



HAL
open science

L'aspect motivationnel du patient AVC dans son projet de réinsertion professionnelle

Lory Biennier

► **To cite this version:**

Lory Biennier. L'aspect motivationnel du patient AVC dans son projet de réinsertion professionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03532406

HAL Id: dumas-03532406

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03532406>

Submitted on 18 Jan 2022

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Lory BIENNIER

MÉMOIRE

Pour le 24/05/2021

DIPLÔME D'ÉTAT EN ERGOTHÉRAPIE

L'aspect motivationnel du patient AVC dans son projet de
réinsertion professionnelle

Sous la direction de M. Tao QUILICHINI (ergothérapeute)

REMERCIEMENTS

Je souhaite avant tout remercier Tao Quilichini, mon maître de mémoire, pour ses conseils, son soutien et sa disponibilité jusqu'à la fin. Son accompagnement m'aura été d'une aide précieuse pour réaliser ce mémoire.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne pour son accompagnement, ses enseignements et son implication au cours de ces trois années de formation.

Merci également à tous les ergothérapeutes qui m'ont accordé du temps pour participer à cette étude et me faire part de leurs expériences.

Merci à mes camarades de promotion, avec qui j'aurai évolué et me serai enrichie, tant au niveau professionnel que personnel, pendant ces trois années de formation.

Merci à mon compagnon, ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements durant ces trois années de formation.

SOMMAIRE

LISTES DES FIGURES.....	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
1. Contexte et justification de l'étude	7
1.1. Connaissances sur le sujet.....	7
1.1.1. La notion de travail dans notre société.....	7
1.1.2. L'Accident Vasculaire Cérébral.....	9
1.1.2.1 Chiffres et définitions	9
1.1.2.2 Les séquelles d'un AVC.....	10
1.1.2.2.1. Les séquelles motrices.....	10
1.1.2.2.2. Les séquelles cognitives.....	11
1.1.2.2.2.1. Les troubles des fonctions instrumentales	11
1.1.2.2.2.2. Les troubles des fonctions exécutives	14
1.1.2.2.2.3. Les troubles des fonctions attentionnelles.....	15
1.1.2.2.2.4. Les troubles de la mémoire.....	15
1.1.2.2.3. Les séquelles comportementales	17
1.1.2.2.4. Les séquelles sensibles	18
1.1.2.2.4.1. La somesthésie.....	18
1.1.2.2.4.2. Les types d'atteintes sensibles.....	19
1.1.3. L'accident Vasculaire Cérébrale et l'emploi	19
1.1.4. L'Ergothérapie et l'Accident Vasculaire Cérébrale.....	22
1.1.4.1 Définition de l'ergothérapie	22
1.1.4.2 La prise en charge en ergothérapie après un AVC.....	23
1.1.4.3 Le rôle de l'ergothérapie dans la réinsertion professionnelle	24

1.2.	Enquête exploratoire	27
1.3.	Question de recherche	28
1.4.	Le cadre éthique	29
2.	Méthodologie de la recherche.....	30
2.1.	Choix de la population	30
2.2.	Choix de l’outil	30
2.3.	Mode d'analyse des données	31
2.4.	Biais et limites de la méthode	31
3.	Analyse des données et principaux résultats	32
3.1.	Présentation des participants.....	32
3.2.	Analyse longitudinale	32
3.3.	Analyse transversale.....	36
4.	Discussion.....	42
4.1.	Analyse de la théorie et de la pratique	42
4.1.1.	Le processus de réinsertion professionnelle.....	43
4.1.2.	Validation du rôle de l’ergothérapeute dans la réinsertion professionnelle... 45	
4.1.3.	Recommandations pour favoriser la motivation des patients.....	46
4.2.	Limites et critiques de l’étude	48
4.3.	Apports et perspectives.....	49
	CONCLUSION	51
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
	ANNEXES.....	55
	ANNEXE I : Enquête exploratoire.....	55
	ANNEXE II : Avis du comité éthique.....	56
	ANNEXE III : Formulaire de non-opposition et d’information	57
	ANNEXE IV : Grille d’entretien des ergothérapeutes interrogés.....	58

ANNEXE V : Tableaux d'échantillonnage des participants	60
ANNEXE VI : Tableaux d'analyse longitudinale.....	61
ANNEXE VII : Tableaux d'analyse transversale	65

LISTES DES FIGURES

- **Figures :**

Figure 1 : Les freins dans l'accompagnement des ergothérapeutes

Figure 2 : Les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser la motivation des patients AVC

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

OETH : Obligation d'emploi des travailleurs handicapés

EA : Entreprises Adaptées

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

RQTH : Reconnaissance de Travailleur Handicapé

ESAT : Établissement de Service et d'Aide par le Travail

UEROS : Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle

ESRP : Établissements et Services de Réadaptation Professionnelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

SAMETH : Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés.

FAM : Foyers d'Accueil Médicalisés

MAS : Maisons d'Accueil Médicalisées

SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Sociaux pour des Adultes Handicapés

WFOT : World Federation of Occupational Therapists

MCRO : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

INTRODUCTION

Le travail occupe une place essentielle dans notre société. C'est une des bases de l'économie mais c'est aussi la voie principale de l'insertion sociale (Dominique Royer, 2002). Il joue donc un rôle majeur dans l'accomplissement de soi, dans notre intégration sociale et semble donc primordial que chaque individu puisse y accéder.

Mais bien que la volonté de notre société de réintégrer soit bien réelle, l'accès à l'emploi pour les personnes en situation de handicap reste très complexe. Séquelles, discriminations, limite de dispositifs, manque d'informations, ces facteurs freinent encore énormément cette réinsertion et ne permettent pas aux personnes qui possèdent un handicap un plein accès à l'emploi (Christine Le Clainche, Geert Demuijnck, 2006).

« L'ergothérapie vous permet de résoudre les problèmes qui vous empêchent d'accomplir les choses qui vous tiennent à cœur », telle est la définition de l'ergothérapie pour l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). L'intervention de l'ergothérapie semble être totalement légitime dans cette réinsertion professionnelle. Cependant, lors de mes expériences de stages, j'ai constaté que le domaine du travail n'était pas nécessairement évoqué avec les patients. En effet, j'ai pu côtoyer des personnes ayant été victimes d'un Accident Vasculaire Cérébrale (AVC), et l'intervention en ergothérapie se basait particulièrement sur l'accompagnement du retour à domicile, axé sur la reprise des activités de vie et des loisirs. Or, cette pathologie touche un public relativement large et la question de la reprise du travail se pose donc pour une partie d'entre eux.

Mes expériences professionnelles et mes recherches sur la littérature scientifique ont permis d'alimenter ma réflexion personnelle et de m'amener vers la question suivante : comment l'ergothérapeute peut accompagner un patient victime d'un Accident Vasculaire Cérébrale dans sa réinsertion professionnelle ?

La première partie de ce mémoire constitue l'apport du contexte de l'étude, avec des connaissances sur le sujet qui permettront par la suite l'élaboration de la question de recherche. La deuxième partie détaille la méthodologie de la recherche employée pour effectuer l'étude. Une troisième partie présente les données et les résultats obtenus. En dernière partie, la discussion permet de comparer les résultats trouvés à la théorie, afin de pousser sa réflexion sur les résultats trouvés et la qualité de l'étude menée.

1. Contexte et justification de l'étude

1.1. Connaissances sur le sujet

1.1.1. La notion de travail dans notre société

Dans le « Livre de la Genèse », texte issu de la Bible, le travail est défini comme un terme péjoratif, considéré comme la punition d'une faute et signe d'une déchéance qui apporterait la rédemption. Le travail est une peine mais il y a une finalité libératrice. En Grèce, le travail est distingué en deux notions. Le « travail manuel » qui est la peine de l'esclave, et « l'activité intellectuelle et politique », réservée à l'homme libre.

Au XVI et XVIIe siècle, la notion de « Beruf » est apportée. Ce dernier lie la profession à la vocation et dissout ainsi cette idée péjorative du travail. La joie dans le travail exprime le sens le plus profond de la condition humaine (Dominique Royer, 2002). Cette idée se retrouve dans la conception moderne du travail d'aujourd'hui. C'est celle d'une société « qui tend à ne retenir du travail que l'épanouissement et la réalisation de soi tout en étant source d'enrichissement en termes de savoirs et d'avoirs » (Dominique Royer, 2002).

Cette conception apporte différentes notions, toutes indispensables dans la vie d'un individu. D'abord, celle de revenus monétaires qui est fondamentale dans la vie quotidienne d'une personne afin qu'elle puisse subvenir à ces besoins. Puis, celle d'acquisitions de compétences et de connaissances. C'est par ce biais que la construction d'un individu commence. Ces deux notions ont fondé la définition du travail depuis des siècles. Mais dans la conception moderne de notre société actuelle, l'épanouissement et la réalisation de soi ont été intégrés et semblent tous deux également substantiels dans l'accomplissement de vie d'une personne. Pour le sociologue Vincent de Gaulejac, « chacun a à faire la preuve de sa compétence, de son utilité, de sa qualité. Pour exister socialement, il faut faire la preuve de son utilité et il faut aussi être reconnu par les institutions qui octroient une place et un revenu ». L'intégration par le travail est donc économique mais également symbolique et sociale.

« Le handicap est indissolublement corporel et social, nature et culture s'y mêlent » (Alain Blanc, 2006). En effet, un handicap touche une personne, à la fois sur le plan corporel, par des déficiences physiques ou encore cognitives diminuant ainsi ses capacités, et à la fois sur le plan social, par les conditions sociales imposées par notre société. Les emplois disponibles

aujourd'hui requièrent des qualifications éloignées de celles des personnes en situation de handicap, amenant à un taux de chômage de 24% pour les personnes en situation de handicap contre 10% pour les personnes n'ayant aucune déficience. Dans son article « Handicap et insertion professionnelle : égalité et démocratie », le sociologue Alain Blanc en définit trois causes. D'abord, en raison d'une « employabilité limitée », car 75% des personnes en situation de handicap disposent d'un niveau de formations de base (CAP-BEP). Ajoutées au degré de leur handicap, leurs compétences sociales deviennent ainsi souvent décalées avec celles requises aujourd'hui. Ensuite, les dispositifs de placements spécialisés présentent des limites. Le réseau n'est pas en mesure de satisfaire toutes les demandes des demandeurs d'emploi en situation de handicap dû à leur manque de formations professionnelles et à la nature des emplois qui aujourd'hui demande une polyvalence accrue. Enfin, certains employeurs peuvent être réticents quant à l'embauche de personnes en situation de handicap. Bien que le taux légal d'emploi des personnes présentant un handicap en milieu ordinaire soit de 6% en France, il est seulement à hauteur de 4 % aujourd'hui. Le manque d'informations, de financements ou de formations induit régulièrement un manque d'adaptation de l'environnement professionnel et amène de ce fait un manque de productivité dans l'entreprise avec une moindre reconnaissance des compétences d'une personne ayant une déficience, qu'elle soit physique ou psychique. Deux formes de discrimination existent, l'une statistique et l'autre pure. La discrimination pure repose sur une discrimination selon les caractéristiques de l'individu, et la discrimination statistique repose sur la croyance en une moindre productivité pour les personnes en situation de handicap. Cette idée n'est pas exclusivement fausse mais la réinsertion professionnelle serait possible dans quasiment les mêmes conditions que pour les personnes sans handicap si certains aménagements de l'environnement étaient réalisés.

