health practitioners when interacting with people with aphasia in a hospital setting. *Disabil Rehabil*. juin 2018;40(11):1288-93.
33. Hadely KA, Power E, O'Halloran R. Speech pathologists' experiences with stroke clinical practice guidelines and the barriers and facilitators influencing their use: a national descriptive study. *BMC Health Serv Res*. 6 mars 2014;14:110.
34. Bright FA, Kayes NM, Cummins C, Worrall LM, McPherson KM. Co-constructing engagement in stroke rehabilitation: a qualitative study exploring how practitioner engagement can influence patient engagement. *Clin Rehabil*. 1 oct 2017;31(10):1396-405.
35. Bamm EL, Rosenbaum P, Wilkins S, Stratford P, Mahlberg N. Exploring Client-Centered Care Experiences in In-Patient Rehabilitation Settings. *Global Qualitative Nursing Research*. 1 janv 2015;2:2333393615582036.
36. Horton S, Lane K, Shiggins C. Supporting communication for people with aphasia in stroke rehabilitation: transfer of training in a multidisciplinary stroke team. *Aphasiology*. 3 mai 2016;30(5):629-56.
37. Cossette S. De la recherche exploratoire à la recherche appliquée en sciences infirmières : complémentarités et finalités. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;N° 102(3):73-82.
38. 002592754.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://ec56229aec51f1baff1d-185c3068e22352c56024573e929788ff.ssl.cf1.rackcdn.com/attachments/original/7/5/4/002592754.pdf>
39. Les-diffrents-Types-dentretiens.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <http://cours-ifcs-brunopoupin.wifeo.com/documents/Les-diffrents-Types-dentretiens.pdf>
40. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils - L'analyse thématique de contenu [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Analyse_them.html

41. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
42. Méthodes inductives et déductives: méthodologie et exemples [Internet]. Scribbr. 2020 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
<https://www.scribbr.fr/methodologie/methodes-inductives-deductives/>
43. Sociologie : Définition simple et facile du dictionnaire [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/sociologie/>
44. Reuchlin M. La psychologie sociale. Que sais-je? 7 déc 2010;20e éd.:103-21.
45. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017.
46. Donnadieu G, Durand D, Neel D, Nunez E, Saint-Paul L. l'Approche Systémique. :11.
47. Morin E. 3 Présentation de l'auteur. :6.
48. lect-06.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
<http://www.frbalta.fr/pdf/lect-06.pdf>
49. Miñana B, Laprie B. Collaborer avec les familles de personnes handicapées. 2016.
50. Article L311-5-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031711852/
51. Article L1111-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721063/
52. Communication_14_fr.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
https://www.patientpartner.org/files/Communication_14_fr.pdf
53. Verma MB and J. Engaging Patients to Improve Healthcare Quality. Healthcare Quarterly [Internet]. 25 juill 2011 [cité 9 mai 2021];14(3). Disponible sur:
<https://www.longwoods.com/content/22484/healthcare-quarterly/engaging-patients-to-improve-healthcare-quality>
54. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Sante Publique. 26 mars 2015;S1(HS):41-50.
55. Couturier Y, Belzile L. La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. 2018.
56. Fortier I. Le défi humain de la multidisciplinarité et la quête de l'interdisciplinarité. 2002;6.
57. Edgar Morin : sur l'interdisciplinarité [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
<https://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php>

58. Interdisciplinarité [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
http://oer2go.org/mods/fr-wikipedia-static/content/a/science_interdisciplinaire.html
59. Izard M-H, Nespoulous R, éditeurs. Expériences en ergothérapie. Montpellier: Sauramps médical; 2009.
60. Lexique [Internet]. AVECSanté. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
<https://www.avecsante.fr/definitions-et-legislations/lexique/>
61. Guy Le Boterf : « la coopération, clé de la compétence collective et individuelle » [Internet]. Le blog de C-Campus. 2018 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur:
<https://www.blog-formation-entreprise.fr/guy-le-boterf/>
62. Debout C. Méthodologie quantitative et études descriptives simples. Soins. sept 2012;57(768):55-60.
63. Campenhoudt L van, Quivy R, Marquet J. Manuel de recherche en sciences sociales. 2017.
64. Anceaux F, Sockeel P. Mise en place d'une méthodologie expérimentale : hypothèses et variables. Recherche en soins infirmiers. 2006;N° 84(1):66-83.
65. ANFE-CATEL-Enquete_nationale_ergos-Rapport_final-VF-230415.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/03/ANFE-CATEL-Enquete_nationale_ergos-Rapport_final-VF-230415.pdf
66. Lafont F. Une alternative : la méthode de la boule de neige [Internet]. le blog de Questio. 2016 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://blog.questio.fr/alternative-methode-de-la-boule-de-neige>
67. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur:
http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
68. Haccoun RR, Cousineau D. Statistiques: concepts et applications [Internet]. Montréal, Qué.: Presses de l'Université de Montréal; 2014 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur:
<http://www.library.yorku.ca/e/resolver/id/2535469>

Annexes

Sommaire des annexes :

Annexe 1 : Tableau des résultats des banques de données	64
Annexe 2 : Tableau de synthèse de l'analyse de la revue de littérature	64
Annexe 3 : Guide d'entretien pour l'enquête exploratoire	67
Annexe 4 : Matrice théorique et conceptuelle.....	68
Annexe 5 : Fondements théoriques du "Montreal Model"	74
Annexe 6 : Matrice de questionnement	75
Annexe 7 : Présentation du questionnaire de recherche.....	89
Annexe 8 : Formulaire du questionnaire de recherche.....	90
Annexe 9 : Réponses au questionnaire de recherche	98
Annexe 10 : Analyse descriptive de l'enquête exploratoire (données brutes).....	106
Annexe 11 : Histogrammes représentant les modalités de collaboration et d'engagement des 33 ergothérapeutes	117
Annexe 12 : Analyses inférentielles des hypothèses.....	129

Annexe 1 : Tableau des résultats des banques de données

Bases de données	Equation choisie	Texte	Résumé	Titre	Articles retenus
Google scholar	health care AND aphasia AND (stroke team OR Occupational-therap*)	9210	-	-	1
PubMed	//	14	-	-	3
SAGE journal	//	38	-	-	2

Annexe 2 : Tableau de synthèse de l'analyse de la revue de littérature

Sources	Thème	Méthode utilisée	Population	Approche théorique	Champs disciplinaire	Principaux résultats	Question, dimension non abordée
1. Pub Med	Les perceptions de l'équipe d'AVC vis-à-vis de l'aphasie	Analyse qualitative	Equipe multidisciplinaire d'AVC	Approche phénoménologique	Science médicale	Les systèmes hospitaliers actuels rendent les soins centrés sur le patient difficile	Ressentis des patients
2. Pub Med	La confiance et les connaissances des	Analyse qualitative et quantitative	90 professionnels issus d'équipes multidisciplinaires.	Compétences professionnelles	Science médicale et sociale	Les professionnels de la santé non-orthophonistes ont	Y a-t-il une formation spécialisée en communication pour

	praticiens vis-à-vis de l'aphasie		22 orthophonistes et 68 professionnels de santé non-orthophonistes			des niveaux de confiance significativement plus faibles et ont moins de stratégies pour communiquer efficacement avec les personnes atteintes d'aphasie	les professionnels qui ne sont pas orthophonistes ?
3. Pub Med	Facteurs qui influencent l'utilisation des lignes directrices de la pratique clinique de l'AVC	Etude descriptive nationale	Des recherches sur les facteurs qui influencent les professionnels de la santé dans la mise en œuvre des lignes directrices			Problème commun à l'échelle mondiale : les lignes directrices de pratiques cliniques ne sont pas systématiquement mises en	

			de pratiques cliniques			œuvre dans la pratique clinique	
4. SAG E jour nal	Co- construc tion de l'engage ment dans la réadapta tion après un AVC	Etude qualita tive	42 praticiens en réadaptati on et 11 personnes ayant des troubles de la communica tion après un AVC.	Réadaptati on	Vision centrée sur la percepti on qu'a le praticie n sur sa pratique	L'engage ment des praticiens influence l'engagem ent des patients. L'engage ment est une notion complexe.	Quels sont les causes du désengage ment chez certain praticien ?
5. SAG E Jour nal	Les soins centrés sur la personn e dans les services de réadapta tion	Analy se qualita tive	Patients hospitalisé s, leur famille, les profession nels de la santé	Engageme nt. Approche centrée sur la personne	Science médica le. Santé publiqu e	Position passive des patients dans leur parcours de soins	Pourquoi les patients ne sont pas acteurs de leur propre prise en soins ?
6- Goo gle scho lar	L'organ isation et la prestatio n de	Recen sion de donné es	Revue de littérature			5 secteurs prioritaire s de la recherche en	

	services de réadaptation pour les personnes ayant subi un AVC et leurs proches	proban tes auprès de huit guides de pratique				réadaptati on de l'AVC	
--	--	--	--	--	--	---------------------------	--

Annexe 3 : Guide d'entretien pour l'enquête exploratoire

Déroulement de l'entretien	Intitulé de la question / thématique	Modalité	Objectifs
→ Partie 1	- Recueil du consentement de l'ergothérapeute. - Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme d'état d'ergothérapeute ? - Dans quel type de structure travaillez-vous actuellement ? - Avez-vous déjà travaillé auprès d'une personne atteinte d'aphasie ? Si oui, est-ce que l'aphasie a été provoqué par un AVC ?	- Questions ouvertes.	- Savoir si la personne interviewée est d'accord pour suivre cet entretien. - Savoir indirectement si la personne interviewée rentre bien dans les critères d'inclusions de la recherche.
Passage à la partie 2 si la personne correspond aux critères d'inclusions de la recherche.			
→ Partie 2 :	- Indication du déroulé et de l'objectif de l'entretien.		- Eviter tous les problèmes d'incompréhensions ou d'ambiguïtés en

	- Définition des notions clés qui seront présentes dans la question centrale.		lien avec la question centrale.
Partie 3 :	- Poser la question centrale à l'ergothérapeute : « Concernant votre pratique, pouvez-vous me parler de l'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie ? ».	- Questions ouvertes.	- Indiquer à la personne interviewée qu'elle s'exprimera librement et qu'aucune question n'est établie de notre part. - Approfondir le sujet pour avoir des informations, le raisonnement et les impressions de l'ergothérapeute vis-à-vis de la question centrale.
→ Partie 4 :	- Avez-vous des remarques ? Souhaitez-vous rajouter quelque chose ? - Remerciement.	- Questions ouvertes.	- Apport d'éléments supplémentaires qui ne seraient pas ressortis lors de l'échange.

Annexe 4 : Matrice théorique et conceptuelle

Théories/Concepts	Variables	Indicateurs
La collaboration professionnelle	Démarche interprofessionnelle	1 - Présence de valeurs communes. 2 - Manque de temps pour échanger entre les différentes professions. 3- Partage d'information correcte. 4 - Elaboration d'un projet commun élaboré par croisement des objectifs des différents professionnels.

		5 - Spécialisation et complémentarité des compétences avec interdépendance. 6 - Echange des connaissances, des méthodes entre les différentes professions. 7- Démarche collaborative volontaire entre les professionnels. 8 - Présence d'évaluation commune. 9 - Coordination et reconnaissance de plusieurs professions entre elles.
	Démarche transprofessionnelle	1 – Présence et partage de valeurs communes. 2 - Temps d'échange optimal entre les différents professionnels. 3- Partage d'information importante et holistique. 4 - Construction du projet par l'ensemble de l'équipe. 5 - Pas de spécialisation entre les différentes professions. 6 - Partage, appropriation et intégration de savoirs issus d'autres professions.

		7- Démarche collaborative volontaire par l'ensemble de l'équipe. 8 – Présence constante d'évaluation commune. 9 - Perméabilité des frontières disciplinaires et flexibilité des rôles de chaque professionnelle.
	Démarche pluriprofessionnelle	1 - Pas de langage et valeur commune. 2 - Peu de temps d'échanges entre professionnels. 3 – Partage d'information très restreinte. 4 - Absence de projet commun. 5 - Spécialisation et complémentarité des compétences sans interdépendance. 6 - Pas d'échanges des savoirs et méthodes entre professionnelles. 7- Pas de démarche collaborative entre les professionnels. 8 - Pas d'évaluation commune. 9 - Absence ou manque de coordination et de

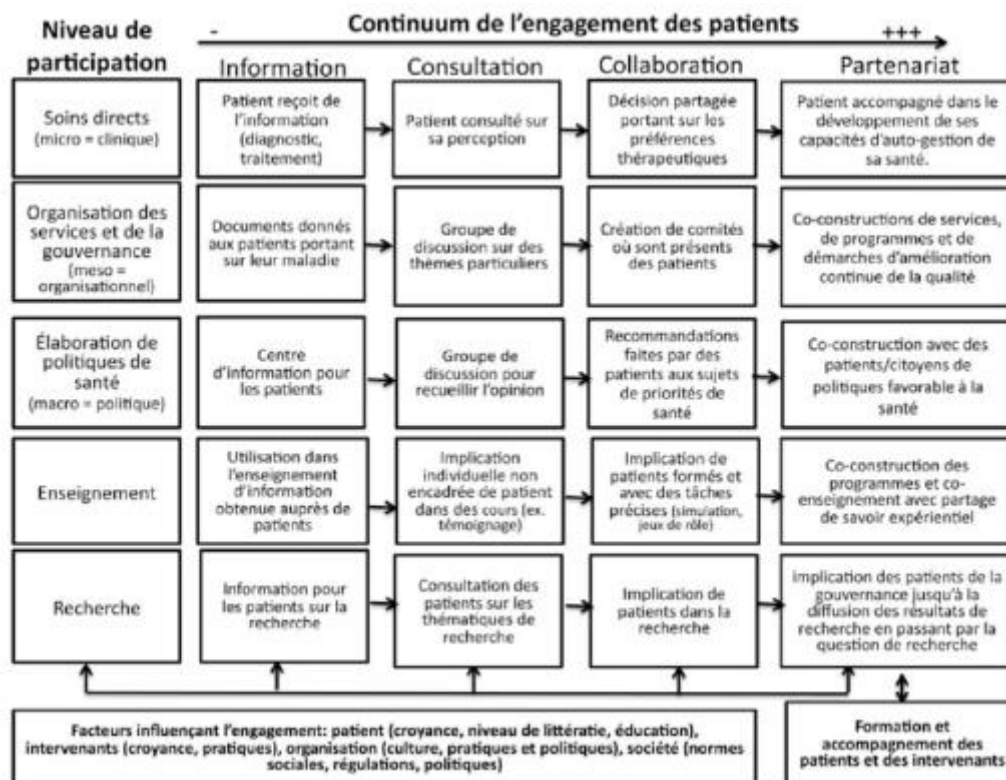
		reconnaissance entre les différentes professions.
Théories/Concepts	Variables	Indicateurs
Approche systémique	Analyse du système	1 - Reconnaissance de tous les acteurs du système. 2 - Prise en compte de la complexité du système. 3 - Centré sur le système familial. 4 - Vision holistique.
Théories/Concepts	Variables	Indicateurs
Engagement familiale	Information	1 - Echange d'information en lien avec le système. 2 - Absence de soutien, information et formation pour mobiliser les connaissances et tendre à l'autonomie du système familiale. 3 - Absence de partage de prise de décision. 4 - Pas de reconnaissance des expériences et connaissances du système familiale. 5 - Rôle inexprimé du système familial. 6 - Absence d'échange avec le système familial concernant les objectifs du parcours de soins.