L'accès au travail, qu'il s'agisse du travail protégé, adapté ou en milieu ordinaire, des personnes en situation de handicap a fait l'objet de nombreuses réformes au cours des dernières années, dont les dernières ont été adoptées dans le cadre de la loi du 5 septembre 2018 pour « la liberté de choisir son avenir professionnel ». Cette loi prévoit notamment des réformes relatives aux modalités de calcul de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH), aux Entreprises Adaptées (EA), au financement de la formation professionnelle des personnes en situation de handicap ainsi qu'aux modalités d'accès de ces dernières à des formations qualifiantes. L'ensemble de ces réformes se donnent pour objectif de favoriser

l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap (CREAI, 2018). La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a établi un projet de recherche en 2019, dans le but d'accroître l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap. « Un meilleur accompagnement permettrait d'augmenter le nombre d'expériences d'inclusion réussies et de réduire les représentations négatives des troubles au travail ». Cette recherche a ainsi permis d'établir un ensemble de préconisations quant aux orientations à prendre pour agir en faveur de l'inclusion professionnelle de ces personnes, dont notamment :

- L'apprentissage afin de mener des actions d'accompagnement, de communication, d'acquisition de connaissances, d'éducation sur ces troubles. Il faut donner aux acteurs les moyens de comprendre et de limiter leur appréhension liée au sentiment d'incapacité à gérer ce type d'inclusion.
- Le perfectionnement des pratiques de recrutement et d'intégration.
- Développer la politique sociale en matière de handicap, de santé mentale et de diversité. Les actions doivent être orientées majoritairement vers l'accompagnement des organisations et pas seulement de la personne en situation de handicap.

1.1.2. L'Accident Vasculaire Cérébral

1.1.2.1 Chiffres et définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Accident Vasculaire Cérébrale « résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux ». Il existe deux types d'AVC. Tout d'abord, l'AVC par ischémie qui résulte le plus souvent d'un rétrécissement ou de l'obstruction d'un vaisseau irriguant le cerveau. Après cinquante ans, les AVC ischémiques sont généralement dus à un caillot provenant du cœur, ou d'une plaque d'athérome. L'athérome se définit comme « une lésion de la surface interne du vaisseau provoquée par un dépôt de cholestérol », (Catherine Morin, 2009). Avant cinquante ans, les AVC sont majoritairement dus à d'autres causes comme une anomalie de la coagulation sanguine, des maladies inflammatoires, ou encore des spasmes artérielles. Le seconde type d'AVC est celui par hémorragie. Il est dû à un saignement provoqué par la rupture d'une artère. Cette rupture peut être due à la fragilité de l'artère, ou

à une malformation avec un anévrisme. Il est toujours possible de savoir le type d'AVC mais dans 20% des cas, la cause n'est pas détectée.

En France, 90 000 à 120 000 personnes sont victimes d'un Accident Vasculaire Cérébrale chaque année. Plus d'un quart des personnes sont âgés de moins de soixante ans dont 10% concernent des personnes de moins de quarante-cinq ans (A. Schnitzler, P. Pradat-Diehl, 2006). La moitié des patients conservent un handicap définitif, souvent moteur auquel peut s'ajouter des déficiences cognitives. Ainsi, l'AVC est la première cause de handicap moteur acquis chez l'adulte.

1.1.2.2 Les séquelles d'un AVC

1.1.2.2.1. Les séquelles motrices

L'hémorragie ou l'ischémie cérébrale vont entraîner diverses séquelles selon la zone cérébrale lésée. Ces troubles peuvent être plus ou moins nombreux et de tout type.

Tout d'abord, la paralysie du membre due à la lésion de la voie pyramidale, appelé syndrome pyramidal. Ce dernier désigne l'ensemble des troubles de la motricité causés par une atteinte de la voie pyramidale. La voie pyramidale est le support de la motricité volontaire. Elle transmet la commande motrice du cortex cérébral jusqu'à la moelle épinière. Ce syndrome se traduit par un ensemble de déficits de la motricité rendant difficile, voire impossible, certains gestes du quotidien. Il existe deux niveaux d'intensité de paralysie provoqué par l'AVC. L'hémiplégie qui entraîne une paralysie totale des muscles, et l'hémi-parésie, qui elle provoque une paralysie partielle, affaiblissant l'ensemble des muscles d'un des côtés du corps. Cependant, l'hémisphère touché va induire des troubles latéralisés affectant le côté opposé du corps. En effet, les neurones du faisceau pyramidal transmettent leurs ordres aux motoneurones périphériques qui les véhiculent jusqu'aux muscles. Avant de parvenir à la moelle épinière, au niveau du tronc cérébral, le faisceau pyramidal change de côté. Cela explique qu'une lésion se localise du côté opposé à celui du membre atteint : une lésion cérébrale gauche engendre une hémiplégie droite et inversement.

La voie pyramidale a aussi pour fonction d'inhiber le tonus musculaire et les réflexes tendineux. Son atteinte entraîne donc une exagération des contractions musculaires (l'hypertonie) et des réflexes (la spasticité), c'est-à-dire des séries de contractions musculaires rapides et réflexes.

Ces séquelles motrices vont malheureusement limiter la personne dans l'ensemble de ses activités de vie quotidienne. L'absence ou la diminution de la motricité de l'ensemble de son membre supérieur limite sa gestuelle. Le patient peut uniquement se servir de son membre sain et va donc devoir apprendre à s'adapter. Les déplacements seront également impactés et nécessiteront une aide technique à la marche pour que le patient regagne en indépendance.

1.1.2.2.2. Les séquelles cognitives

Après un Accident Vasculaire Cérébrale, les troubles cognitifs sont également très présents et majeurs.

1.1.2.2.2.1. *Les troubles des fonctions instrumentales*

❖ Les troubles du langage

L'aphasie touche l'expression mais également la compréhension du sujet. L'aphasie désigne la perte partielle ou totale de l'utilisation du langage, consécutive à des lésions cérébrales et indépendamment d'une altération des facultés cognitives ou de l'aptitude à mobiliser les muscles utilisés dans l'articulation des mots (Catherine Thomas-Antérion, 2013). Il existe trois sortes d'aphasies. L'aphasie non fluente, aussi appelées « aphasie de Broca », qui est caractérisée par une réduction de la parole. Cette dernière est caractérisée par des difficultés majeures à parler alors que la compréhension du langage écrit ou parlé reste en grande partie conservée. Les productions orales sont marquées par une tendance à la simplification dans l'enchaînement des syllabes complexes, donnant un aspect laborieux et déformé de la production, une simplification dans l'enchaînement des mots dans la phrase avec oubli des mots grammaticaux et utilisation des verbes à l'infinitif (agrammatisme), des difficultés à passer d'un mot à un autre, avec tendance aux stéréotypies (répétition du même mot ou de la même syllabe). A l'extrême le patient ne peut rien produire (mutisme). La compréhension conversationnelle est généralement conservée, sauf pour les ordres complexes. Ensuite, l'aphasie fluente, parfois nommée « aphasie de Wernicke ». Ici, La production spontanée du langage est facile et abondante. En revanche, le langage est peu ou non compréhensible du fait de nombreuses paraphrasies sémantiques (associations non-sens,

mot utilisé pour un autre), de fréquentes paraphasies phonémiques (remplacement ou inversion des syllabes dans un mot) et avec parfois la production de pseudomots (logatome). La compréhension orale et écrite est perturbée. Le patient a les mêmes difficultés à décoder les sons qu'à les produire. Il ne comprend pas les ordres et les consignes, ce qui peut faire évoquer à tort une confusion mentale. Dans cette aphasie, la personne ne présente aucun trouble articulaire et n'a pas conscience de son trouble. Enfin, l'aphasie globale qui associe à la fois les troubles de l'expression et de la compréhension. Cette dernière est souvent peu sensible à la rééducation. Ces troubles du langage restreignent le patient dans les échanges sociaux, les liens avec son entourage et demeurent souvent très frustrants pour ce dernier.

❖ Les apraxies

L'apraxie désigne « un défaut de réalisation gestuelle en l'absence de déficit moteur ou sensitif élémentaire ». La personne atteinte présente alors des difficultés à réaliser les gestes complexes alors qu'il lui est possible de faire des gestes simples. Elle ne sait plus comment faire, c'est ce que l'on appelle la perte du schéma moteur, ou devient maladroite, aussi nommée difficulté dans l'exécution. Les apraxies désignent des perturbations de l'activité gestuelle, qu'il s'agisse de mouvements ayant un but ou de la manipulation ou mime d'objet. L'apraxie peut être uni ou bilatérale.

Il existe différents types d'apraxies. D'abord, l'apraxie idéo-motrice. Elle concerne les mimes de gestes significatifs comme se brosser les dents, se brosser les cheveux, ect, ou les gestes symboliques comme le salut militaire et les gestes expressifs comme faire du stop, faire chut avec le doigt.

Ensuite, la personne peut être atteinte d'apraxie idéatoire. Dans ce cas, elle ne sait plus manipuler des objets, par exemple ouvrir une bouteille, manipuler des ciseaux, plier une feuille et la mettre dans une enveloppe.

Puis, l'apraxie constructive. Cette dernière ne relève pas à proprement parler d'un trouble du geste mais d'un trouble de la relation du geste à l'espace, attestant d'une lésion préfrontale (programmation) ou pariétale. La reproduction de figures est très maladroite (traits non cohérents, perspective perdue). Les patients ont des difficultés à reconnaître ou dessiner des objets tridimensionnels et à reconnaître les relations spatiales de ceux-ci.

Enfin, l'apraxie de l'habillement. Le malade n'arrive plus à s'habiller. Il ne sait plus dans quel sens enfiler ses vêtements, quel vêtement correspond à quelle partie du corps...

❖ Les troubles visuo-spatiales et visuo-motrices

L'altération des fonctions visuo-spatiales et visuo-motrices regroupent :

- L'apraxie constructive, qui a été définie précédemment.
- La perte de l'orientation topographique qui désigne une incapacité à utiliser les points de repère de l'environnement pour s'orienter.
- Le syndrome de négligence spatiale unilatérale qui constitue un trouble de la cognition spatiale. Ce trouble de l'utilisation et de la conscience de l'espace associe un défaut de prise en compte des informations sensorielles issues de la partie de l'espace situé du côté opposé à la lésion cérébrale. Cette inattention peut également concerner l'une des parties du corps de l'individu. Le patient oublie alors l'existence de ses membres, généralement du côté gauche.