		7 - Pas d'intégration du système familiale dans le système de soins.
	Consultation	1 - Echange d'information en lien avec le système et les soins. 2 - Peu de soutien, information et formation pour mobiliser les connaissances et tendre à l'autonomie du système familiale. 3 - Peu de partage de prise de décision. 4 - Peu de reconnaissance des expériences et connaissances du système familiale. 5 - Rôle du système familial peu exprimé. 6 - Peu d'échange avec le système familial concernant les objectifs du parcours de soins. 7 - Peu d'intégration du système familiale dans le système de soins.
	Collaboration	1 - Partage d'information en lien avec le système, les soins et les possibilités de soins.

		2 - Peu de soutien, information et formation pour mobiliser les connaissances et tendre à l'autonomie du système familiale. 3 - Prise de décision limitée. 4 - Partage limité des expériences et connaissances du système familiale. 5 - Reconnaissance partielle du rôle du système familiale. 6 - Echange avec le système familial concernant les objectifs du parcours de soins. 7 - Intégration partielle du système familiale dans le système de soins.
	Partenariat	1 - Transparence des informations. 2 - Soutien, information et formation pour mobiliser les connaissances et tendre à l'autonomie du système familiale. 3 - Autodétermination des décisions.

		4 - Partage des expériences et connaissances du système familiale. 5 - Détermination commune du rôle de chaque acteur du système. 6 - Détermination commune des objectifs du parcours de soins. 7 - Intégration du système familiale au sein de l'ensemble du système de soins.
--	--	---

Annexe 5 : Fondements théoriques du "Montreal Model"



Annexe 6 : Matrice de questionnement

Variable de référence	Objectifs des questions	Indicateurs	Types de question	Formulation des questions	Propositions de réponses
Type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR.	Connaitre le besoin de l'ergothérapeute à collaborer avec les autres professionnels de santé présent au sein SSR.	- 7A, 7B, 7C	Fermé	Sur une échelle allant de 0 à 5, quelle est votre besoin de collaborer avec les autres professionnels de santé du SSR ?	- 0 : aucun besoin. - 5 : besoin essentielle pour votre pratique.
	Savoir si l'ergothérapeute reconnait le travail de chaque professionnel de santé présent dans l'équipe de soins auquel il appartient.	- 9A, 9B, 9C	Fermé	Sur une échelle allant de 0 à 5, reconnaissez-vous le travail de chaque professionnel de santé présent au sein de votre équipe de soins du SSR.	- 0 : Aucune reconnaissance. - 5 : Reconnaissance totale.
	Connaitre l'intensité des temps d'échanges entre l'ergothérapeute	- 2A, 2B, 2C - Autre	Semi-ouvert	Que ce soit de façon formelle ou informelle, quel est le temps que vous prenez pour	- Vous échangez rarement. - Vous échangez

eute et l'équipe équipe de soins du SSR.			échanger avec les professionnels de l'équipe de soins du SSR ?	occasionnelle ment. - Vous échangez souvent. - Autre.
Connaitre les informations partagées entre l'ergothérap eute et l'équipe de soins du SSR.	- 3A, 3B, 3C - Autre	Semi- ouvert e	Dans le cadre de votre pratique, quelles sont les informations que vous partagiez avec l'équipe de soins ?	- Partage d'information restreinte sur le patient. - Partage d'information sur le patient et son parcours de soins. - Partage d'information sur le patient, son parcours de soins, sa famille, votre pratique et vos compétences. - Autre.
Connaitre l'influence du travail d'équipe sur la pratique de l'ergothérap eute et plus	- 6A, 6B, 6C - Autre	Semi- ouvert e	Selon vous, quelle influence a le travail en équipe sur vos prises en soin ?	- Le travail en équipe n'a aucune influence sur vos prises en soin. - Le travail en équipe a une

	précisément sur ses prises en soins.				influence sur vos prises en soin. - Le travail d'équipe change totalement la vision de vos prises en soins. - Autre
	Connaitre le mode d'articulation entre l'ergothérapeute et les autres professionnels de l'équipe du SSR.	- 5A, 5B, 5C - Autre	Semi-ouvert	Concernant votre pratique, au sein de l'équipe du SSR vous direz que :	- Il y a une spécialisation complémentarité des compétences des professions avec interdépendance. - Il y a une spécialisation et complémentarité des compétences des professionnels sans interdépendance. - Il n'y a pas de spécialisation et complémentari

					té entre les professionnels. - Autre.
	Savoir comment est établie le projet du patient concernant son parcours de soins.	- 4A, 4B, 4C - Autre	Semi-ouvert	Dans le cas où le patient est suivi par différents professionnels, indiquez la proposition qui correspond à votre pratique :	- Vous élaborez un projet commun avec l'ensemble de l'équipe par croisement des objectifs des différents professionnels. - Vous construisez un projet pour le patient, puis allez le partager à l'ensemble de l'équipe. - Vous élaborez un projet pour le patient sans le partager à l'ensemble de l'équipe. - Autre.
	Savoir si des évaluations régulent les	- 8A, 8B, 8C - Autre	Semi-ouvert	Des temps de réunions d'équipe sont-	- Oui, ponctuellement.

	actions entreprises par l'ensemble de l'équipe du SSR.			ils mis en place au sein du SSR pour évaluer les actions entreprises par l'ensemble de l'équipe ?	- Oui, mais rarement. - Non. - Autre.
	Savoir si les ergothérapeutes ont des valeurs en commun avec l'ensemble de l'équipe du SSR.	- 1A, 1B, 1C - Autre	Semi-ouvert	Selon vous, l'ensemble de l'équipe de soins du SSR partage-t-elle des valeurs communes ?	- Oui, selon vous l'ensemble de l'équipe partage de mêmes valeurs. - Plus ou moins, cependant vous essayer avec l'équipe de tendre vers de même valeur. - Non, selon vous l'ensemble de l'équipe ne partage pas les mêmes valeurs. -Autre.

Engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie de la personne atteinte d'aphasie.	Connaître le type d'information partagées entre l'ergothérapeute et le système familial.	- 1E, 1F, 1G, 1H - Autre	Semi-ouvert	Concernant votre pratique, quel type d'information partagez-vous au système familial ?	- Echange d'information en lien avec le patient. - Echange d'information en lien avec le patient et le déroulé de son parcours de soins. - Echange d'information en lien avec le patient, le déroulé de son parcours de soins et des possibilités de soin. - Intelligibilité totale des informations. - Autre.
	Savoir si l'ergothérapeute tend à ce que le système familial soit capables d'agir auprès du patient et qu'il soit	- 2E, 2F, 2G, 2H - Autre	Semi-ouvert	Dans votre pratique, auprès du système familial, vous diriez que :	- Vous soutenez, informez et formez le système familial avec pour objectif qu'il soit capable d'agir auprès du

	acteur de son parcours de soins.				patient et qu'il soit acteur de son parcours de soins. - Vous êtes peu en contact avec le système familial pour qu'il soit acteur du parcours de soins du patient. - Vous n'êtes jamais en contact avec le système familial et ne pouvez donc pas lui permettre d'être acteur du parcours de soins du patient.
	Connaitre la place que donne l'ergothérapeute au système familial sur les prises de décisions	- 3E, 3F, 3G, 3H - Autre	Semi ouvert	Quelle place donneriez-vous au système familial concernant les prises de décision en lien avec le parcours de	- Vous partagez et accompagnez le système familial afin qu'elle autodétermine les décisions en lien avec le

	concernant le parcours de soins du patient.			soins du patient ?	parcours de soins du patient. - Vous indiquez au système familial les différentes possibilités concernant le parcours de soins du patient puis vous les accompagnez dans leur choix. - Vous orientez le système familial vers les décisions qui vous semblent les plus adaptés au patient. - Vous ne partagez pas et vous décidez, à la place du système familial, de la meilleure décision selon-vous
--	---	--	--	--------------------	--

					concernant le patient. - Autre.
	Savoir si l'ergothérapeute reconnaît le rôle du système familial dans le parcours de soins du patient en ergothérapie .	- 4E, 4F, 4G, 4H	Fermé	Sur une échelle allant de 0 à 5, indiquer à quel niveau vous accorderiez la citation suivante « le discours de chacun est à respecter et à prendre en compte, l'« expertise » de la famille n'étant pas supérieur à celle des professionnels, et réciproquement ».	- 0 : absolument pas d'accord. -5 : absolument d'accord.
	Connaitre la manière dont s'établit le rôle du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie .	- 5E, 5F, 5G, 5H - Autre	Semi-ouvert	Dans le parcours de soins du patient en ergothérapie, comment s'établit le rôle du système familial ?	- Vous n'échangez pas forcément avec le système familial sur leur rôle dans le parcours de soin du patient. Le rôle de chacun se fait

					automatiquement. - Vous indiquez au système familial leur rôle durant le parcours de soins du patient. - Vous partagez des informations avec le système familial pour déterminer avec eux leur rôle durant le parcours de soin du patient. - Le rôle du système familial dans le parcours de soins du patient provient d'une décision que vous avez prise communément avec le système familial. - Autre.
--	--	--	--	--	---

	Connaitre la place qu'a le système familial dans la construction du parcours de soins en ergothérapie du patient.	- 6E, 6F, 6G, 6H - Autre	Semi-ouvert	Selon vous, quelle est la place du système familial concernant la construction du parcours de soins en ergothérapie du patient ?	- Vous déterminez avec le système familial et en accord avec le patient, les objectifs du parcours de soins en ergothérapie de ce dernier. - Vous élaborez les objectifs du parcours de soins en ergothérapie du patient, puis avant de les mettre en place, vous leur apportez des modifications suites aux échanges avec le système familial et le patient. - Vous élaborez les objectifs du parcours de soins en
--	--	-------------------------------------	--------------------	---	--

					ergothérapie du patient, puis vous le présentez au système familial sans leur apporter de modification avant de les mettre en place. - Vous élaborez les objectifs du parcours de soins en ergothérapie du patient mais ne les présentez que rarement au système familial. - Autre.
	Savoir si l'ergothérapie favorise l'engagement du système familial dans le système de soins.	- 7E, 7F, 7G, 7H - Autre	Semi-ouvert	Au sein du SSR, favorisez-vous la participation du système familial dans le système de soins ? (Indiquez la ou	- Vous faite participer le système familial au suivi du patient en ergothérapie. - Vous faite participer le

				les propositions correspondant à votre pratique).	système familial à l'organisation du SSR. - Vous faite participer le système familial à l'élaboration des politiques de santé. - Vous ne fait pas participer le système familial dans le système de soin. - Autre
Données contextuelles	Connaitre quelques données contextuelles pour la recherche.	- Année d'obtention du diplôme d'état d'ergothérapie.	Ouverte	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapie ?	Libre
		- Expérience en SSR.	Semi-ouverte	Depuis l'obtention de votre diplôme d'état d'ergothérapie, combien de temps avez-	- Moins d'un an. - Entre un an et 5 ans. - Entre 5 ans et 10 ans. - Vous avez toujours

				vous exercez en SSR ?	travaillez en SSR. - Autre
		- Le temps de travail de l'ergothérapeute au sein du SSR.	Semi-ouvert	Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre temps de travail au sein du SSR dans lequel vous travaillez actuellement ?	- 0 signifie que vous ne travaillez pas au sein du SSR. - 10 équivaut à un temps plein. - Autre.
		- Variété des professionnels présents au sein de l'équipe du SSR.	Semi-ouvert	Parmi les propositions suivantes, quels sont les professionnels présents au sein de l'équipe du SSR dans lequel vous travaillez actuellement ?	- Kinésithérapeute. - Psychomotricien. - Ergothérapeute. - Orthophoniste. - Médecin MPR. - Infirmières. - Psychologue. - Aide-soignant. - Secrétaire. - Autres.

Annexe 7 : Présentation du questionnaire de recherche

Questionnaire : l'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation).

Bonjour,

je m'appelle Enzo Million et je suis actuellement en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Marseille. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur le thème suivant : l'implication de la personne atteinte d'aphasie dans son parcours de soins en ergothérapie en SSR.

Ce questionnaire est destiné aux ergothérapeutes diplômés d'état exerçant en SSR et qui accompagnent ou qui ont déjà accompagné des personnes atteintes d'aphasie dans leur parcours de soins en ergothérapie.

Ce questionnaire est composé en 3 parties : la première partie permet de recueillir des données concernant votre démarche collaborative avec l'équipe du SSR. La deuxième partie permet plutôt de recueillir des données en lien avec votre pratique professionnelle auprès du système familial de la personne atteinte d'aphasie. Enfin, la troisième partie permet de recueillir quelques données contextuelles sur votre pratique.

Le questionnaire est anonyme et prend environ 10 minutes pour être complété.

Merci par avance pour le temps que vous y accorderez. De plus, n'hésitez pas à le partager à d'autres ergothérapeutes susceptibles d'y répondre.

En cas d'informations supplémentaires, je reste disponible par mail à l'adresse suivante : enzo.million@hotmail.fr

Annexe 8 : Formulaire du questionnaire de recherche

Partie 1 : votre démarche collaborative avec l'équipe du SSR.

Description (facultative)

1) Sur une échelle allant de 0 à 5, reconnaissez-vous le travail de chaque professionnel de santé présent au sein de votre équipe de soins du SSR ?

	0	1	2	3	4	5	
Aucune reconnaissance.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Reconnaissance totale.

2) Que ce soit de façon formelle ou informelle, quel est le temps que vous prenez pour échanger avec les professionnels de l'équipe de soins du SSR ?

☐ Vous échangez rarement.

☐ Vous échangez occasionnellement.

☐ Vous échangez souvent.

☐ Autre...

3) Dans le cadre de votre pratique, quelles sont les informations que vous partagez avec l'équipe de soins ?

- ☐ Partage d'information restreinte sur le patient.
- ☐ Partage d'information sur le patient et son parcours de soins.
- ☐ Partage d'information sur le patient, son parcours de soins, sa famille, votre pratique et vos compétences.
- ☐ Autre...

4) Quelle influence a le travail en équipe sur vos prises en soins ?

- ☐ Le travail en équipe n'a aucune influence sur vos prises en soins.
- ☐ Le travail en équipe a une influence sur vos prises en soins.
- ☐ Le travail d'équipe change totalement la vision de vos prises en soins.
- ☐ Autre...

...

5) Concernant votre pratique, au sein de l'équipe du SSR, vous direz que :

- ☐ Il y a une spécialisation et complémentarité des compétences des professionnels avec interdépendance.
- ☐ Il y a une spécialisation et complémentarité des compétences des professionnels sans interdépendance.
- ☐ Il n'y a pas spécialisation et complémentarité des compétences entre les professionnels.
- ☐ Autre...

6) Dans le cas où le patient est suivi par différents professionnels, indiquez la proposition qui correspond le plus à votre pratique :

- ☐ Vous élaborer un projet commun avec l'ensemble de l'équipe par croisement des objectifs des différents p...
- ☐ Vous élaborer un projet pour le patient, puis allez le partager à l'ensemble de l'équipe.
- ☐ Vous élaborer un projet pour le patient sans le partager à l'ensemble de l'équipe.
- ☐ Autre...

:::

7) Des temps de réunions d'équipe sont-ils mis en place au sein du SSR pour évaluer les actions entreprises par l'ensemble de l'équipe ?

- ☐ Oui, ponctuellement.
- ☐ Oui, mais rarement.
- ☐ Non.
- ☐ Autre...

8) Selon vous, l'ensemble de l'équipe de soins du SSR partage-t-elle des valeurs communes ?

- ☐ Oui, l'ensemble de l'équipe partage de mêmes valeurs.
- ☐ Plus ou moins, cependant vous essayer avec l'équipe de tendre vers de mêmes valeurs.
- ☐ Non, l'ensemble de l'équipe ne partage pas les mêmes valeurs.
- ☐ Autre...

9) Sur une échelle allant de 0 à 5, quelle est votre besoin de collaborer avec les autres professionnels de santé du SSR ?

- | | | | | | | | |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Aucun besoin. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Besoin essentiel pour votre pratique. |

:::

Partie 2 : votre pratique auprès du système familial.

Attention, la mention de "système familial" ne demande pas à considérer l'ensemble de la famille. Des figures parentales ou plus généralement des proches aidants de la personne atteinte d'aphasie peuvent être considérés.

10) Concernant votre pratique, quel type d'information partagez-vous au système familial ?

- ☐ Echanges d'informations en lien avec le patient.
- ☐ Echanges d'informations en lien avec le patient et le déroulé de son parcours de soins.
- ☐ Echanges d'informations en lien avec le patient, le déroulé de son parcours de soins et des possibilités de ...
- ☐ Transparence totale des informations.
- ☐ Autre...

11) Dans votre pratique, auprès du système familial, vous direz que :

- ☐ Vous soutenez, informez et formez le système familial avec pour objectif qu'il soit capable d'agir auprès d...
- ☐ Vous êtes peu en contact avec le système familial pour qu'il soit co-acteur du parcours de soins du patient.
- ☐ Vous n'êtes jamais en contact avec le système familial et ne pouvez donc pas lui permettre d'être co-acteu...
- ☐ Autre...

12) Quelle place donneriez-vous au système familial concernant les prises de décision en lien avec le parcours de soins du patient ?

- ☐ Vous partagez et accompagnez le système familial afin qu'il autodétermine avec le patient les décisions c...
- ☐ Vous indiquez au système familial les différentes possibilités concernant le parcours de soins du patient p...
- ☐ Vous orientez le système familial vers les décisions qui vous semble les plus adaptées au parcours de soi...
- ☐ Vous ne partagez pas et vous décidez à la place du système familial de la meilleure décision selon-vous c...
- ☐ Autre...

:::

13) Sur une échelle allant de 0 à 5, indiquer à quel niveau vous accorderiez la citation suivante "le discours de chacun est à respecter et à prendre en compte, "l'expertise" de la famille n'étant pas supérieur à celle des professionnels, et réciproquement".

0 1 2 3 4 5

Absolument pas d'accord. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Absolument d'accord.

14) Dans le parcours de soins du patient en ergothérapie, comment s'établit le rôle du système familial ?

- ☐ Vous n'échangez pas forcément avec le système familial sur leur rôle dans le parcours de soins du patient.
- ☐ Vous indiquez au système familial leur rôle durant le parcours de soins du patient.
- ☐ Vous partagez des informations avec le système familial pour déterminer avec eux leur rôle durant le parc...
- ☐ Le rôle du système familial dans le parcours de soins du patient provient d'une décision que vous avez pri...
- ☐ Autre...

:::

15) Selon vous, quelle est la place du système familial concernant la construction du parcours de soins en ergothérapie du patient.

- ☐ Vous déterminez avec le système familial et en accord avec le patient, les objectifs du parcours de soins e...
- ☐ Vous élaborez les objectifs du parcours de soins en ergothérapie du patient, puis avant de les mettre en pl...
- ☐ Vous élaborez les objectifs du parcours de soins en ergothérapie du patient, puis vous les présentez au sy...
- ☐ Vous élaborez les objectifs du parcours de soins en ergothérapie du patient mais ne les présentez que rar...
- ☐ Autre...

16) Au sein du SSR, favorisez-vous la participation du système familial dans le système de soins ? (Indiquez la ou les propositions correspondant à votre pratique).

- ☐ Vous faites participer le système familial au suivi du patient en ergothérapie.
- ☐ Vous faites participer le système familial à l'organisation du SSR.
- ☐ Vous ne faites pas participer le système familial dans le système de soins.
- ☐ Autre...

Partie 3 : données contextuelles.

Description (facultative)

17) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapie ? *

Réponse courte
.....

18) Depuis l'obtention de votre diplôme d'état d'ergothérapie, combien de temps de travail avez-vous réalisé en SSR ? *

- ☐ Moins d'un an.
- ☐ Entre un an et 5 ans.
- ☐ Entre 5 ans et 10 ans.
- ☐ Entre 10 ans et 15 ans.
- ☐ Autre...

19) Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre temps de travail au sein du SSR dans lequel vous travaillez actuellement ? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Equivaut à 10% du temps plein.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Equivaut à un temps plein (100%)

20) Parmi les propositions suivantes, quels sont les professionnels présents au sein de l'équipe ^{*} du SSR dans lequel vous travaillez actuellement ?

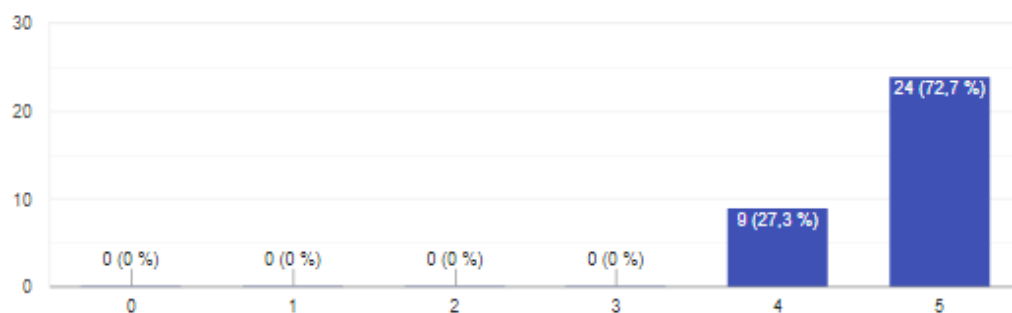
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Médecin MPR
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Infirmière
- ☐ Psychologue
- ☐ Aide-soignant
- ☐ Secrétaire
- ☐ Educateur
- ☐ Neuropsychologue
- ☐ Autre...

Annexe 9 : Réponses au questionnaire de recherche

Partie 1 : votre démarche collaborative avec l'équipe du SSR.

1) Sur une échelle allant de 0 à 5, reconnaissez-vous le travail de chaque professionnel de santé présent au sein de votre équipe de soins du SSR ?

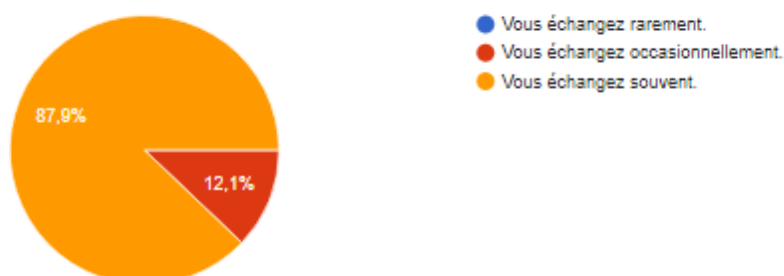
33 réponses



2) Que ce soit de façon formelle ou informelle, quel est le temps que vous prenez pour échanger avec les professionnels de l'équipe de soins du SSR ?

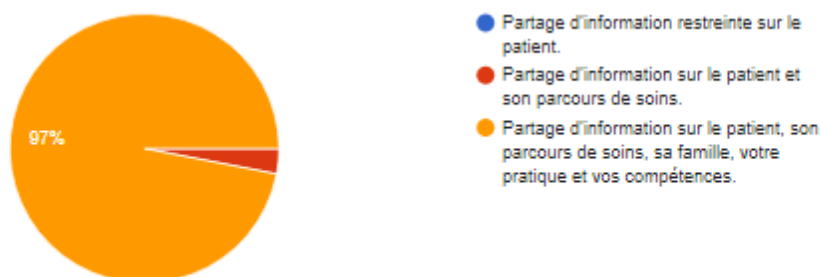


33 réponses



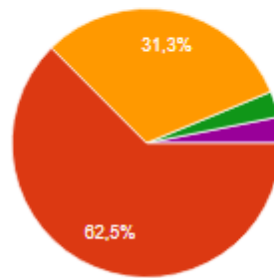
3) Dans le cadre de votre pratique, quelles sont les informations que vous partagez avec l'équipe de soins ?

33 réponses



4) Quelle influence a le travail en équipe sur vos prises en soins ?

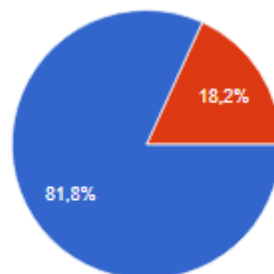
32 réponses



- Le travail en équipe n'a aucune influence sur vos prises en soins.
- Le travail en équipe a une influence sur vos prises en soins.
- Le travail d'équipe change totalement la vision de vos prises en soins.
- Le travail en équipe ne change pas ma vision de mes PES, mais cela enrichie nos pratiques. Cela nous permet d'être...
- enrichissement de la PEC

5) Concernant votre pratique, au sein de l'équipe du SSR, vous direz que :

33 réponses

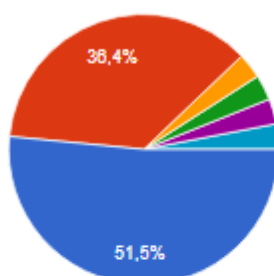


- Il y a une spécialisation et complémentarité des compétences des professionnels avec interdépendance.
- Il y a une spécialisation et complémentarité des compétences des professionnels sans interdépendance.
- Il n'y a pas spécialisation et complémentarité des compétences entre les professionnels.

6) Dans le cas où le patient est suivi par différents professionnels, indiquez la proposition qui correspond le plus à votre pratique :



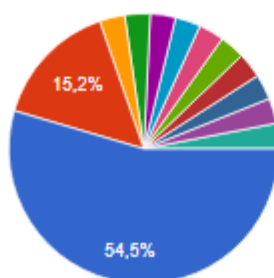
33 réponses



- Vous élaborez un projet commun avec l'ensemble de l'équipe par croisement...
- Vous élaborez un projet pour le patient, puis allez le partager à l'ensemble de l...
- Vous élaborez un projet pour le patient sans le partager à l'ensemble de l'équi...
- Nous élaborons un projet commun avec des objectifs spécialisés à chaque dis...
- Vous élaborez un projet commun avec...
- Nous élaborons le projet avec le patie...

7) Des temps de réunions d'équipe sont-ils mis en place au sein du SSR pour évaluer les actions entreprises par l'ensemble de l'équipe ?