❖ Les agnosies

L'agnosie désigne le trouble de l'identification perceptive en l'absence de troubles visuels, auditifs ou sensitifs. On distingue :

- L'agnosie auditive, aussi appelée phonoagnosie, qui est une perte de reconnaissance des sons de l'environnement, de la musique ou de la voix.
- L'agnosie tactile, aussi nommée astéroagnosie, qui définit une incapacité à reconnaître un objet par simple palpation. Cela peut concerner la matière, le poids, le volume ou encore la forme de l'objet.
- L'autotopagnosie, lui, est caractérisé par des difficultés ou une incapacité à dénommer, reconnaître, pointer des parties de son propre corps.
- L'hémiasomatognosie, est le fait que le patient refuse de reconnaître comme sienne la moitié paralysée de son corps.
- L'agnosie visuelle comprend la non-reconnaissance des objets, des visages, des couleurs ou encore du langage écrit.
- L'anosognosie est définie comme une altération de la capacité à reconnaître la présence ou à apprécier la sévérité des déficits tant dans le fonctionnement sensoriel,

moteur, affectif que cognitif. Le patient anosognosique n'a pas de stratégie de compensation ni d'anticipation de ses déficits du fait qu'il en a une conscience amoindrie ou nulle. Il peut se mettre en insécurité en refusant les aides nécessaires ou en se mettant en danger. Le patient victime d'un AVC peut ignorer sa paralysie. Il ne se plaint pas et sous-estime ses capacités, ce qui ne favorise pas la rééducation. On parle alors d'anosognosie de l'hémiplégie. La négligence spatiale unilatérale et l'anosognosie sont souvent associées, augmentant le risque de chutes et de blessures. Moins fréquente, l'anosognosie des troubles cognitifs existe également. Dans ce cas, l'individu ne prend pas en compte ses troubles cognitifs. Ces deux derniers troubles peuvent amener le patient à se mettre en danger et réduire l'engagement du patient dans sa rééducation.

1.1.2.2.2. Les troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives comprennent :

- L'élaboration d'une stratégie
- La planification des activités nécessaires à la réalisation du but
- Le maintien de l'attention jusqu'à la réalisation de la tâche
- La flexibilité mentale permettant de réajuster son comportement si besoin
- L'inhibition des réponses impulsives non pertinentes

En cas d'atteinte de ces fonctions, on parle de syndrome dysexécutif cognitif. Le patient a de ce fait des difficultés à suivre plusieurs conversations à la fois, à s'organiser, à suivre un plan d'action ou encore à apprendre de nouvelles informations.

De plus, le patient peut présenter une fatigabilité accrue. La fatigue devient pathologique lorsqu'elle a une intensité importante et lorsqu'elle persiste, même en l'absence de dépenses d'énergie ou d'efforts excessifs. Elle s'accompagne alors d'une limitation des activités de la vie quotidienne. Les patients qui souffrent de fatigue peuvent être amenés à éviter certaines activités physiques ou mentales, professionnelles ou sociales, pour se reposer et va donc avoir un impact sur la reprise professionnel de ces derniers.

1.1.2.2.2.3. Les troubles des fonctions attentionnelles

Il existe différents types de fonctions attentionnelles :

- L'attention focalisée permet d'ignorer volontairement certaines stimulations de l'environnement. Une partie des ressources cognitives va être allouée à la suppression dans la conscience de l'information à ne pas prendre en compte.
- L'attention soutenue permet la concentration sur un objet précis et demande un gros effort cognitif.
- L'attention divisée permet de sélectionner non pas un, mais deux objets d'intérêt à la fois et de répartir les ressources entre ces deux objets en fonction de leur pertinence.

L'atteinte de ces fonctions chez un patient ayant été victime d'un AVC va amener des difficultés à prêter attention aux détails. Il lui sera compliqué de soutenir son attention, à se conformer aux consignes et à mener à terme ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles. Tous ces obstacles peuvent rendre difficiles les relations avec autrui, surtout dans le milieu professionnel.

1.1.2.2.2.4. Les troubles de la mémoire

Les troubles de la mémoire sont également très présents après un AVC. La mémoire est la fonction qui nous permet d'intégrer, conserver et restituer des informations pour interagir avec notre environnement. Elle rassemble les savoir-faire, les connaissances, les souvenirs. Elle est indispensable à la réflexion et à la projection de chacun dans le futur. Elle fournit la base de notre identité. La mémoire se compose de cinq systèmes interconnectés, impliquant des réseaux neuronaux distincts.

D'abord, la mémoire de travail, ou mémoire à court terme, est la mémoire du présent. Elle permet de manipuler et de retenir des informations pendant la réalisation d'une tâche ou d'une activité. Cette mémoire est sollicitée en permanence et utilise une boucle phonologique (répétition mentale), qui retient les informations entendues, et/ou visuo-spatiales. Elle fonctionne comme une mémoire tampon : les informations qu'elles véhiculent peuvent être rapidement effacées, ou stockées dans la mémoire à long terme par le biais d'interactions spécifiques entre le système de mémoire de travail et la mémoire à long terme.

Ensuite, la mémoire sémantique. C'est la mémoire du langage et des connaissances sur le monde et sur soi, sans référence aux conditions d'acquisition de ces informations. Elle se construit et se réorganise tout au long de notre vie, avec l'apprentissage et la mémorisation de concepts à la fois génériques et individuels.

La mémoire épisodique, elle, est celle des moments personnellement vécus, celle qui nous permet de nous situer dans le temps et l'espace et, ainsi, de se projeter dans le futur. Elle se constitue entre les âges de 3 et 5 ans. Elle est étroitement en corrélation avec la mémoire sémantique. Progressivement, les détails précis de ces souvenirs se perdent et deviennent des connaissances. Ainsi, la plupart des souvenirs épisodiques se transforment, à terme, en connaissances générales. Les mémoires sémantique et épisodique sont deux systèmes de représentation consciente à long terme.

Quatrièmement, la mémoire procédurale est la mémoire des automatismes. Elle permet de réaliser des gestes sans avoir à les réapprendre à chaque fois. Ces processus sont effectués de façon implicite : la personne ne peut pas vraiment expliquer comment elle procède. Les mouvements se font sans contrôle conscient et les circuits neuronaux sont automatisés.

Enfin, la mémoire perceptive s'appuie sur nos sens et fonctionne la plupart du temps à l'insu de l'individu. Elle permet de retenir des images ou des bruits sans s'en rendre compte. Cette mémoire permet de se souvenir par exemple des visages, des voix, des lieux.

On rassemble parfois toutes les mémoires autres que celle de travail sous le nom de mémoire à long terme. On distingue également les mémoires explicites (épisodique et sémantique), des mémoires implicites (procédurale et perceptive).

Après un AVC, les troubles de mémoire sont souvent limités et peuvent être liés aux troubles attentionnels : une personne qui ne perçoit pas bien une information ne peut pas bien la mémoriser. Les informations sont donc partiellement mémorisées et le processus de mémorisation est moins efficace. Une personne victime d'un AVC a généralement qu'une difficulté à enregistrer les informations ; elle peut intégrer de nouvelles informations si on les lui répète plusieurs fois, peut être aiguillée et indicée. Dans le cas où les structures de mémorisation sont touchées directement, les troubles de mémoire seront beaucoup plus importants.

1.1.2.2.3. Les séquelles comportementales

Le patient peut également se conduire différemment par rapport à avant. On parle de « troubles du comportement ». Ces troubles sont dus à l'atteinte de certaines zones du cerveau, situées pour la plupart dans la partie antérieure, au niveau du lobe frontal. Ces lésions sont plus ou moins rares après un AVC et peuvent être handicapantes.

Il y a tout d'abord l'apragmatisme. Le patient ne prend pas d'initiatives, les centres d'intérêts qu'il possédait avant ne l'intéresse plus et les tâches de la vie quotidienne ne sont plus réalisées spontanément. En revanche, si une personne extérieure lui demande de réaliser la tâche, le patient le fera sans grande difficulté. Ceci paraît souvent comme de la paresse auprès de l'entourage mais ce comportement est bien dû à une lésion dans la zone impliquée dans la prise de décision.

L'apathie, elle, résulte d'une perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du patient. Ce changement peut être rapporté par le patient lui-même ou son entourage.

L'excitation motrice est également un trouble du comportement. Le patient va constamment ressentir le besoin de bouger, de faire de choses afin de s'occuper, commencer une multitude de choses en même temps qu'il ne finira sûrement pas.

Enfin, le patient peut également souffrir de désinhibition sociale. En plus de l'apragmatisme et l'excitation motrice, certains comportements sociaux ne deviennent plus adaptés. L'inhibition sociale peut dans certaines situations disparaître et va quelques fois choquer son entourage par une négligence corporelle, des propos parfois déplacés pouvant parfois aller jusqu'à la désinhibition sexuelle. L'ensemble de ces séquelles vont nécessairement avoir une incidence sur la qualité de vie du patient, notamment ses liens sociaux, son apparence ou sa productivité.

Ces troubles peuvent ressembler à des symptômes psychiatriques mais sont bien dus à des lésions neurologiques. C'est pourquoi elles ne doivent pas être forcément traitées comme tels grâce aux mêmes traitements médicamenteux. Il est souvent très difficile de faire la différence entre l'apragmatisme et la dépression. Les observations de l'entourage sont alors très utiles afin de porter le bon diagnostic.

1.1.2.2.4. Les séquelles sensitives

1.1.2.2.4.1. *La somesthésie*

Le professeur L. Carey décrit la fonction somesthésique comme « la faculté d'interpréter les sensations corporelles ». La somesthésie fait partie intégrante des différentes modalités sensorielles de perception au même titre que les sens spécifiques de l'ouïe, la vision, le goût, l'odorat. Elle regroupe plusieurs types de sensibilités qui n'empruntent pas toutes les mêmes voies dans la moelle épinière de la périphérie jusqu'au cortex où l'intégration des informations a lieu. D'abord, la sensibilité superficielle, ou extéroceptive, dans laquelle on peut distinguer :

- La sensibilité tactile fine / épicrotique qui permet de localiser et de discriminer les stimuli.
- La sensibilité tactile grossière / protopathique qui est un tact non discriminatif et détecte des sensations plus globales ou plus floues.
- La sensibilité thermique décelant le chaud du froid.
- La sensibilité de douleur, appelée aussi nociception, qui est liée à la perception des stimuli à l'origine de la douleur.

Puis la sensibilité profonde, ou proprioceptive, renseignant la position du corps dans l'espace et comprenant :

- La kinesthésie qui permet la sensibilité au mouvement.
- La statesthésie sensible à la position d'une articulation.
- La baresthésie décrivant la sensibilité à la pesanteur et à la pression.

Après un AVC, certains sens peuvent également être atteints. Des troubles au niveau du goût (agueusie) ou encore de l'odorat (anosmie) peuvent se dévoiler. De plus, dû au rétrécissement ou à la modification du flux au niveau d'un vaisseau pendant l'AVC, des acouphènes pulsatiles peuvent apparaître. Enfin, la cécité corticale est une perte de sensation visuelle et est souvent associée à des signes associés comme des troubles sensitifs, une hémiplégié ou encore une aphasie, témoignant d'une atteinte corticale.

1.1.2.2.4.2. *Les types d'atteintes sensibles*

Les atteintes diffèrent de par leur origine, leur niveau, et également par leurs manifestations. L'anesthésie est une perte totale d'une des modalités de la sensibilité au moins dans une région du corps. L'hypoesthésie est une diminution partielle d'une ou plusieurs modalités dans une région du corps. L'hyperesthésie à l'inverse, est une augmentation de la perception sensorielle, comme l'hyperalgie par exemple qui désigne un stimulus non douloureux à l'origine et qui deviendrait douloureux.

1.1.3. L'accident Vasculaire Cérébrale et l'emploi

La réinsertion professionnelle après un AVC est complexe. Le taux de reprise du travail pour les patients ayant été victime d'un AVC varie entre 11 et 85 % (A. Schnitzler, P. Pradat-Diehl, 2006). Un quart des AVC touchent des personnes en âge d'exercer une activité professionnelle. Les AVC sévères ont un mauvais pronostic de reprise d'activité professionnelle mais les difficultés pour le retour à l'emploi persistent même dans les cas initialement peu sévères avec une fatigabilité accrue. La réinsertion des patients après un AVC avec séquelles est longue et difficile. La possibilité de reprendre le travail peut prendre plusieurs années et va dépendre de différents facteurs :

- La fatigabilité du patient
- Le niveau d'éducation du patient et sa profession / formations : les personnes dites "cols blancs" (secteur tertiaire / travail de bureau) reprennent plus facilement que les cols bleus (secteur primaire et secondaire)
- De l'existence de troubles cognitifs et / ou psychiques
- Du marché du travail
- De l'attitude de l'employeur par rapport à l'emploi des personnes en situation de handicap, aux aménagements de poste de travail et à la gestion de son personnel. Toutes les entreprises n'ont pas la capacité d'adapter un poste aux difficultés particulières d'un de leurs salariés.

La reprise de l'emploi après un AVC n'est donc pas toujours évidente. Heureusement, différents organismes et aides existent afin d'accompagner ces personnes au mieux dans leur

démarche de réinsertion professionnelle. Après un AVC, la première démarche est de faire reconnaître son handicap auprès d'une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Cette dernière possède une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation des citoyens au handicap. Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne en situation de handicap et une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne dans son champ de compétences. C'est ainsi la CDAPH qui va statuer sur la demande de reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH). Elle peut, par la suite, également proposer différentes orientations :

- Tout d'abord une orientation en milieu ordinaire, si l'état de la personne le permet. Le milieu ordinaire de travail est ouvert aux personnes reconnues comme travailleur handicapé. Pour favoriser leur réinsertion professionnelle ou leur maintien dans l'emploi, les employeurs doivent prendre des mesures adaptées à leur handicap.
- Dans le cas contraire, une orientation en milieu protégé, de type Établissement de Service et d'Aide par le Travail (ESAT) par exemple, est proposée. Ce sont des établissements et services médico-sociaux chargés de fournir du travail à des personnes avec un handicap, qui ne peuvent ni travailler dans une entreprise ordinaire, ni au sein d'une entreprise adaptée, ni exercer une profession indépendante. La CDAPH oriente les personnes handicapées en ESAT lorsqu'elle constate que leur capacité de travail ne leur permet pas de travailler en milieu ordinaire, à savoir : une capacité de travail inférieure à 1/3 de la capacité de travail d'un travailleur non handicapé, ou une capacité de travail supérieure ou égale à 1/3 mais qui nécessite un soutien médical, éducatif, social ou psychologique. Le travail protégé ou les structures de réinsertion permettent le passage entre le monde du travail et celui de la maladie. Il constitue un tremplin vers le travail en milieu ordinaire.
- Enfin, la CDAPH peut également faire appel à des unités ou centres socio-professionnels :

- L'Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS) est un dispositif d'accompagnement qui a plusieurs objectifs : faire un point global et détaillé de la situation d'une personne, de ses capacités et difficultés, afin d'évaluer les conséquences de la lésion cérébrale ; mettre en œuvre un programme personnalisé de réentraînement pour améliorer ses aptitudes ; et accompagner la personne dans la construction de son projet de vie personnel, qu'il soit social ou professionnel. L'accompagnement dure plusieurs mois en fonction des centres et du projet de la personne.
- Les Établissements et Services de Réadaptation Professionnelle (ESRP) proposent des stages de rééducation professionnelle permettant aux personnes en situation de handicap de suivre une formation qualifiante avec la possibilité d'être rémunérée. L'objectif des ESRP est d'entraîner ou de ré-entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle. La durée des formations dure entre 10 à 30 mois.

Dans ces trois cas, l'accompagnement à la recherche d'emplois ou de formations peut être réalisé par un conseiller Pôle emploi. L'entretien avec un conseiller Pôle emploi permettra de définir les besoins d'accompagnement (ateliers, informations sur les contrats aidés, rédaction de CV, préparation à l'embauche, formation, ...) et pourra orienter la personne vers une structure spécialisée comme Cap emploi, s'il juge que l'accompagnement et le savoir-faire de la structure sont plus appropriés à la situation. Cap emploi s'adresse à tout demandeur d'emploi, bénéficiaire du RQTH, et dont le handicap constitue le frein principal pour accéder à l'emploi. Ils accueillent, informent et conseillent la personne en vue d'une insertion ou réinsertion professionnelle. Ils la soutiennent dans la recherche d'emploi (mise à disposition d'offres d'emploi, entraînement à la rédaction de lettres de motivation et à l'entretien d'embauche) et peuvent également faciliter la prise de fonction et l'adaptation au poste de travail.

D'autres services et aides peuvent également être ressources pour les patients AVC dans leur démarche de réinsertion professionnelle. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), en cas d'invalidité ou de handicap, peut apporter des aides financières, humaines ou matérielles. Ensuite, les Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), pour la fonction publique, ou L'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH), pour le secteur privé, sont des services d'aides permettant de favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. La loi oblige les entreprises à verser une contribution financière au FIPHFP ou l'AGEFIPH quand elles ne respectent pas leur obligation d'emploi des personnes souffrant d'un handicap. Avec les fonds qu'ils reçoivent des entreprises, ils remplissent plusieurs missions :

- Ils assurent l'insertion professionnelle, le placement, le suivi et le maintien des travailleurs handicapés dans l'emploi. Pour cela, ils financent notamment les SAMETH qui sont des Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés. Ces services permettent donc d'obtenir des aides pour le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés du secteur privé afin d'éviter le licenciement d'un salarié devenu inapte à son poste.
- Ils financent, à la demande d'un employeur, l'adaptation ou l'acquisition d'un matériel qui permettra de recruter un travailleur handicapé ou de le maintenir dans son emploi si le handicap survient après l'embauche.
- Ils financent les Cap Emploi et les aident par le biais notamment de la Prestation D'appui Spécifique. Cette prestation apportée par un expert du handicap permet d'indiquer au conseiller à l'emploi le potentiel, le degré d'autonomie et les moyens à mettre en place ou à développer pour compenser le handicap de la personne.

1.1.4. L'Ergothérapie et l'Accident Vasculaire Cérébrale

1.1.4.1 Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie est une profession paramédicale qui est régie par le Code de la Santé Publique. Dans le décret du 5 juillet 2010, relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute, il est précisé que : « *L'ergothérapie s'exerce dans les secteurs sanitaire et social et se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. [...] L'activité s'entend selon la définition du*

terme anglo-saxon « occupation » : « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société ». Elles comprennent notamment les soins personnels, le travail et les loisirs. [...] L'objectif de l'ergothérapie est 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 leurs habitudes de vie et de leur environnement. [...] L'ergothérapeute accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie [...]. [Il] facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence. »

1.1.4.2 La prise en charge en ergothérapie après un AVC

Lors d'une prise en charge post-AVC, le premier objectif est de limiter l'impact des fonctions physiques et cognitives du patient, dû aux lésions cérébrales, dans les activités de vie quotidienne du patient. C'est la phase rééducative. Ici, l'ergothérapeute prévient des complications cutanées, trophiques, orthopédiques grâce à des installations. Il évalue les déficits et les répercussions des séquelles sur la vie quotidienne par le biais de différents bilans (bilan cutané-trophique, bilan moteur, bilan sensitif, bilan cognitif, Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF), etc). Par la suite, il entretient et développe les capacités sensivo-motrices, cognitives et fonctionnelles du patient, qu'il peut ainsi intégrer de nouveaux dans les actes de vies quotidiennes.

Dans le cas où l'intégration des acquis est difficile, l'ergothérapeute intervient dans un second temps afin de permettre aux patients de développer des stratégies d'adaptation. C'est ce qu'on appelle la phase de réadaptation. Pour cela, il favorise l'élaboration de techniques de compensations, et peut également proposer des aides humaines et matériels afin d'augmenter au mieux la qualité de vie de la personne. Dans le cadre d'un retour à domicile à la sortie du centre de rééducation, l'ergothérapeute peut intervenir au domicile du patient afin de réaliser des aménagements et ainsi permettre à ce dernier de vivre avec un maximum d'autonomie et d'indépendance chez lui.

Enfin, l'ergothérapeute peut également intervenir en post-rééducation. Une fois cette dernière effectuée, les patients rentrent généralement à domicile bien que leur autonomie et

leur indépendance ne soient pas toujours suffisantes. Des établissements médico-sociaux existent, comme les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), les Maisons d'Accueil Médicalisées (MAS), les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Service d'Accompagnement Médico-Sociaux pour des Adultes Handicapés (SAMSAH), ou des établissements centrés sur la réinsertion sociale et professionnelle comme les ESAT, les UEROS, les ESRP, mais le transfert dans ces structures prend énormément de temps (entre 1 et 5 ans) et demande donc beaucoup de patience et de motivation aux patients. Le travail au domicile des équipes mobiles est donc des plus importants pour réadapter et ré-autonomiser le quotidien en attendant généralement d'obtenir une place. Une fois obtenue, l'ergothérapeute va pouvoir accompagner la personne dans son nouveau projet. C'est un projet à la fois social et professionnel. En effet, la reprise du travail nécessite un accompagnement sur l'ensemble de l'environnement du patient. L'une des compétences de l'ergothérapeute est de prendre en charge le patient dans sa globalité, et cette compétence y possède toute son importance ici. En plus de son accompagnement concernant la reprise professionnelle, l'ergothérapeute sera amené à poursuivre le travail d'indépendance et / ou d'autonomie du patient, dans les actes de la vie quotidienne, mais également sur la gestion de la fatigue, la reprise de la conduite automobile, et dans le cas échéant, les moyens de déplacement possibles, etc. L'accompagnement professionnel est un accompagnement global. Pouvoir travailler nécessite de nombreuses ressources que le patient doit apprendre à remobiliser ou à réadapter par d'autres biais.