33 réponses

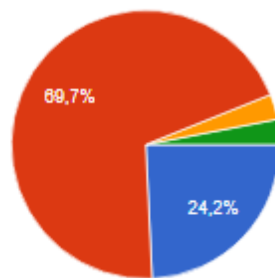


- Oui, ponctuellement.
- Oui, mais rarement.
- Non.
- Oui tous les jours
- Tous les 15 jours
- à J15 de leur arrivée, puis tous les mo...
- Plus depuis un an en raison de la cris...
- oui 1 fois par semaine

▲ 1/2 ▼

8) Selon vous, l'ensemble de l'équipe de soins du SSR partage-t-elle des valeurs communes ?

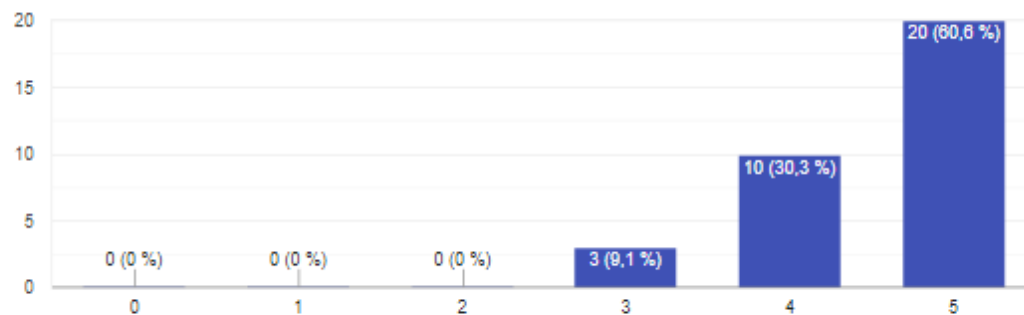
33 réponses



- Oui, l'ensemble de l'équipe partage de mêmes valeurs.
- Plus ou moins, cependant vous essayer avec l'équipe de tendre vers de mêmes valeurs.
- Non, l'ensemble de l'équipe ne partage pas les mêmes valeurs.
- Les rééducateurs (Ergothérapeutes, Kinésithérapeutes, Orthophonistes) partagent entre eux les mêmes valeurs...

9) Sur une échelle allant de 0 à 5, quelle est votre besoin de collaborer avec les autres professionnels de santé du SSR ?

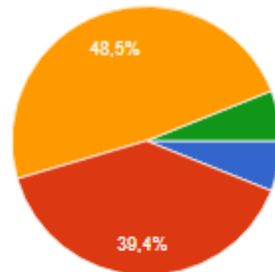
33 réponses



Partie 2 : votre pratique auprès du système familial.

10) Concernant votre pratique, quel type d'information partagez-vous au système familial ? 

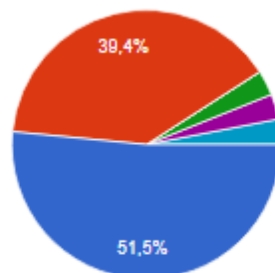
33 réponses



- Echanges d'informations en lien avec le patient.
- Echanges d'informations en lien avec le patient et le déroulé de son parcours de soins.
- Echanges d'informations en lien avec le patient, le déroulé de son parcours de soins et des possibilités de soins.
- Transparence totale des informations.

11) Dans votre pratique, auprès du système familial, vous direz que :

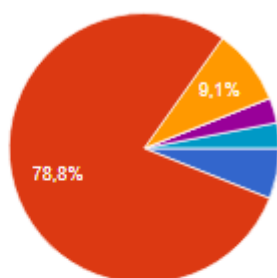
33 réponses



- Vous soutenez, informez et formez le système familial avec pour objectif qu'il...
- Vous êtes peu en contact avec le système familial pour qu'il soit co-acte...
- Vous n'êtes jamais en contact avec le système familial et ne pouvez donc pa...
- Nous sommes régulièrement en contact avec l'entourage du patient pour l'impli...
- Rôle d'information/conseils/préconisati...
- Période très particulière avec le Covid...

12) Quelle place donneriez-vous au système familial concernant les prises de décision en lien avec le parcours de soins du patient ?

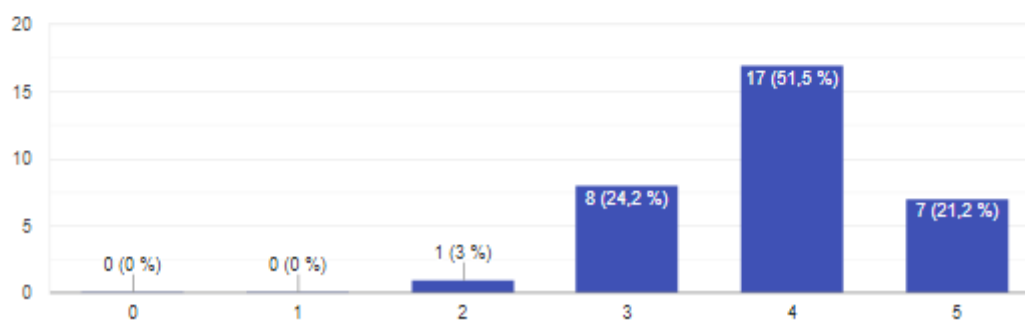
33 réponses



- Vous partagez et accompagnez le système familial afin qu'il autodétermi...
- Vous indiquez au système familial les différentes possibilités concernant le p...
- Vous orientez le système familial vers les décisions qui vous semble les plus...
- Vous ne partagez pas et vous décidez à la place du système familial de la meill...
- le médecin et la cadre font le plus sou...
- Le medecin est le lien principal avec l...

13) Sur une échelle allant de 0 à 5, indiquer à quel niveau vous accorderiez la citation suivante "le discours de chacun est à respecter et à prendre en compte, "l'expertise" de la famille n'étant pas supérieur à celle des professionnels, et réciproquement".

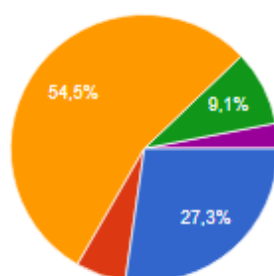
33 réponses



14) Dans le parcours de soins du patient en ergothérapie, comment s'établit le rôle du système familial ?



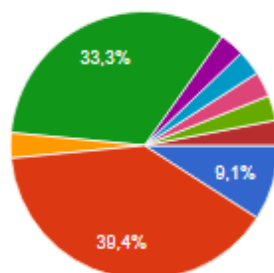
33 réponses



- Vous n'échangez pas forcément avec le système familial sur leur rôle dans le p...
- Vous indiquez au système familial leur rôle durant le parcours de soins du pat...
- Vous partagez des informations avec le système familial pour déterminer avec...
- Le rôle du système familial dans le parcours de soins du patient provient...
- cela dépend des patients et des objectifs ainsi que de l'implication de l'entourage

15) Selon vous, quelle est la place du système familial concernant la construction du parcours de soins en ergothérapie du patient.

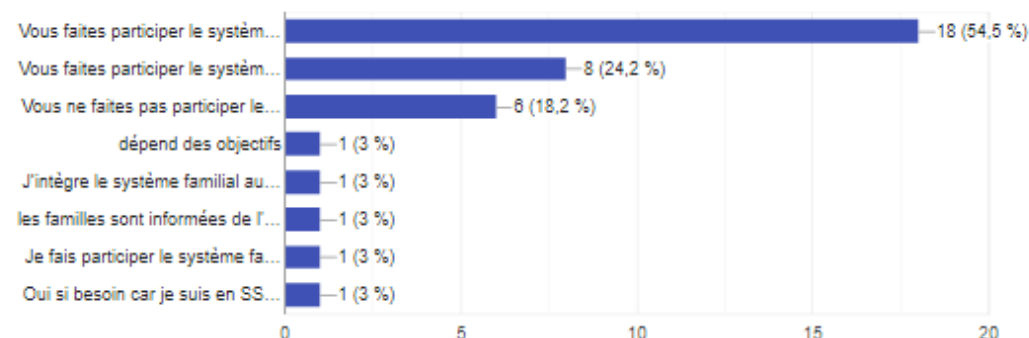
33 réponses



- Vous déterminez avec le système familial et en accord avec le patient, le...
- Vous élaborez les objectifs du parcours...
- Vous élaborez les objectifs du parcours...
- Vous élaborez les objectifs du parcours...
- J'élabore les objectifs avec le patient,...
- cela dépend du moment de la prise en...
- Les objectifs sont élaborés en accord...
- J'élabore mes objectifs avec le patient...
- Les objectifs de rééducation sont peu...

16) Au sein du SSR, favorisez-vous la participation du système familial dans le système de soins ? (Indiquez la ou les propositions correspondant à votre pratique).

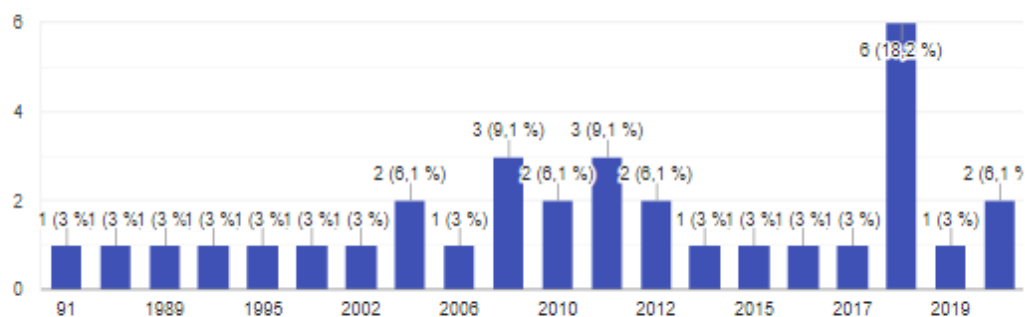
33 réponses



Partie 3 : données contextuelles.

17) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'ergothérapie ?

33 réponses



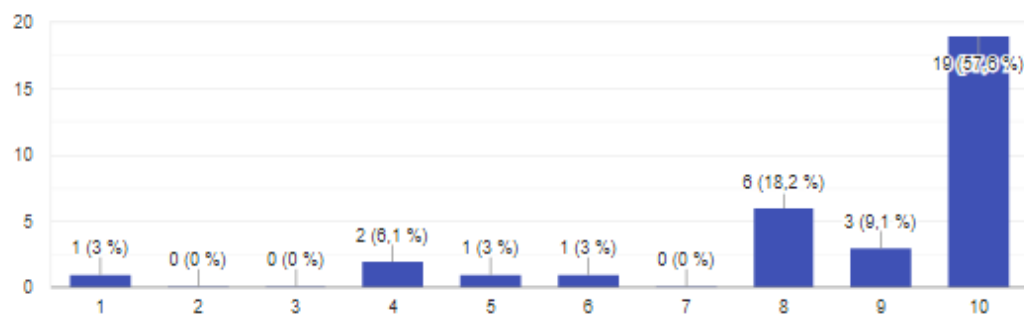
18) Depuis l'obtention de votre diplôme d'état d'ergothérapie, combien de temps de travail avez-vous réalisé en SSR ?

33 réponses



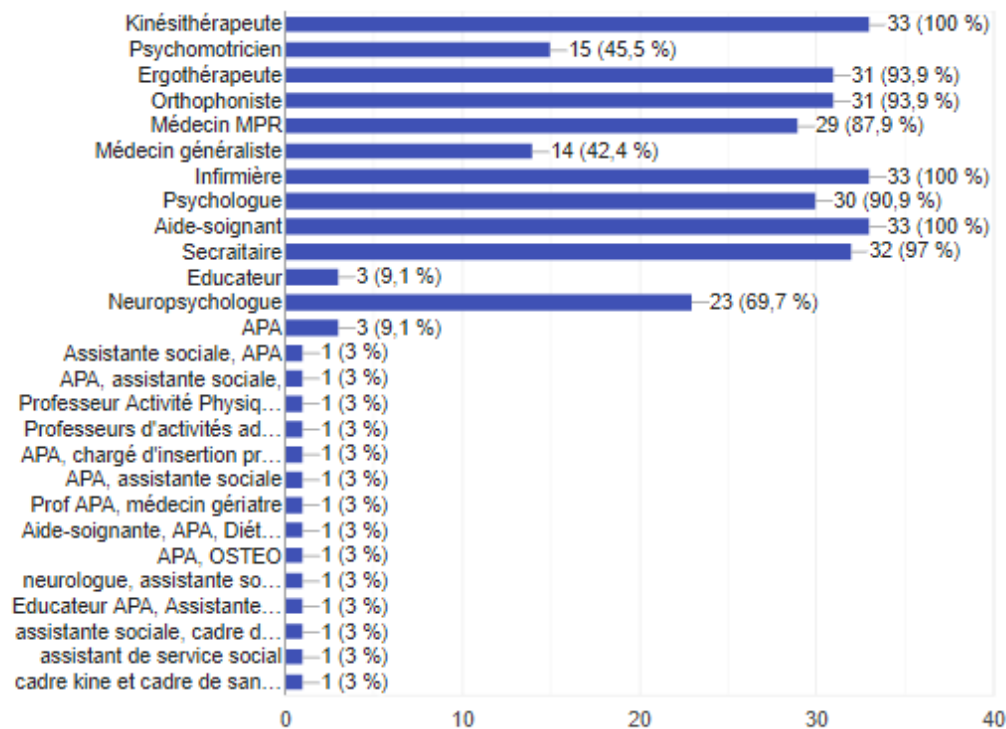
19) Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre temps de travail au sein du SSR dans lequel vous travaillez actuellement ?

33 réponses



20) Parmi les propositions suivantes, quels sont les professionnels présents au sein de l'équipe du SSR dans lequel vous travaillez actuellement ?