1.1.4.3 Le rôle de l'ergothérapie dans la réinsertion professionnelle

« Les évolutions que nous souhaitons pour notre profession émanent d'une idée fondatrice : permettre à tous ceux que nous accompagnons, ainsi qu'à leurs proches, de conserver leur dignité et leur rôle dans notre société », (Livre Blanc d'ergothérapie, 2008). Le travail est synonyme de statut social, il confère à l'homme sa dignité, une position dans la société. C'est par lui que l'on acquiert une reconnaissance sociale. Par le travail, les acteurs cherchent à se sentir utiles, à exercer des responsabilités, à être reconnus des autres, tout en enrichissant leur personnalité.

La Fédération Mondiale des Ergothérapeutes, aussi nommée The World Federation of the Occupational Therapists (WFOT), accorde « le droit des personnes, quelles que soient leurs

capacités, à participer à des activités productives, incluant le travail, et affirme que les ergothérapeutes ont l'expertise dans la réadaptation professionnelle pour permettre la participation des individus dans le monde du travail ». Elle y décrit les raisons suivantes :

- Un premier domaine d'expertise de l'ergothérapie est la promotion de la réalisation des occupations et leur engagement dans les occupations de tous types, y compris le travail.
- Un intérêt particulier portant sur les habiletés et les performances, les contextes et les environnements qui influencent l'engagement, la santé mentale et physique du patient ainsi que ses fonctions et structures corporelles.
- Une compatibilité entre l'évaluation des fonctions et les exigences du travail
- Une approche holistique des besoins du patient et de l'employeur.

C'est par ces compétences là que l'ergothérapeute va pouvoir accompagner le patient dans sa réinsertion. Le professionnel intervient dans différentes structures sociales comme les ESAT, les UEROS et les ESRP. Chaque structure possède différents moyens d'accompagnements mais gardent le même objectif : réinsérer professionnellement ces individus afin de leur permettre de retrouver un statut social.

Cependant, comme chaque handicap, les séquelles d'un AVC limitent souvent les individus dans leur réinsertion professionnelle. Dans une étude menée par CREAHI Auvergne en 2013, des patients cérébro-lésés (accidents vasculaires cérébraux, traumatisés crâniens et maladies infectieuses cérébrales) âgés de 20 à 59 ans ont répondu à un questionnaire de satisfaction concernant la qualité de leur accompagnement au moment de leur sortie de soins de réadaptation. Sur 14 personnes, 13 étaient peu satisfaites voire insatisfaites. Le plus souvent, ils ont besoin d'être mieux accompagnés dans leur recherche d'emploi, d'être mieux compris dans leurs attentes et leurs capacités et se plaignent régulièrement de ne pas avoir accès à des « métiers attrayants ». Cela soulève un questionnement quant à la qualité de l'accompagnement dans la réinsertion professionnelle pour ces individus et surtout leur motivation tout au long de ce projet.

Selon le psychologue Maslow, l'être humain a des besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement de soi. C'est par la « motivation humaine » que l'être va pouvoir répondre à ses besoins. « L'auto-détermination », elle, est décrite à travers « les forces intérieures et extérieures qui engendre l'initiation, la direction et la

persistance du comportement », (Vallerand et Thill, 1993). On retrouve trois besoins fondamentaux dans « l'auto-détermination » qui rejoint celle de la « motivation humaine », à savoir le besoin de compétence, le besoin d'autonomie et le besoin d'appartenance sociale. L'adoption de ces différentes formes de motivations est due à l'interaction entre l'individu et son environnement. L'être a besoin de se prouver à lui-même mais également de prouver aux autres qu'il en est capable. C'est par cela qu'il sera motivé à atteindre son objectif. Dans le cas où un patient serait mal accompagné dans son projet, il n'aurait plus cette notion d'accomplissement, de compétences, influençant négativement ses motivations.

Dans le contexte de l'ergothérapie, Wu et al. proposent, en 2000, des recommandations pour favoriser l'émergence de la motivation chez des patients accompagnés par des ergothérapeutes. Ils suggèrent deux axes importants :

- Le praticien supporte l'autonomie du patient en structurant notamment de manière modérée les activités.
- Le praticien engage les proches du patient dans l'activité de rééducation.

Pour arriver à ces objectifs, ils fournissent les recommandations suivantes :

- L'ergothérapeute doit valoriser les buts et intérêts du patient.
- L'ergothérapeute doit rendre pro-actif le patient dans la définition des buts à atteindre.
- Les tâches proposées doivent être d'un niveau adapté aux compétences du patient (implique une modération fine selon l'évolution).
- L'ergothérapeute explicite clairement les objectifs de la tâche et la procédure pour réaliser celle-ci.
- L'ergothérapeute propose des feedbacks constamment au patient sur ces réalisations.
- L'ergothérapeute identifie les proches pouvant être ressources et construit avec eux l'accompagnement et les soutiens au besoin.

1.2. Enquête exploratoire

Cette enquête exploratoire (Annexe I) a été menée auprès de neuf ergothérapeutes venant de différentes structures. La moitié travaille en centre de rééducation et l'autre moitié intervient dans des structures plus spécialisées de type lieux de vie (FAM, MAS...), centres sociaux ou centres de rééducation et réorientation professionnelle (UROS et ESRP).

La plupart des patients pris en charge dans ces centres sont en situation de handicap modéré voire sévère. Les séquelles restent principalement physiques et cognitives mais peuvent également être comportementales, émotionnelles, sensibles...

L'accompagnement de l'ergothérapeute auprès du patient dans sa réinsertion professionnelle peut se faire dès le début de prise en charge après l'AVC et continue, ou commence pour certains patients, pendant plusieurs mois ou mêmes plusieurs années après. Tout au long de leur accompagnement dans cette réinsertion professionnelle, les ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur divers outils tels que les bilans de rééducation réalisés auparavant, l'outil du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) issu du modèle conceptuel Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) pour des bilans ou entretiens, des mises en situation écologiques, des stages en milieu professionnel. Les ergothérapeutes peuvent également compter sur l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du centre et se déplacent parfois sur le lieu de travail pour des adaptations de poste.

Enfin, différents leviers et freins sont à noter dans cette réinsertion professionnelle. Tout d'abord les freins existants. Les troubles cognitifs impactent énormément la vie quotidienne. Certains, appelés « troubles invisibles », sont minimes et sont extrêmement difficiles à détecter, mais restent cependant bien réels et limitants. D'autres handicaps peuvent également freiner dans cette réinsertion, tels que les troubles comportementaux, les troubles moteurs, l'anosognosie et la fatigabilité souvent fréquente et persistante après ce type d'accident. L'autonomie aux déplacements freine parfois cette reprise, aussi bien dû à des handicaps moteurs que cognitifs. Des troubles dépressifs sont également parfois à prendre en compte. En effet, l'acceptation des séquelles est une étape difficile et peut parfois amener à ce type de trouble. De plus, la reprise professionnelle est parfois mal structurée avec des aides aux personnes en situation de handicap et aux entreprises mal connues. Les avis entre

professionnels quant à la reprise professionnelle du patient sont parfois divergents et n'aident pas au bon déroulement de cette réinsertion.

Cependant, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur plusieurs leviers dans son accompagnement. Une bonne collaboration avec la médecine du travail et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est importante. Il est souvent possible d'adapter le poste de travail du patient et leurs capacités intellectuelles permettent parfois de compenser les troubles cognitifs. La motivation du patient et la connaissance de ses capacités et incapacités sont également fondamentales pour que le projet reste cohérent. Les capacités du patient doivent aussi bien être reconnues par lui que par l'ergothérapeute afin que les objectifs soient adaptés tout le long de l'accompagnement, favorisant une motivation positive chez le patient.

Cette enquête exploratoire semble confirmer les lectures scientifiques apportées jusqu'ici. Malgré la venue de nombreuses séquelles à la suite de l'AVC, la réinsertion à l'emploi pour ces personnes est fondamentale. Les ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur les ressources de l'individu et différents outils pour leur accompagnement. En revanche, l'entente et les objectifs définis entre les différents professionnels et le patient ne sont pas toujours adéquats et impactent parfois la motivation de la personne, point déterminant dans la réalisation ou non de son projet.

1.3. Question de recherche

Comme montré dans la littérature, l'emploi est la base de l'économie dans notre société mais demeure également la voie principale pour l'insertion et la reconnaissance sociale. Cependant, le ré-accès à l'emploi pour les personnes en situation de handicap reste limité. La question de reprise du travail après un AVC se pose généralement plusieurs années après l'AVC et la réinsertion dépend fortement du niveau des séquelles. Il existe différents centres de réorientation et réinsertion professionnelle afin d'accompagner ces personnes dans leur nouveau projet professionnel, mais l'attente pour intégrer ces centres est longue et l'acceptation de leurs séquelles et de leurs incapacités n'est pas toujours évidente. Ceci demande donc énormément de patience et de volonté à une personne si elle veut réussir à mener son projet jusqu'au bout.

L'ergothérapeute a pour mission d'accompagner la personne dans l'élaboration de son projet de vie, et ceci passe également par son projet professionnel. Il peut s'appuyer sur

certain leviers que le patient lui apporte, et sur différents outils qu'il a à disposition, aussi bien matériels qu'humains. Cependant, la définition des objectifs et l'accompagnement ne sont pas toujours évidents pour l'ergothérapeute et pour le patient. Le maintien de la motivation du patient tout au long du projet demeure difficile au vu de la durée importante de celui-ci. L'individu doit se réadapter à ses nouvelles capacités et doit, au contraire, se familiariser avec ses nouvelles incapacités. De plus, l'ergothérapeute doit lui aussi sans cesse faire évoluer ses objectifs afin de toujours être en adéquation avec les capacités et demandes du patient.

De toutes ces données découlent alors une question de recherche précise :

Comment l'ergothérapeute, dans sa prise en charge, peut favoriser la motivation d'un patient victime d'un Accident Vasculaire Cérébrale, dans son projet de réinsertion professionnelle ?

Cette question aura notamment pour objectif d'analyser dans un premier temps l'accompagnement en ergothérapie d'un patient dans son projet de réinsertion professionnelle, et ainsi d'amener à voir par quels moyens l'ergothérapeute peut inclure au maximum le patient dans sa démarche, afin de préserver la motivation de ce dernier tout au long de cette période.

1.4. Le cadre éthique

Ce mémoire d'initiation à la recherche est rédigé selon un cadre éthique en accord avec celui de notre profession. Ainsi, un formulaire de soumission a été rédigé explicitant mon projet de mémoire et a été soumis à un comité d'éthique de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand. Ce comité a émis un avis favorable (Annexe II), me permettant de débiter mon étude.

Un formulaire de non-opposition et d'information a également été rédigé et sera distribué à chaque participant de l'étude afin de s'assurer de leur consentement libre et éclairé. Lors du recueil des données, il est primordial de rappeler que des mesures sont prises pour assurer le respect de l'anonymat, de la confidentialité, de la protection des données, de la confiance et de la transparence (Annexe III).

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Choix de la population

Pour rappel, la question de recherche de ce mémoire d'initiation à la recherche porte sur le rôle de l'ergothérapeute dans la motivation du patient dans son projet de réinsertion professionnelle. La population interrogée porte donc sur les ergothérapeutes et non les patients AVC. De plus, le choix de la population a été établi selon des critères d'échantillonnage. L'instauration de ces critères permet de limiter les biais et structure la démarche de recherche.

Ainsi, la population interrogée répond à ces différentes conditions :

- Les ergothérapeutes doivent travailler régulièrement avec une population AVC.
- Les patients AVC accompagnés doivent se créer un nouveau projet professionnel : il s'agit donc de réinsertion et non d'insertion professionnelle.
- Les patients sont en âge de travailler et possèdent donc entre 18 et 61 ans.

Le recrutement des ergothérapeutes interrogés a été fait de manière diverse. Certains ont été contactés par mails, soit de manière spontanée, soit par connaissance et d'autres ont été contactés par le biais des réseaux sociaux. De ce fait, trois ergothérapeutes ont pu participer à l'étude.

2.2. Choix de l'outil

« L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes » (Lincoln, 1995). Cette méthode permet de récolter des éléments et de les analyser par la suite. Elle va servir à vérifier des hypothèses déjà établies par le biais d'une grille d'entretien préconstruite et assure une certaine fiabilité et précision au niveau du recueil de données. En effet, lors des entretiens, les questions et les réponses des deux personnes pourront être explicitées en cas de besoin. La grille d'entretien permet à la fois de structurer l'entretien en emmenant la personne interrogée vers des thèmes précis, tout en lui laissant la liberté de s'exprimer.

Ainsi, dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, une grille d'entretien a été établie. Elle porte sur des thèmes spécifiques à la réinsertion professionnelle (voir Annexe IV), et est donc adressée aux ergothérapeutes travaillant dans ce domaine.

Face aux restrictions imposées par le COVID-19, les entretiens se sont tous déroulés par téléphone. Ils ont été enregistrés sous forme audio, avec l'accord de l'ergothérapeute concerné, et ont par la suite été retranscrits mot pour mot, dans le but d'être analysés par la suite.

2.3. Mode d'analyse des données

Pour analyser les données, deux modes ont été utilisés. Le premier mode est une analyse longitudinale qui correspond à la lecture horizontale des données de chaque entretien en suivant l'ordre des questions. Ceci permet dans un premier temps d'extraire les idées principales de chaque participant et de faire émerger des thématiques récurrentes, pour ensuite regrouper ces thèmes avec les notions associées.

Enfin, le deuxième mode utilisé est une analyse transversale qui correspond à une lecture verticale des données. Ainsi, les réponses de l'ensemble des ergothérapeutes sont confrontées dans chaque thématique. Cette méthode permet de réaliser une synthèse des données recueillies et de voir les points convergents ou divergents des professionnels selon la thématique.

2.4. Biais et limites de la méthode

La méthode utilisée ici présente différentes limites. Tout d'abord, l'entretien a été structuré par l'utilisation d'une grille d'entretien. De ce fait, la personne interrogée était aiguillée par des questions établies au préalable et la formulation ou reformulation de ces dernières pouvaient influencer sur ses réponses. Les informations recueillies sont également subjectives car les ergothérapeutes partagent leur expérience vécue et leur propre opinion qui n'est pas forcément le même pour tout le monde. De plus, du fait de la situation sanitaire du COVID-19, les entretiens ont été réalisés par téléphone, ne permettant pas l'utilisation de la communication non-verbale et limitant ainsi le recueil de données supplémentaires.

3. Analyse des données et principaux résultats

3.1. Présentation des participants

Pour le recueil de données, trois ergothérapeutes travaillant auprès de personnes ayant été victimes d'un AVC ont été interrogés. Les entretiens ont duré de 36 à 45 minutes. L'ensemble des ergothérapeutes travaillent dans une structure de réinsertion professionnelle : deux en UEROS et un dans un ESAT. Les ergothérapeutes interrogés ont été diplômés entre 1998 et 2015 et disposent tous d'une grande expérience auprès de la population AVC. Un tableau d'échantillonnage regroupe l'ensemble des informations sur les participants (Annexe V).

3.2. Analyse longitudinale

Cette partie regroupe une analyse de chaque entretien effectué. Les tableaux récapitulatifs de l'analyse longitudinale catégorisée sous différentes thématiques sont disponibles en Annexe VI.

❖ Ergothérapeute 1: Concernant l'accompagnement au sein de la structure, l'Ergothérapeute 1 (E1) explique que les travailleurs viennent principalement pour une période de six mois car « normalement, l'ESAT est un tremplin », mais qu'en général, les personnes ne quittent jamais réellement l'établissement et « font finalement toute leur carrière professionnelle ici ». L'accompagnement de l'ergothérapeute est basé sur des bilans globaux de la personne puis sur des interventions à la fois individuelles et sur leur lieu de travail. Elle note également que « le travail pluridisciplinaire est très important » et avoue être souvent sollicité par ses collègues ou travailler en binôme.

E1 exprime faire face à différents freins dans son accompagnement, venant restreindre la motivation de la personne pour mener son projet à terme. En effet, après leur AVC, les patients possèdent diverses séquelles motrices et / ou cognitives, comme l'aphasie, des troubles du comportement, des troubles de la mémoire, l'anosognosie. De plus, le retour à l'emploi est compliqué et les offres d'emploi mises à disposition des travailleurs ne correspondent pas toujours à leur demande et à leurs capacités. E1 dit avoir souvent été confronté à un manque de motivation de la part de ces personnes, « cela peut être dû à un

découragement de ne pas y arriver. Ce sont des personnes très stigmatisées. Le regard des autres n'est pas forcément facile, même pour ceux qui n'ont pas de séquelles visibles ». Cependant, « la motivation joue un très grand rôle, elle est très importante, même si ça ne fait pas tout ». Ainsi, en cas de manque de motivation, l'ergothérapeute met en place différents moyens, en sensibilisant l'entourage professionnel de la personne sur le handicap physique, et surtout invisible, en stimulant la personne pour changer d'activité ou trouver d'autres projets professionnels, ou encore en l'orientant vers d'autres professionnels selon les besoins. E1 explique que le projet professionnel est réévalué chaque année par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et le patient. « Il rencontre tous les professionnels pour recueillir ses attentes, ses souhaits, ses projets », le projet est donc co-construit et « c'est un moment où on peut le féliciter pour son travail, lui expliquer ce qu'on va faire dans l'année à venir ». De plus, le rôle de l'ergothérapeute est très divers. Bien que ce soit une structure de réinsertion professionnelle, et que l'ergothérapeute doit « se cantonner uniquement au champ du travail », E1 « déborde souvent dans les activités de vie quotidienne » car « c'est nécessaire ». En tant qu'ergothérapeute, nous prenons en compte la personne dans sa globalité, « on sort du champ professionnel mais c'est toujours dans l'idée de les maintenir au travail ».

❖ Ergothérapeute 2 : Orientés au préalable par divers organismes (MDPH, CAP Emploi, centre de rééducation), les patients arrivent généralement en UEROS plusieurs années après leur AVC. Ils disposent d'un agrément de six mois, où un accompagnement de réentraînement de leurs capacités, aussi bien quotidiennes que professionnelles, et d'adaptation sur le lieu de travail leur est proposé, « la finalité de l'UEROS c'est de permettre à la personne de cheminer, de réacquérir des compétences. Si on peut valider le projet professionnel tant mieux, mais ce n'est pas tout le temps ». E2 explique également beaucoup travailler en collaboration avec l'ensemble des professionnels de la structure car « c'est vraiment important ».

Bien qu'elle n'ait pas souvent été confrontée à un manque de motivation de la part de ses patients, E2 affirme que « la motivation est la base de tout ». Dans certains cas, les patients ont une baisse de motivation au retour de leur stage car ils quittent de nouveau le monde professionnel. D'autres sont également là uniquement pour une raison financière et ne trouvent donc pas d'intérêt à leur projet d'accompagnement. De ce fait, les personnes « ne seront pas acteurs de leur parcours, et il n'y aura pas beaucoup de réussite à la fin ». Pour

éviter cela, E2 s'appuie sur différents moyens pour favoriser cette motivation. « Il faut déjà partir de la demande de la personne » grâce à l'utilisation de bilans et de modèles. Les projets sont personnalisés et en accord avec les souhaits et les capacités de la personne car « on a une vision en ergothérapie qui s'appuie sur les habitudes de la personne ». Certains aménagements peuvent être faits, les objectifs sont revus avec le patient continuellement et peuvent s'axer plus particulièrement sur le côté réentraînement ou sur celui du professionnel. De plus, « les personnes AVC mettent du temps à faire le deuil de leur vie d'avant » et E2 est là aussi pour les accompagner dans ce processus.

A la fin de l'accompagnement, l'accès à l'emploi pour ces personnes varie. Certains arrivent à suivre leur projet déjà établi car « ils sont dynamisés ». Ils intègrent alors des emplois dans des milieux adaptés, ou des ESAT. Mais à l'inverse, « cela peut vite retomber s'ils se retrouvent seuls ». E2 note « un manque de relais entre les professionnels et les structures spécialisées qui suivent les personnes après l'UEROS » et des « dispositifs qui sont trop longs à être mis en place ». Tout ceci empêche un retour à l'emploi satisfaisant pour ces personnes, devant alors se tourner vers des projets sociaux.

❖ Ergothérapeute 3 : Les patients n'intègrent pas l'UEROS directement après leur sortie d'hospitalisation car « on est en réinsertion professionnelle et s'ils viennent trop tôt ce n'est pas positif, ils sont encore dans une phase d'évaluation et d'évolution ». En général, ils sont orientés « plusieurs années après l'hospitalisation » par diverses structures ou professionnels, mais sont dans certains cas, « en errance » et « en fin de droits de partout ».

L'ergothérapeute 3 (E3) explique que son rôle est de permettre aux patients de retrouver de l'autonomie et de l'indépendance aussi bien au niveau professionnel que du quotidien. Elle accompagne également dans la prise de conscience et l'acceptation des séquelles afin d'aider le patient à trouver un projet le plus adéquat à ses capacités. L'UEROS dispose d'une grande équipe pluridisciplinaire permettant à E3 de travailler « souvent en binôme ». Ses interventions reposent sur des évaluations, des mises en situation écologique et des prises en charge individuelles et en groupe. Les patients ont également accès à des stages professionnels durant le cursus de douze semaines.

Concernant l'aspect motivationnel, E3 explique qu'il « joue forcément un rôle important, il faut qu'ils soient acteurs de leur projet ». Le processus d'entrée dans l'UEROS se fait en plusieurs étapes et permet de vérifier au préalable que la personne soit motivée. De ce fait,

E3 n'a « pas énormément » dû faire face à un manque de motivation de la part de ses patients. Cependant, pour certains, un trouble du jugement concernant leurs capacités peut venir impacter cette motivation, « parfois ils veulent aussi essayer par eux-mêmes, faire autrement lorsqu'ils ont une idée, ils ont un trouble du jugement ». En effet, il n'est pas toujours facile d'accepter ses séquelles cognitives et / ou physiques et de se rendre réellement compte de ses nouvelles capacités. De plus, le manque de rémunération des stages ou les problèmes personnels » peuvent vite amener la personne à se décourager car « comment investir pleinement un stage lorsqu'on ne sait pas où dormir ce week-end ou comment payer ses courses ? ». Enfin, certains patients peuvent parfois arriver peu de temps après leur AVC et ont donc « été dirigés trop tôt et ne sont pas encore prêts pour le stage ».