33 réponses



Annexe 10 : Analyse descriptive de l'enquête exploratoire (données brutes)

Indicateurs	Questions	Catégorisation	Réponses
A, B, C	1) Sur une échelle allant de 0 à 5, reconnaissez-vous le travail de chaque professionnel de santé présent au sein de votre équipe de soins du SSR.	- 9B : 5 - 9A : 3-4 - 9C : 0-2	- 9B = 24 - 9A = 9 - 9C = 0 → Total = 33
A, B, C	2) Que ce soit de façon formelle ou informelle, quel est le temps que vous prenez pour	- 2B : Vous échangez souvent. - 2A : Vous échangez occasionnellement.	- 2B = 29 - 2A = 4 - 2C = 0 - Autre = 0 → Total = 33

	échanger avec les professionnels de l'équipe de soins du SSR ?	- 2C : Vous échangez rarement. - Autre	
A, B, C	3) Dans le cadre de votre pratique, quelles sont les informations que vous partagez avec l'équipe de soins ?	- 3B : Partage d'information sur le patient, son parcours de soins, sa famille, votre pratique et vos compétences. - 3A : Partage d'information sur le patient et son parcours de soins. - 3C : Partage d'information restreinte sur le patient. - Autre	- 3B = 32 - 3A = 1 - 3C = 0 - Autre = 0 → Total = 33
A, B, C	4) Selon vous, quelle influence a le travail en équipe sur vos prises en soin ?	- 6B : le travail d'équipe change totalement la vision de vos prises en soins. - 6A : le travail en équipe a une influence sur vos prises en soin. - 6C : le travail en équipe n'a aucune influence sur vos prises en soin. - Autre	- 6B = 10 - 6A = 20 - 6C = 0 - Autre = 2 - « Le travail en équipe ne change pas ma vision de mes PES, mais cela enrichie nos pratiques. Cela nous permet d'être plus holistique et d'avoir un maximum d'infos sur le patient, ses

			habitudes, sa famille... » (6A). - (non classé car manque d'information). → Total = 32
A, B, C	5) Concernant votre pratique, au sein de l'équipe du SSR vous direz que :	- 5B : il y a une spécialisation complémentarité des compétences des professions avec interdépendance. - 5A : il y a une spécialisation et complémentarité des compétences des professionnels sans interdépendance. - 5C : il n'y a pas de spécialisation et complémentarité entre les professionnels. - Autre.	- 5B = 27 - 5A = 6 - 5C = 0 - Autre = 0 → Total = 33
A, B, C	6) Dans le cas où le patient est suivi par différents professionnels, indiquez la proposition qui correspond à votre pratique :	- 4B : vous élaborerez un projet commun avec l'ensemble de l'équipe par croisement des objectifs des différents professionnels.	- 4B = 17 - 4A = 12 - 4C = 1 - Autre = 3 - « Nous élaborons un projet commun avec des objectifs spécialisés à chaque discipline et en accord

		- 4A : vous élaborez un projet pour le patient, puis allez le partager à l'ensemble de l'équipe. - 4C : vous élaborez un projet pour le patient sans le partager à l'ensemble de l'équipe. - Autre.	avec le patient surtout » (4B). - « Vous élaborez un projet commun avec l'ensemble de l'équipe par croisement des objectifs des différents professionnels + objectifs négociés avec le patient et projet de soin présenté au patient et à sa famille lors de la première réunion d'équipe avec le patient (J15 après son arrivée) » (4B). - « Nous élaborons le projet avec le patient et la famille puis en discutons en équipe » (4A). → Total = 33
A, B, C	7) Des temps de réunions d'équipe sont-ils mis en place au sein du SSR pour évaluer les actions entreprises par l'ensemble de l'équipe ?	- 8B : oui, ponctuellement. - 8A : oui, mais rarement. - 8C : non. - Autre.	- 8B = 18 - 8A = 5 - 8C = 1 - Autre = 9 - « Oui tous les jours » (8B). - « Tous les 15 jours » (8B). - « à J15 de leur arrivée, puis tous les

			mois voir plus si besoin » (8B). - « oui 1 fois par semaine » (8B). - « Plus depuis un an en raison de la crise sanitaire ... Sinon, habituellement, une réunion hebdomadaire pluriprofessionnelle. » (8B). - « Oui, une fois par semaine » (8B). - « 1 fois par semaine en équipe et ponctuellement (sur demande) avec le patient » (8B). - « oui, toutes les semaines » (8B). - « hebdomadaires en équipe pluri et au quotidien entre rééducateurs » (8B). → Total = 33
A, B, C	8) Selon vous, l'ensemble de l'équipe de soins du SSR partage-t-elle des valeurs communes ?	- 1B : oui, selon vous l'ensemble de l'équipe partage de mêmes valeurs. - 1A : plus ou moins, cependant vous essayer avec l'équipe de tendre	- 1B : 8 - 1A : 23 - 1C : 1 - Autre = 1 - (non classé car manque d'information). → Total = 33

		vers de même valeur. - 1C : non, selon-vous l'ensemble de l'équipe ne partage pas les mêmes valeurs. -Autre.	
A, B, C	9) Sur une échelle allant de 0 à 5, quelle est votre besoin de collaborer avec les autres professionnels de santé du SSR ?	- 7B : 5 - 7A : 3-4 - 7C : 0-2	- 7B = 20 - 7A = 13 - 7C = 0 → Total = 33
E, F, G, H	10) Concernant votre pratique, quel type d'information partagez-vous au système familial ?	- 1H : Transparence totale des informations. - 1G : Echange d'information en lien avec le patient, le déroulé de son parcours de soins et des possibilités de soin. - 1F : Echange d'information en lien avec le patient et le déroulé de son parcours de soins. - 1E : Echange d'information en lien avec le patient. - Autre.	- 1H = 2 - 1G = 16 - 1F = 13 - 1E = 2 - Autre = 0 → Total = 33

E, F, G, H	11) Dans votre pratique, auprès du système familial, vous diriez que :	- 2H : vous soutenez, informez et formez le système familial avec pour objectif qu'il soit capable d'agir auprès du patient et qu'il soit acteur de son parcours de soins. - 2G : vous êtes peu en contact avec le système familial pour qu'il soit acteur du parcours de soins du patient. - 2F : vous n'êtes jamais en contact avec le système familial et ne pouvez donc pas lui permettre d'être acteur du parcours de soins du patient. - Autre et 2E.	- 2H = 17 - 2G = 13 - 2F = 0 - Autre et 2E = 3 - « Rôle d'information, conseils, préconisation auprès de la famille, entourage en lien avec le patient » (2H). - « Nous sommes régulièrement en contact avec l'entourage du patient pour l'impliquer dans son parcours de soin » (2H). - (non classé car manque d'information). → Total = 33
E, F, G, H	12) Quelle place donneriez-vous au système familial concernant les prises de décision en lien avec le parcours de soins du patient ?	- 3H : vous partagez et accompagnez le système familial afin qu'elle autodétermine les décisions en lien avec le parcours de soins du patient.	- 3H = 2 - 3G = 26 - 3F = 3 - 3E = 0 - Autre = 2 - (non classé car manque d'information). → Total = 33

		- 3G : vous indiquez au système familial les différentes possibilités concernant le parcours de soins du patient puis vous les accompagnez dans leur choix. - 3F : vous orientez le système familial vers les décisions qui vous semblent les plus adaptés au patient. - 3E : vous ne partagez pas et vous décidez, à la place du système familial, de la meilleure décision selon-vous concernant le patient. - Autre.	
E, F, G, H	13) Sur une échelle allant de 0 à 5, indiquer à quel niveau vous accorderiez la citation suivante « le discours de chacun est à respecter et à prendre en compte,	- 4H : 5 - 4G : 4 - 4F : 3 - 4E : 0-2	- 4H = 7 - 4G = 17 - 4F = 8 - 4E = 1 → Total = 33

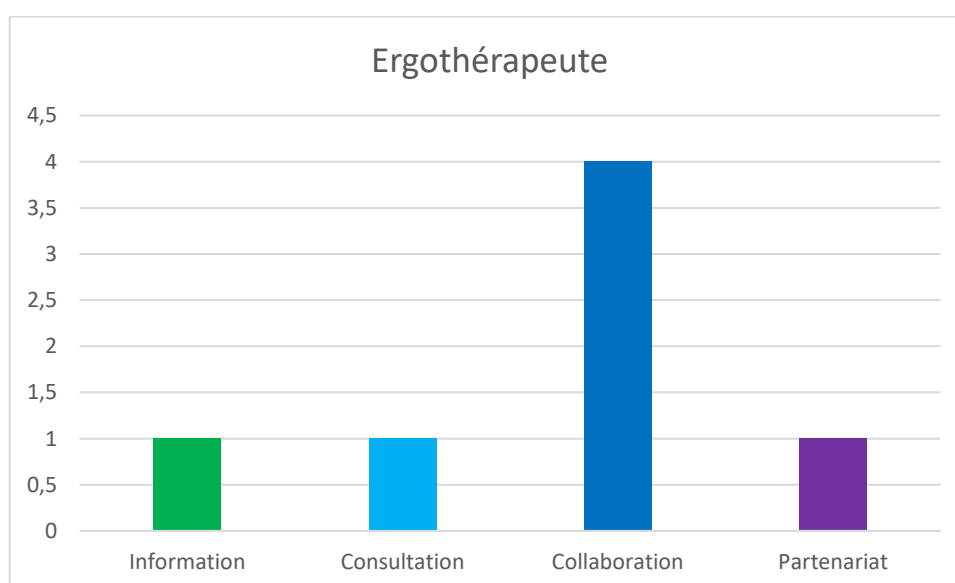
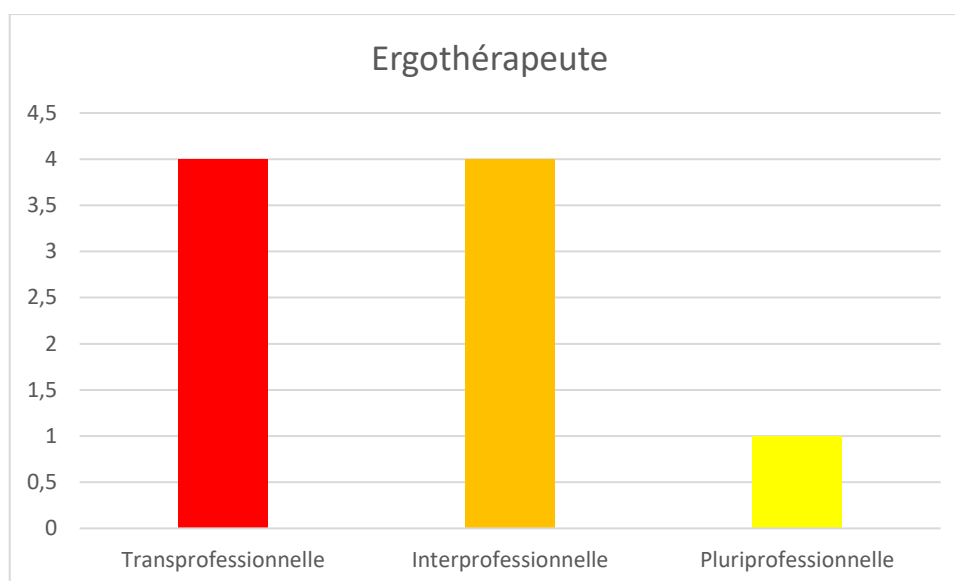
	l'expertise de la famille n'étant pas supérieur à celle des professionnels, et réciproquement ».		
E, F, G, H	14) Dans le parcours de soins du patient en ergothérapie, comment s'établit le rôle du système familial ?	- 5H : le rôle du système familial dans le parcours de soins du patient provient d'une décision que vous avez pris communément avec le système familial. - 5G : vous partagez des informations avec le système familial pour déterminer avec eux leur rôle durant le parcours de soin du patient. - 5F : vous indiquez au système familial leur rôle durant le parcours de soins du patient. - 5E : vous n'échangez pas forcément avec le système familial sur leur rôle dans le parcours de soin du patient. Le rôle de	- 5H = 3 - 5G = 18 - 5F = 2 - 5E = 9 - Autre = 1 - (non classé car manque d'information). → Total = 33

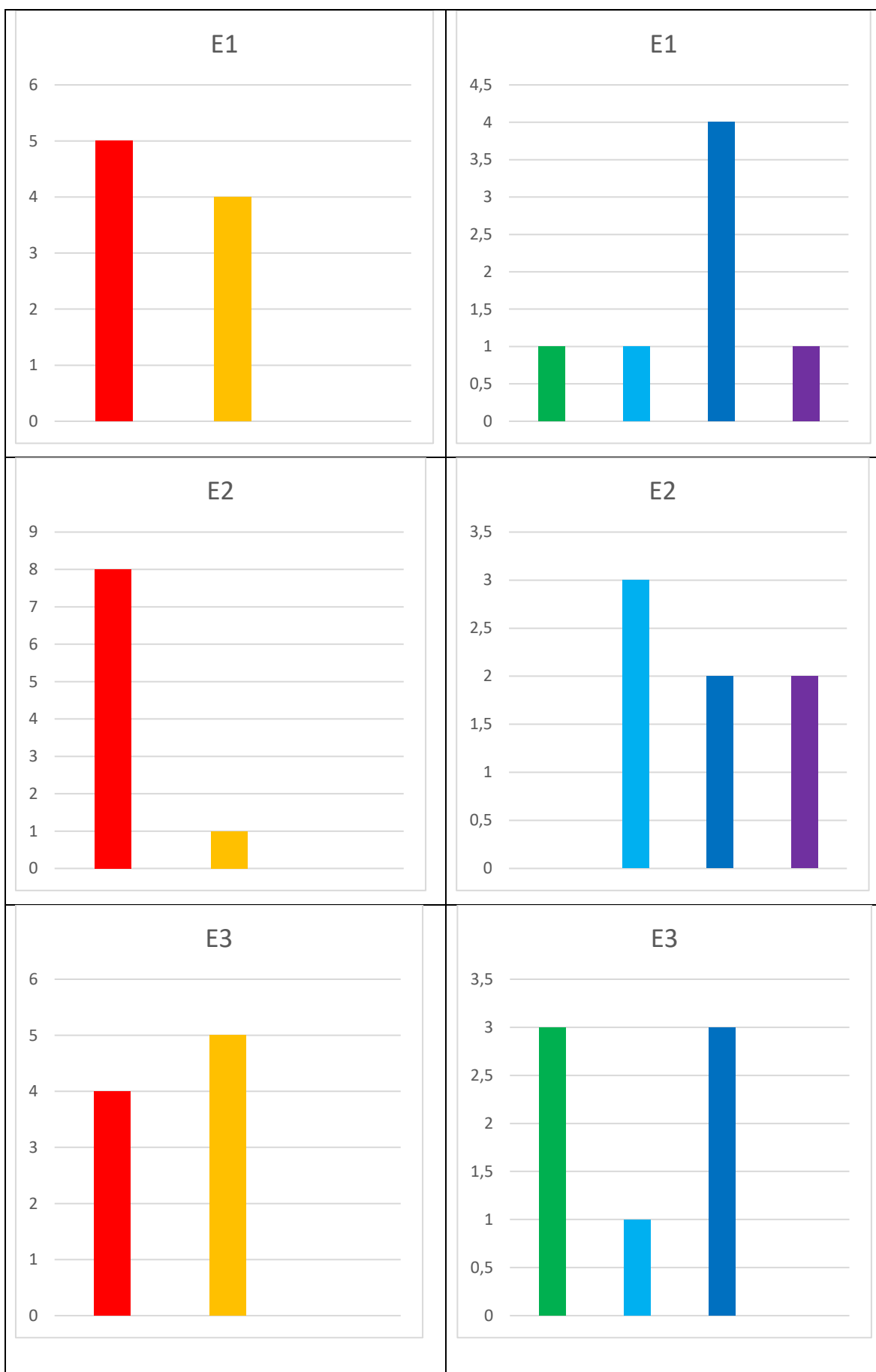
		chacun se fait automatiquement. - Autre.	
E, F, G, H	15) Selon vous, quelle est la place du système familial concernant la construction du parcours de soins en ergothérapie du patient ?	- 6H : vous déterminez avec le système familial et en accord avec le patient, les objectifs du parcours de soins en ergothérapie de ce dernier. - 6G : vous élaborez les objectifs du parcours de soins en ergothérapie du patient, puis avant de les mettre en place, vous leur apportez des modifications suites aux échanges avec le système familial et le patient. - 6F : vous élaborez les objectifs du parcours de soins en ergothérapie du patient, puis vous le présentez au système familial sans leur apporter de modification avant de les mettre en place.	- 6H = 3 - 6G = 13 - 6F = 1 - 6E = 11 - Autre = 5 - « J'élabore les objectifs avec le patient, si aphasie de Broca, car il peut exprimer s'il est d'accord ou non, puis on voit si la faille a des objectifs à rajouter. Avec les personnes avec une aphasie de Wernicke, les objectifs sont vus principalement avec la famille » (6H). - « J'élabore mes objectifs avec le patient, j'informe la famille de ce que le patient a décidé. » (6F). - 3 (non classés car manque d'information). → Total = 33

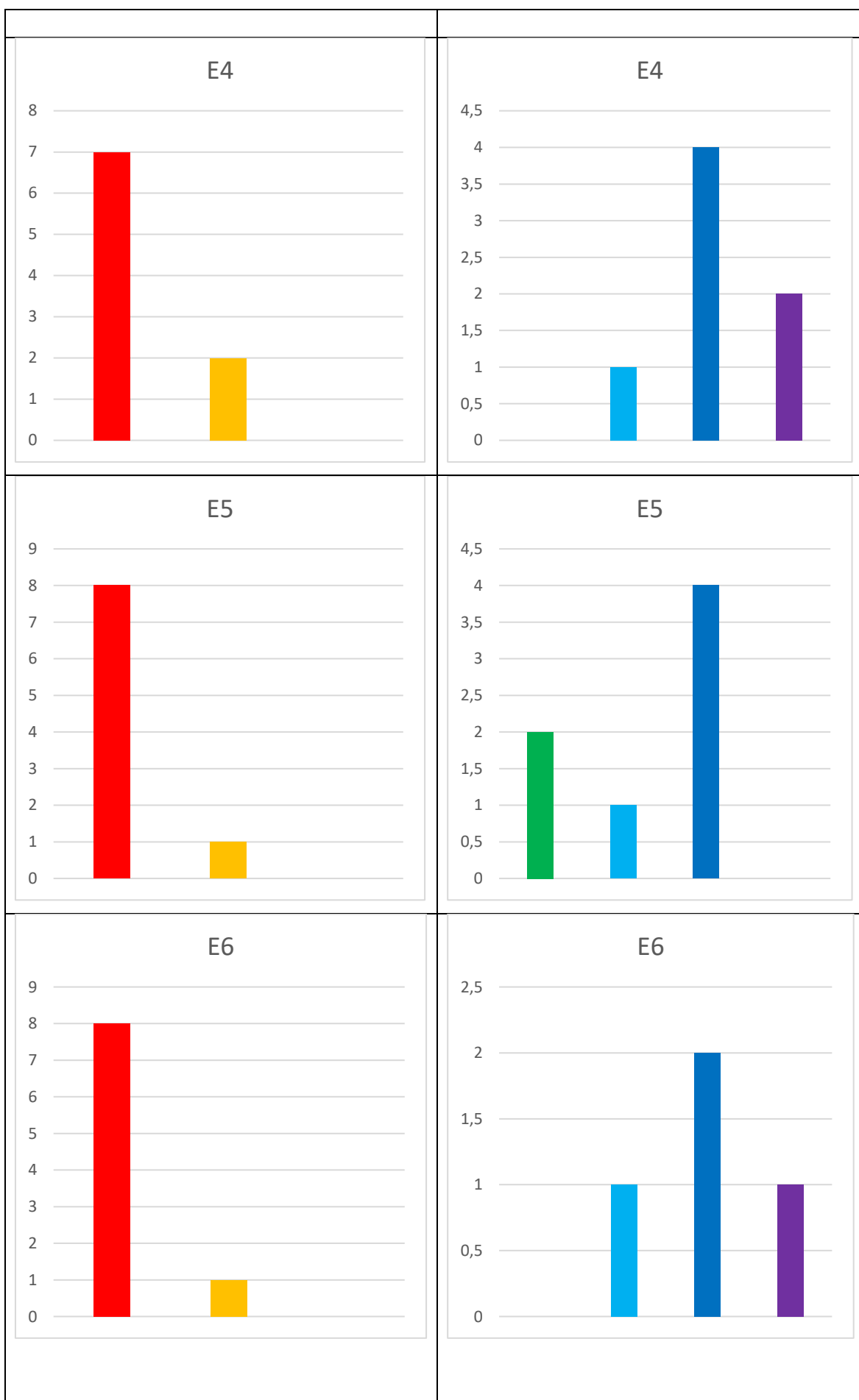
		- 6E : vous élaborez les objectifs du parcours de soins en ergothérapie du patient mais ne les présentez que rarement au système familial. - Autre.	
E, F, G, H	16) Au sein du SSR, favorisez-vous la participation du système familial dans le système de soins ? (Indiquez la ou les propositions correspondant à votre pratique).	-7H : vous faites participer le système familial à l'élaboration des politiques de santé. - 7G : vous faites participer le système familial à l'organisation du SSR. - 7F : vous faites participer le système familial au suivi du patient en ergothérapie. - 7E : vous ne faites pas participer le système familial dans le système de soins. - Autre.	- 7H = 0 - 7G = 8 - 7F = 18 - 7E = 6 - Autre = 5 (non classés car manque d'information). → Total = 33

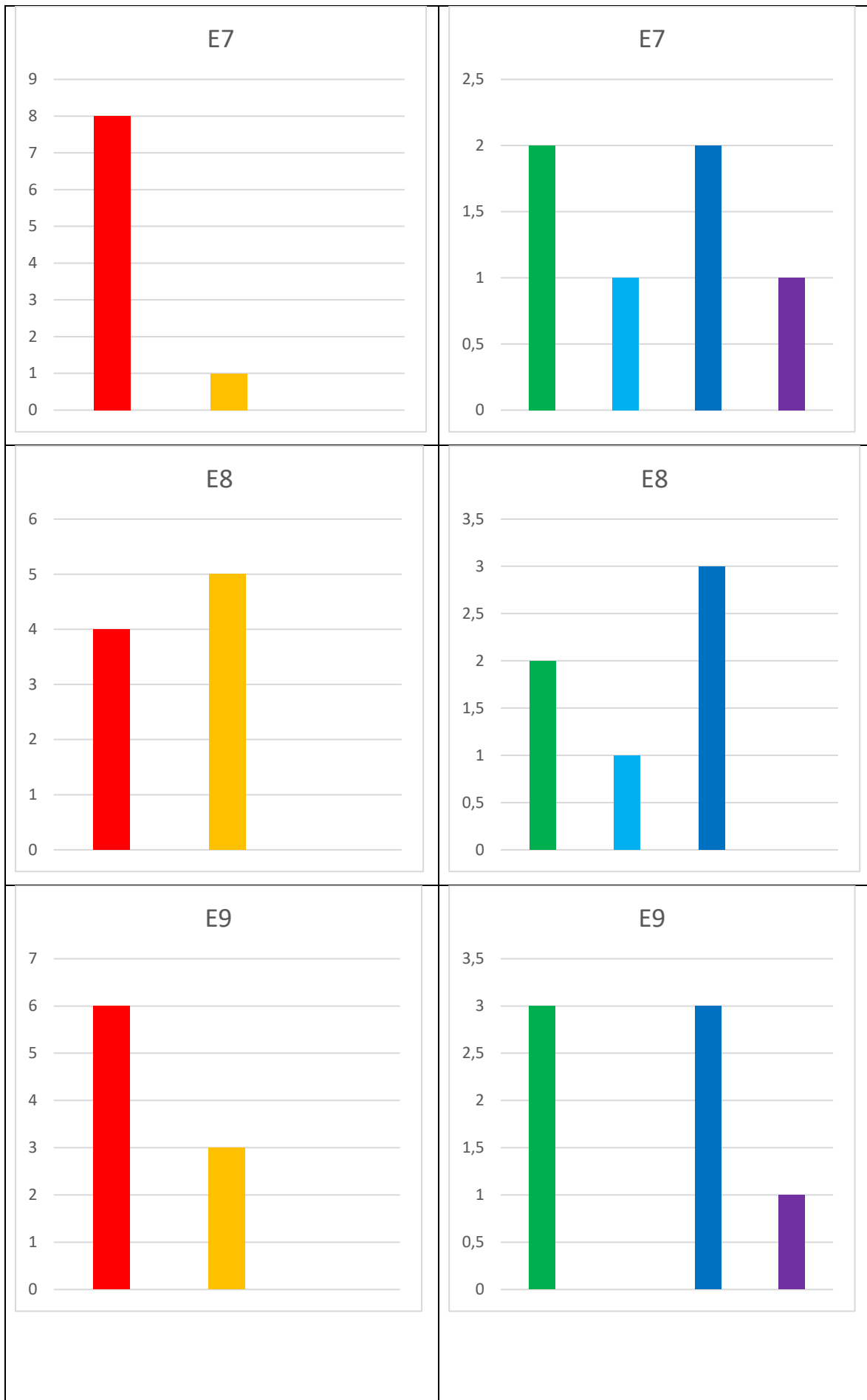
Annexe 11 : Histogrammes représentant les modalités de collaboration et d'engagement des 33 ergothérapeutes

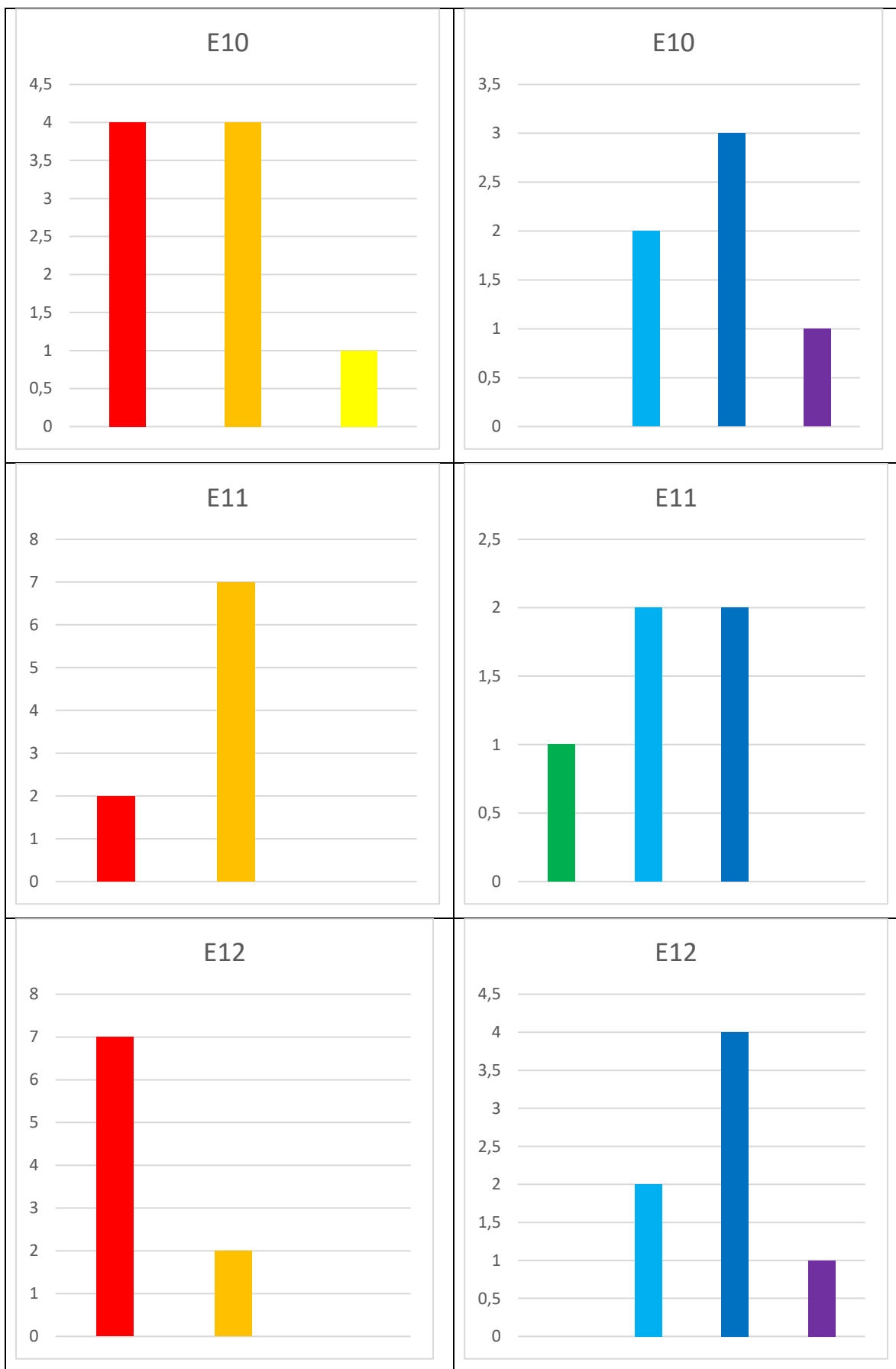
Légende :