Ainsi, face à ces multiples situations, E3 explique s'appuyer sur plusieurs moyens. Sa prise en charge est personnalisée selon chaque patient et les objectifs sont réactualisés « ils peuvent aussi en parler, pour revoir les objectifs, les souhaits et les avancées, pour faire le point ». Le temps d'acceptation des séquelles est un processus long, où il faut parfois laisser le temps et les capacités aux patients d'essayer pour comprendre « parfois ils veulent aussi essayer par eux-mêmes, faire autrement lorsqu'ils ont une idée, ils ont un trouble du jugement et ne seront pas convaincus tant qu'ils n'auront pas essayé. » Si les raisons dépassent ses compétences, E3 redirige souvent les patients vers les professionnels compétents. De plus, le stage en UEROS peut se renouveler, « il y a des personnes qui reviennent pour un deuxième ou troisième stage », et permet ainsi aux patients d'évoluer.

A la sortie, « il y a 1/3 d'orientation professionnelle, 1/3 d'accompagnement à la vie sociale et 1/3 d'accompagnement plutôt CAJ, occupationnel voire bénévolat ». L'UEROS ne permet pas un retour à l'emploi direct, « quand ils partent de l'UEROS après les douze semaines, rien n'est fait quasiment. Il y a ensuite un suivi de deux ans après, avec des rendez-vous ponctuels pour mettre en place les préconisations qu'on leur a faites en fin de stage, si on les a orientés vers des SAMSAH, un SAVS, pour des visites de structures, pour des remises à niveau, tout ça on les accompagne. Il y a un suivi par mails, téléphone, sur place ». Ces diverses orientations sont dues à un manque de temps nécessaire à la mise en place des préconisations, « ça prend du temps de mettre en place les préconisations, douze semaines ce n'est pas suffisant donc en général ils partent avec une idée de stage par exemple, et tout se fait après ».

3.3. Analyse transversale

L'analyse transversale permet de croiser, question par question, les données recueillies de chaque ergothérapeute lors de l'analyse longitudinale. Pour la réaliser, les thématiques communes des résumés de chaque entretien ont été regroupés dans un tableau (Annexe VI) permettant ainsi de comparer les réponses des trois ergothérapeutes.

- Question 1 : L'accompagnement globale de la structure

- ❖ Orientation(s) antérieure(s) du patient

L'ensemble des ergothérapeutes témoignent de l'arrivée des patients au moins plusieurs années après avoir été victimes de leur AVC dans les structures de réinsertion professionnelle. Orientés par divers organismes de type MDPH, CAP Emploi, les patients présentent tous diverses orientations au préalable. Dans le meilleur des cas, ils sortent de rééducation, de libéral ou de domicile. Cependant, d'autres peuvent être « en errance de structure en structure » comme affirme E1. Ils arrivent après des années, ont souvent essayé de retravailler en milieu ordinaire, en vain, et sont en fin de droits de partout car « il n'y a pas vraiment de lien entre le soin avec le médico-social, donc les personnes sont souvent perdues. Il y a peu de lien et c'est dommage ». Ceci démontre donc toute la diversité des orientations antérieures des patients et donc de leur vécu et objectifs, qui constituera leur projet professionnel.

- ❖ L'accompagnement dans la structure

Concernant le type d'accompagnement dans les structures, ce dernier est variable. Deux ergothérapeutes, E1 et E2, accompagnent les patients sur une durée de 6 mois. La prise en charge de E3 a lieu durant 12 semaines avec un suivi continu de 2 ans du patient à la sortie. Au niveau de la structure des accompagnements, les trois ergothérapeutes expriment tous plus ou moins le même processus. A leur arrivée, une phase d'évaluation pluridisciplinaire est programmée et permet par la suite de mettre en place le projet de réinsertion adapté aux besoins et aux souhaits du patient. Selon les objectifs, les trois ergothérapeutes expliquent mettre en place des programmes de réentraînement avec la possibilité d'effectuer des stages professionnels. Pour E1, « à l'ESAT, ils peuvent faire des stages soit dans d'autres ESAT, soit

en milieu adapté ». Ce sont des travailleurs qui viennent pour trouver un emploi, contrairement aux structures dans lesquelles travaillent E2 et E3 qui permettent dans un premier temps de réacquérir des compétences et d'ensuite, si possible, valider et travailler un projet professionnel.

❖ La pluridisciplinarité

L'importance de la pluridisciplinarité est relevée par les trois ergothérapeutes. Tous disposent d'une équipe composée de plusieurs professionnels et avouent « beaucoup travailler en équipe pluridisciplinaire ». Allier les connaissances et les compétences de chacun permet d'obtenir une vision globale de la personne et de pouvoir mettre à disposition le moyen le plus pertinent en fonction des objectifs ou de la demande de la personne, « on se répartit en fonction du besoin de la personne ».

- Question 2 : La prise en charge en ergothérapie

❖ L'intervention en ergothérapie et les moyens utilisés

Bien que les ergothérapeutes travaillent toutes dans des structures de réinsertion professionnelle, les trois ergothérapeutes témoignent de l'importance de travailler non seulement sur le versant professionnel, mais également sur le versant social. E2 explique que « l'accompagnement a besoin de partir de l'autonomie personnelle et d'avoir un environnement social adapté pour pouvoir envisager le professionnel ». Tout est interdépendant, et c'est pour cela qu'en tant qu'ergothérapeute, nous portons une approche holistique des besoins du patient. Globalement, les trois ergothérapeutes interviennent sur le quotidien de la personne afin qu'elle puisse gagner en autonomie et en indépendance. Ils utilisent pour cela des évaluations de tout type comme les bilans analytiques au niveau moteur ou cognitif, les bilans concernant les activités de vie quotidienne, des mises en situation écologique, des visites à domicile, etc. Ici, la prise en compte de l'environnement physique et social du patient est nécessaire. Ensuite, « quand tout cela est stabilisé, on voit le professionnel ». Pour les trois ergothérapeutes, l'accompagnement est basé sur un réentraînement des capacités, que ce soit par le biais d'ateliers individuels ou collectifs, de

stages professionnels et d'adaptations sur le poste de travail. Outre l'acquisition ou le développement de nouvelles compétences, E2 et E3 notent également l'importance de travailler la prise de conscience et l'acceptation des séquelles. En effet, « la finalité de l'UEROS c'est de permettre à la personne de cheminer, de réacquérir des compétences. Si on peut valider le projet professionnel tant mieux, mais ce n'est pas tout le temps. Les personnes AVC mettent du temps à faire le deuil de leur vie d'avant et l'UEROS les accompagnent dans ce cheminement ».

❖ Les freins dans l'accompagnement

Les freins auxquels sont confrontés les trois ergothérapeutes sont représentés par le graphique ci-dessous. Ce dernier montre que les séquelles cognitives (3/3 ergothérapeutes), le processus de deuil (2/3 ergothérapeutes) ainsi que les troubles du comportement (2/3 ergothérapeutes) sont les trois principaux freins quant à leur accompagnement auprès de cette population AVC. Les séquelles cognitives et l'environnement social ont également été notifiés comme freins dans l'accompagnement par 1 ergothérapeute sur 3 à chaque fois.

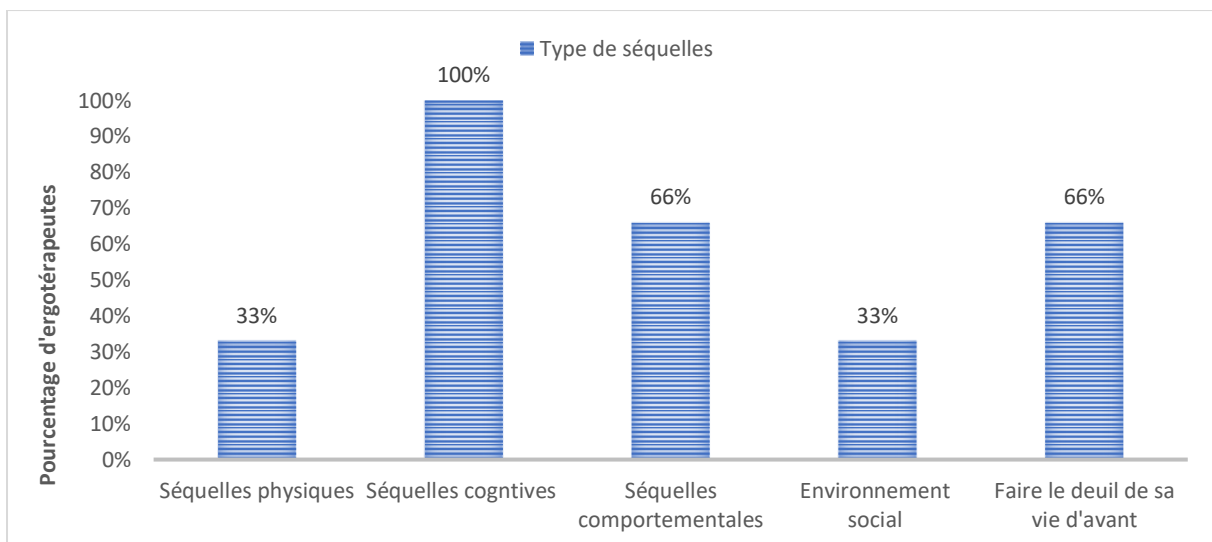


Figure 1 : Les freins dans l'accompagnement des ergothérapeutes

Ici, les séquelles physiques comprennent les séquelles motrices et sensitives, les séquelles cognitives représentent l'anosognosie, les troubles de la mémoire ainsi que l'aphasie. Au moins deux ergothérapeutes sur trois considèrent l'anosognosie comme la séquelle cognitive affectant le plus la prise en charge. Enfin, l'environnement social désigne généralement l'entourage familial et /ou professionnel du patient.

- Question 3 : Le rôle de la motivation dans le projet de réinsertion professionnelle

❖ Les raisons du manque de motivation

La motivation est un pilier sur lequel les patients doivent s'appuyer lors de la réalisation de leur projet de réinsertion professionnelle. Les trois ergothérapeutes affirment que « la motivation est la base de tout ». Cependant, deux ergothérapeutes sur trois affirment avoir fréquemment dû faire face à des patients avec un manque de motivation durant leur accompagnement. E1 et E2 rejoignent tous deux l'idée que l'ensemble des séquelles, qu'elles soient physiques ou cognitives, vient tendre à ce manque de motivation. Certains troubles peuvent amener les patients à se décourager de ne pas y arriver, ou au contraire, les empêcher de se rendre réellement compte de leurs capacités et incapacités. Les patients aspirent alors à des projets en inadéquation avec leurs compétences et il est parfois difficile pour les ergothérapeutes de les accompagner dans ce processus de prise de conscience.