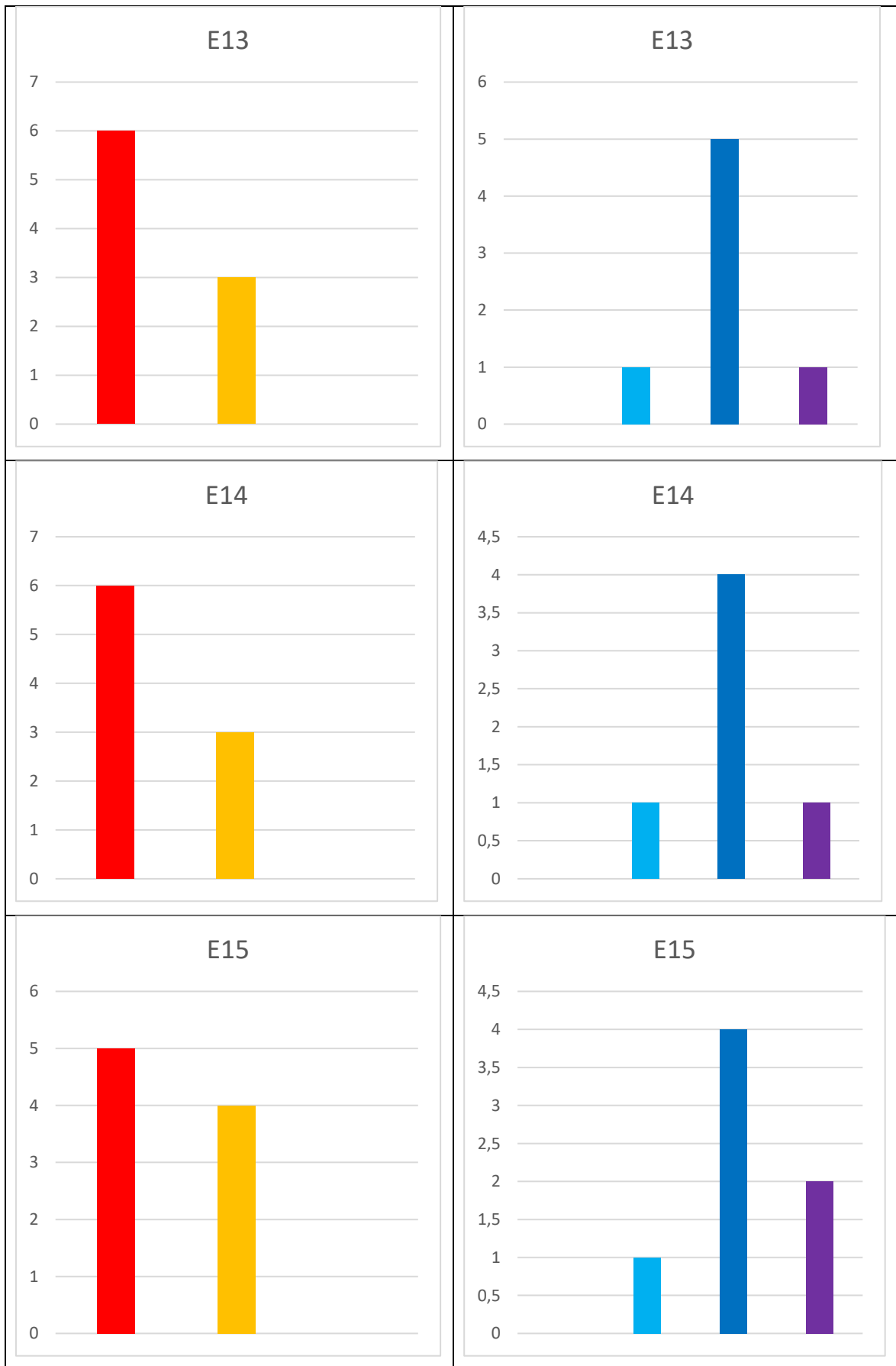


Résultats :

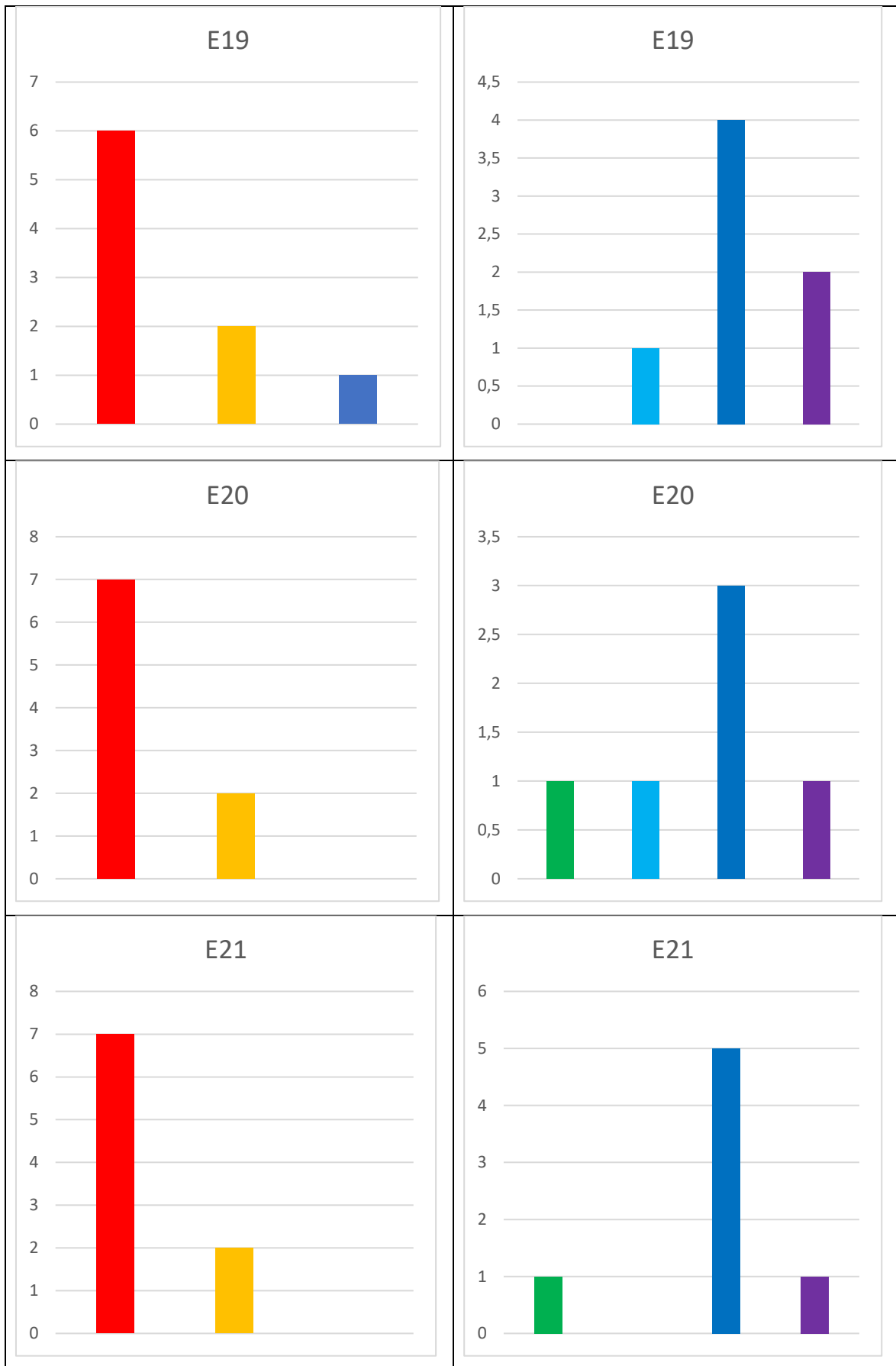


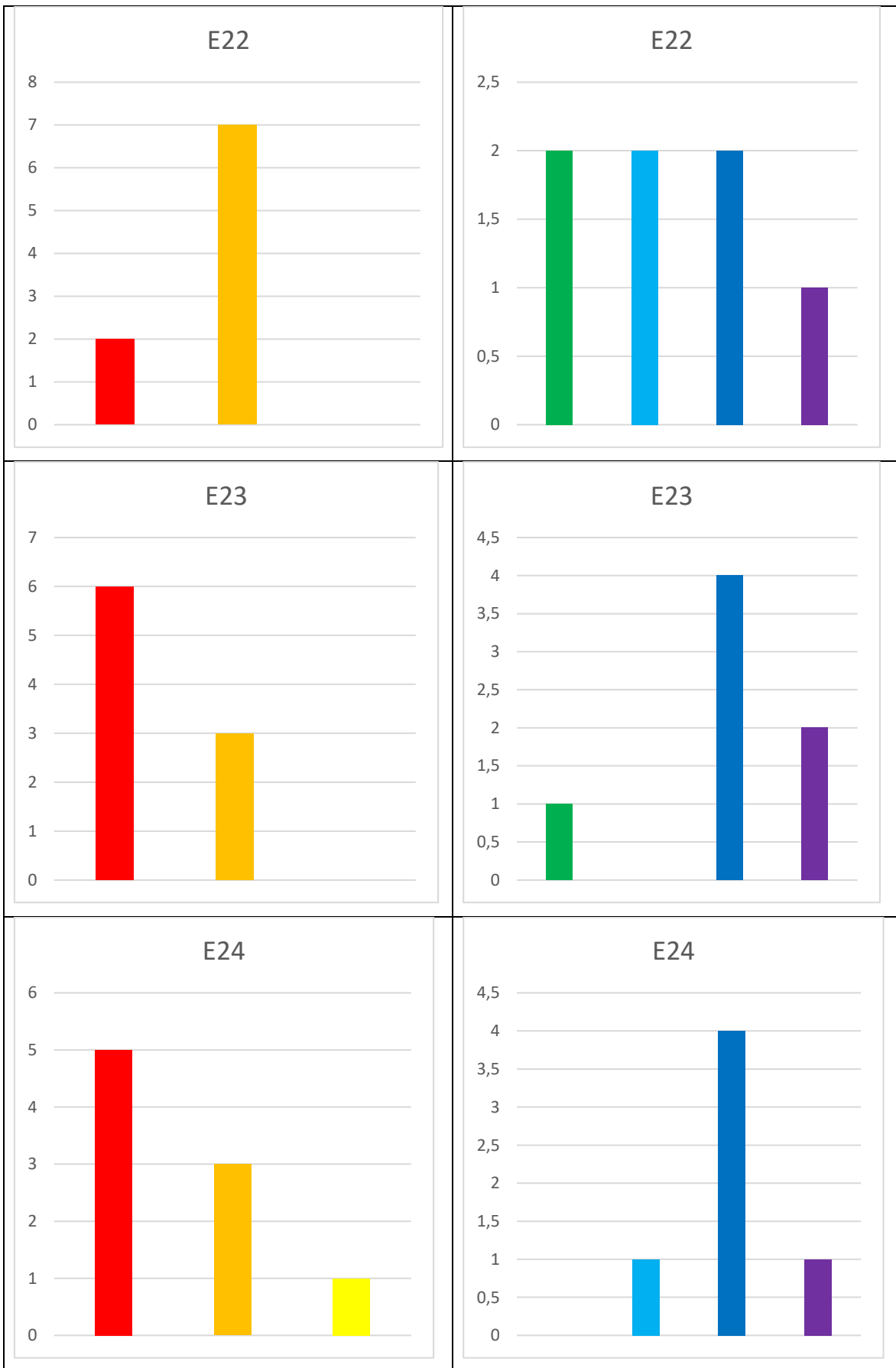




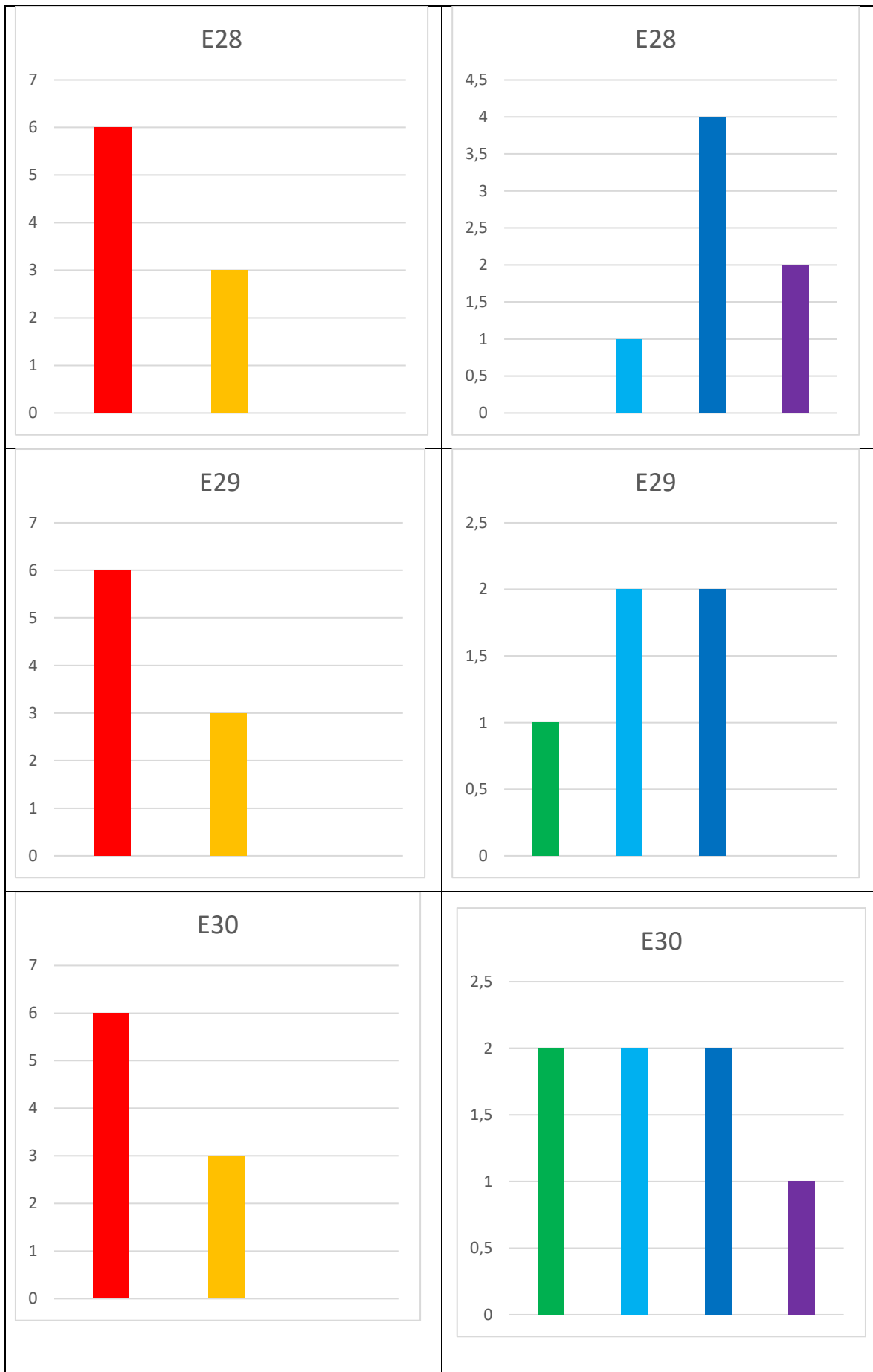


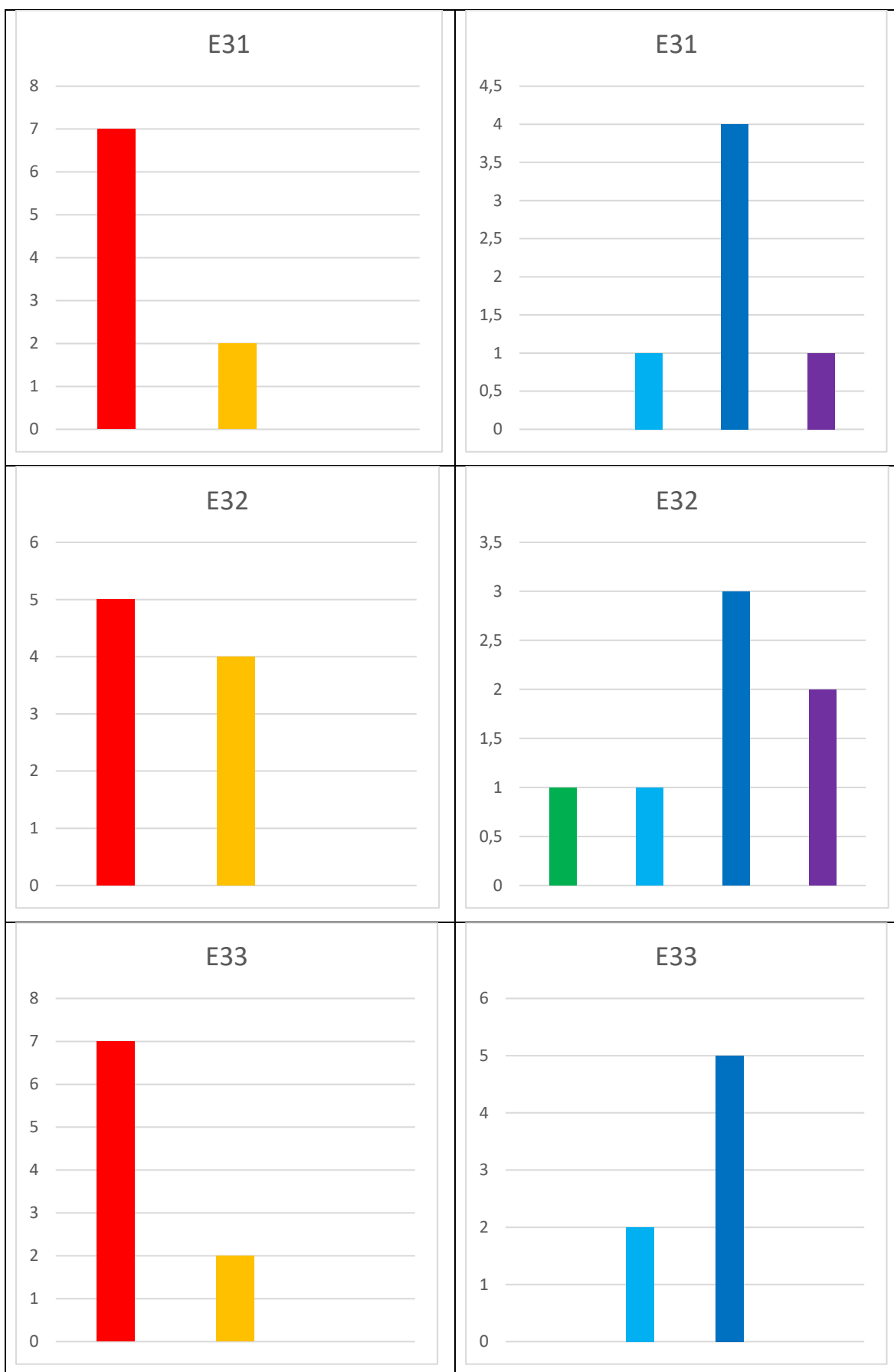












Annexe 12 : Analyses inférentielles des hypothèses

Tableau Excel ® : calcul du coefficient par rang de **Spearman** de H1 :

Ergothérapeutes	X	Rang	Ergothérapeutes	Y	Rang	di	(di) ²	Somme	Rho (p)
1	23	8	1	19	13,5	-5,5	30,25	2622	0,176904
2	26	25,5	2	20	17,5	-8	64		
3	25	20	3	22	24,5	-4,5	20,25		
4	26	25,5	4	16	6,5	19	361		
5	26	25,5	5	12	3	22,5	506,25		
6	22	4,5	6	13	4	0,5	0,25		
7	21	3	7	17	8	-5	25		
8	20	2	8	11	1,5	0,5	0,25		
9	25	20	9	20	17,5	2,5	6,25		
10	24	13,5	10	21	21,5	-8	64		
11	24	13,5	11	18	10,5	3	9		
12	23	8	12	22	24,5	-16,5	272,25		
13	19	1	13	15	5	-4	16		
14	25	20	14	18	10,5	9,5	90,25		
15	23	8	15	22	24,5	-16,5	272,25		
16	25	20	16	16	6,5	13,5	182,25		
17	25	20	17	20	17,5	2,5	6,25		
18	24	13,5	18	21	21,5	-8	64		
19	22	4,5	19	18	10,5	-6	36		
20	23	8	20	20	17,5	-9,5	90,25		
21	26	25,5	21	25	27	-1,5	2,25		
22	24	13,5	22	20	17,5	-4	16		
23	24	13,5	23	22	24,5	-11	121		
24	24	13,5	24	11	1,5	12	144		
25	25	20	25	18	10,5	9,5	90,25		
26	23	8	26	20	17,5	-9,5	90,25		
27	25	20	27	19	13,5	6,5	42,25		

Vérification du coefficient par rang de **Spearman** avec le logiciel STHDA® :

Spearman's rank correlation rho

Correlation coefficient	p-value
0.1769	0.3774

Tableau Excel ® : calcul du **Khi deux** de H1 :

(fo)	Transprofessionnel	Mixte T/I	Interprofessionnel	Mixte I/P	Pluriprofessionnel	Total
Information	0	0	0	0	0	0
Mixte I/C	0	0	0	0	0	0
Consultation	2	0	0	0	0	2
Mixte C/C	1	0	1	0	0	2
Collaboration	19	0	2	1	0	22
Mixte C/P	0	0	0	0	0	0
Partenariat	1	0	0	0	0	1
Total	23	0	3	1	0	27

(fa)	Transprofessionnel	Mixte T/I	Interprofessionnel	Mixte I/P	Pluriprofessionnel	Total
Information	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mixte I/C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consultation	1,70	0,00	0,22	0,07	0,00	0,07
Mixte C/C	1,70	0,00	0,22	0,07	0,00	0,07
Collaboration	18,74	0,00	2,44	0,81	0,00	0,81
Mixte C/P	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Partenariat	0,85	0,00	0,11	0,04	0,00	0,04
Total	23	0	3	1	0	27

(fo-fa) ²	Transprofessionnel	Mixte T/I	Interprofessionnel	Mixte I/P	Pluriprofessionnel	Total
Information	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Mixte I/C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Consultation	0,09	0,00	0,05	0,01	0,00	2
Mixte C/C	0,50	0,00	0,60	0,01	0,00	2
Collaboration	0,07	0,00	0,20	0,03	0,00	22
Mixte C/P	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Partenariat	0,02	0,00	0,01	0,00	0,00	1
Total	23	0	3	1	0	27

(fo-fa) ² /fa	Transprofessionnel	Mixte T/I	Interprofessionnel	Mixte I/P	Pluriprofessionnel	Total
Information	0	0	0	0	0	0
Mixte I/C	0	0	0	0	0	0
Consultation	0,05	0	0,22	0,07	0	2
Mixte C/C	0,29	0	2,72	0,07	0	2
Collaboration	0	0	0,08	0,04	0	22
Mixte C/P	0	0	0	0	0	0
Partenariat	0,03	0	0,11	0,04	0	1
Total	23	0	3	1	0	27

χ^2	▼
	3,74
χ^2 critique	▼
	5,23

Résumé :

Introduction : les données issues de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire font états que les ergothérapeutes rencontrent des difficultés pour s'engager auprès de la personne atteinte d'aphasie dans leur parcours de soins en ergothérapie. L'engagement pouvait être amélioré lorsque les ergothérapeutes collaboraient avec les autres professionnels de santé du service de soins de suite et de réadaptation (SSR). D'autant plus que la collaboration permettrait à la famille du patient atteint d'aphasie de s'engager dans le parcours de soins en ergothérapie. L'objectif de la recherche est de confirmer ou pas l'hypothèse suivante : « le type de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de santé du SSR, a une influence sur l'engagement du système familial dans le parcours de soins en ergothérapie du patient atteint d'aphasie ». Méthode : un questionnaire construit à partir d'une méthode de recherche différentielle permet de recueillir 33 réponses d'ergothérapeutes. Résultats : les analyses descriptive et inférentielle indiquent qu'il existe un lien de corrélation $\rho = 0,1769$ entre les deux variables de l'hypothèse. Ce résultat fait état que les ergothérapeutes qui travaillent en collaboration avec les autres professionnelles de santé du SSR, favorisent l'engagement du système familial du patient atteint d'aphasie dans le parcours de soins en ergothérapie. Cependant, le test du Khi deux (χ^2) indique que l'hypothèse n'est pas statistiquement significative. Conclusion : aux vues des bénéfices qu'apporteraient le partenariat avec le système familial et les échanges entre professionnels, il serait intéressant d'approfondir cette recherche et d'inclure le système familial et les patients atteints d'aphasie dans l'étude, afin qu'ils partagent leurs ressentis.

Mots-clés : ergothérapeutes, aphasie, famille, système, engagement, types de collaborations

Abstract :

Introduction : literature review and exploratory results show that occupational therapists encounter difficulties in engaging communication with people who suffered from aphasia in their rehabilitation process. Engagement could be improved when occupational therapists collaborate with other health professionals working in the functional rehabilitation. Additionally the collaboration would allow family carers to engage with the occupational therapy process. The objective of our research test whether various types of interprofessional collaboration influence the family engagement in this occupational therapist process. Method: A questionnaire was sent to collect 33 responses from occupational therapist. Results: Through a descriptive quantitative methodology allowed us to indicate that there is a correlation link $\rho = 0.1769$ between the two variables of our hypothesis. Result that the occupational therapists who work in collaboration with the other health professionals in functional rehabilitation promote the involvement of the family cares of the patient with aphasia in the occupational therapy process. However, the chi-square test (χ^2) indicates that our hypothesis is not statistically significant. Conclusion: On the other hand, in view of the benefits that would bring the exchanges between health professionals and the partnership with the family cares, it would be interesting to deepen this research and also to include the patients with aphasia for they share their experiences.

Keywords: Occupational therapists, aphasia, family, system, engagement, types of collaborations.

Sous la direction de Sophie Albuquerque, référente méthodologique et Heidi Lambrechts, référente professionnelle.