De plus, E1 explique que « ce sont des personnes très stigmatisées », surtout pour celles ayant des atteintes cognitives car « c'est invisible, et donc plus compliqué à percevoir pour les autres ». L'accès à l'emploi demeure toujours difficile, avec des demandes qui « ne correspondent pas toujours. Parfois ça marche mais ça reste rare, le handicap est là ».

Selon E3, s'ajoute parfois à cela l'environnement du patient qui peut vite contraindre le projet du patient et sa motivation. En effet, l'entourage n'est pas toujours favorable à la reprise d'un emploi, et certains, du fait de ce manque d'activité professionnelle, se trouvent face à de nombreux problèmes sociaux (finances, logements...). La vie quotidienne du patient impacte nécessairement sa santé mentale et peut venir restreindre sa motivation et son énergie qu'il doit consacrer à son nouveau projet professionnel.

E2, quant à elle, n'a jamais réellement remarqué un manque de motivation de la part de ses patients car « « sinon ils ne seraient pas là, ils n'auraient pas fait pas la démarche de venir. Je fonctionne à la demande, donc s'il n'y a pas de motivation, il n'y a pas de demandes ». Le processus d'entrée dans la structure se déroule en diverses étapes, permettant à la fois aux professionnels et au patient de s'assurer que le projet est cohérent avec l'accompagnement proposé. De ce fait, E2 remarque uniquement quelques baisses de motivation temporaires lors de certains retours à la structure après un stage professionnel ou lors d'un manque de rémunération.

❖ Les moyens

Face à ces différents obstacles pouvant restreindre la motivation de leurs patients, les ergothérapeutes mettent en place différents moyens. Ces derniers sont illustrés par le graphique ci-contre.

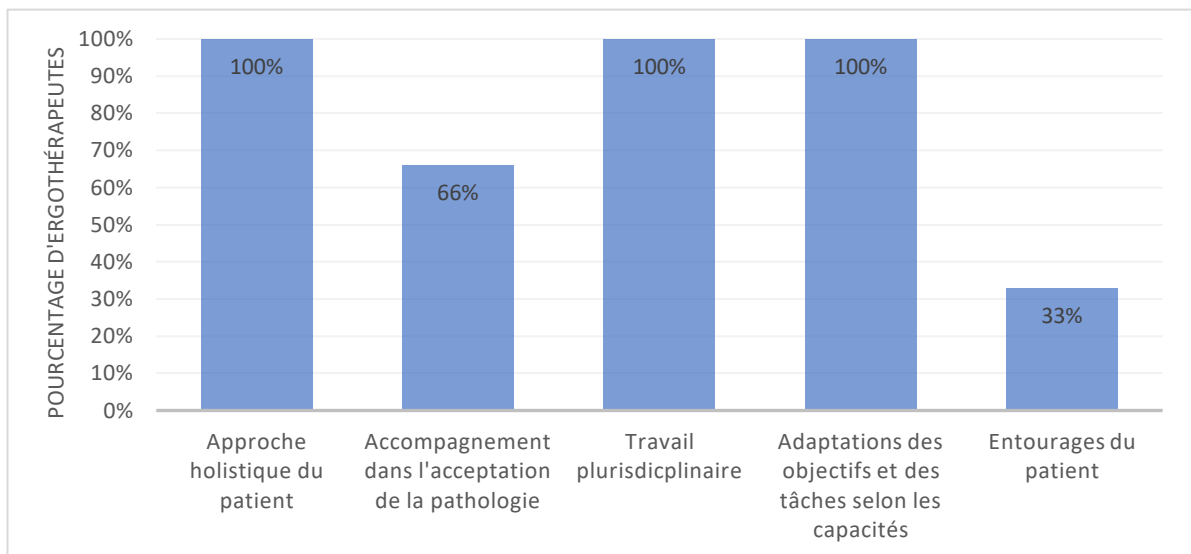


Figure 2 : Les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser la motivation des patients AVC

Trois outils principaux ont émergé suite à l'entretien avec les ergothérapeutes, à savoir l'approche holistique du patient, le travail pluridisciplinaire et l'adaptation continue des objectifs et des tâches mis en place durant l'accompagnement selon les capacités du patient. Premièrement, E1, E2 et E3 sont en accord pour dire que le projet professionnel du patient doit être basé sur la demande et les souhaits de la personne, « il faut que les patients soient acteur de leur projet ». De plus, l'ergothérapeute tend à utiliser une approche holistique,

c'est-à-dire que la personne est prise en compte dans sa globalité. L'ensemble de ses habitudes de vie, ses ressources, son environnement, ainsi que ses déficits sont analysés et tous trois expriment le fait qu'il est d'abord nécessaire de les accompagner sur le versant du quotidien, pour ensuite pouvoir travailler le côté professionnel, « on sort du champ professionnel mais c'est toujours dans l'idée de les maintenir au travail ».

Ensuite, les trois ergothérapeutes s'appuient énormément sur la pluridisciplinarité. L'ensemble des professionnels se réunissent régulièrement en équipe pluridisciplinaire pour échanger sur l'avancée des projets professionnels de chaque patient. De plus, un professionnel est désigné comme référent pour chaque personne. De ce fait, en cas de besoin, l'ergothérapeute peut faire le point avec le patient s'il en est le référent ou bien le diriger vers le collègue référent correspondant. Dans une équipe, il est important de s'appuyer sur les compétences et connaissances de chacun afin de pouvoir orienter les patients selon les besoins.

Enfin, l'ergothérapeute doit continuellement adapter ses objectifs et les interventions mis en place durant son accompagnement. En effet, ces derniers doivent être en adéquation avec les souhaits et les capacités du patient. En cas d'évolution ou de perte de motivation, l'ergothérapeute doit savoir prendre du recul et ré-analyser ses objectifs de prise en charge afin de se réadapter.

Pour finir, deux autres outils ont émergé de l'analyse. Pour deux ergothérapeutes sur trois, l'accompagnement dans l'acceptation de leur pathologie et donc de leurs séquelles est nécessaire car « les personnes AVC mettent du temps à faire le deuil de leur vie d'avant et il faut les accompagner dans ce cheminement ». A leur arrivée, les personnes souhaitent généralement reprendre leur emploi initial et n'ont donc pas un projet adapté à leurs capacités, « donc notre rôle va être d'adapter l'idée ou de la faire abandonner ». L'acceptation de la pathologie pour les patients passe aussi par l'acceptation et la bonne compréhension de cette dernière par son entourage. E1 et E2 interviennent souvent auprès de l'entourage professionnel et / ou familial du patient pour « les sensibiliser sur le handicap ». « La famille ne comprend pas toujours les troubles cognitifs » et même sur le lieu de travail, « ce sont des personnes très stigmatisées et c'est pour cela que nous intervenons beaucoup pour sensibiliser les autres ». De plus, E2 affirme que la famille est « un appui » durant le projet de réinsertion professionnelle du patient et « fait des rencontres famille en général durant le stage ».

- Question 4 : Les orientations à la sortie de la structure

- ❖ Les types d'orientation

A la fin de l'accompagnement, les orientations des patients à la sortie de la structure sont diverses. Pour E1, les patients restent globalement dans l'ESAT. Normalement, l'ESAT est « un tremplin mais beaucoup de personnes font toute leur carrière professionnelle ici car le milieu ordinaire est compliqué ». Pour E2 et E3, les orientations sont soit professionnelles (milieux adaptés, formations, stages), soit sociales (CAJ), soit occupationnelles (bénévolat). Quand les patients partent, « rien n'est fait quasiment ». Les ergothérapeutes font généralement un suivi pendant plusieurs années car « ça prend du temps de mettre en place les préconisations, donc en général ils partent avec une idée et tout se fait après ».

- ❖ Les raisons

Cette diversité d'orientations est due par différents facteurs. Tout d'abord, les séquelles physiques et cognitives peuvent être trop importantes et ne permettent pas à la personne de retrouver une activité professionnelle. De plus, la mise en place des dispositifs de suivi est longue, « entre la demande et la notification ils se passent au moins six mois, et après il faut du temps pour que ce soit mis en place ». Un manque de relais entre les professionnels et les structures spécialisés est également noté par les trois ergothérapeutes. De ce fait, ceci ne permet pas aux patients de se maintenir dans la démarche prévue à la sortie de l'établissement : « on a beau avoir validé un projet, s'il n'y a pas de suivi il arrive qu'ils décrochent ».

4. Discussion

4.1. Analyse de la théorie et de la pratique

Cette partie permet de corréler les apports théoriques présentés dans la première partie du mémoire, avec les données recueillies suite à l'analyse des différents entretiens des trois ergothérapeutes. Pour rappel, l'ensemble de ce travail a pour but de répondre à la question de recherche : « Comment l'ergothérapeute, dans sa prise en charge, peut favoriser

la motivation d'un patient victime d'un accident vasculaire cérébrale, dans son projet de réinsertion professionnelle ? ».

4.1.1. Le processus de réinsertion professionnelle

Comme vue dans la partie théorique, la réinsertion professionnelle pour les patients ayant été victimes d'un AVC est un processus long et complexe.

« Le taux de reprise du travail varie entre 11 et 85 % », (A. Schnitzler, P. Pradat-Diehl, 2006) et les difficultés persistent, que les patients possèdent des séquelles sévères ou modérés à légères. La reprise du travail peut donc prendre plusieurs années et correspond au délai d'arrivée des patients au sein des structures de réinsertion professionnelle dans lesquels travaillent les ergothérapeutes. Durant cette période, les patients sont en premier lieu dans des structures de rééducation et par la suite, restent à domicile ou essaient de retourner travailler dans le milieu ordinaire en vain. Un manque de lien entre le soin et le médico-social est à noter et ne permet pas une réinsertion professionnelle optimale.

Cependant, il faut tout de même prendre en compte l'impact psychologique de l'AVC sur les personnes. L'acceptation de la pathologie demande du temps aux patients et ils ne sont généralement pas prêts à retourner au travail en sortant d'hospitalisation. De plus, dans le domaine professionnel, les séquelles doivent être stables et demandent également du temps. Le processus de réinsertion est donc à la fois long, avec un suivi entre l'hospitalisation et la réinsertion qui tend encore à devoir se développer, mais ce temps permet également aux patients d'accepter leur pathologie avec tout ce que cela implique dans leur quotidien, pour pouvoir ensuite se vouer pleinement à leur projet de réinsertion professionnelle.

De plus, une fois le projet du patient établi avec les professionnels de la structure, il faut prendre en compte le fait que la réalisation du projet et l'intégration totale de la personne dans le monde de l'emploi peuvent prendre encore plusieurs années. En effet, à la sortie des patients de la structure, « rien n'est fait quasiment ». Les ergothérapeutes font généralement un suivi pendant plusieurs années car mettre en place les préconisations prend du temps. Ils partent donc généralement avec une idée qui sera à mettre en place par la suite.

En plus de la durée, le processus de réinsertion est complexe pour les patients. La littérature et la vision des ergothérapeutes s'associent également sur ce sujet. Dans « Handicap et insertion professionnelle : égalité et démocratie », le sociologue Alain Blanc

rappelle tout d'abord que « l'employabilité est limitée » car 75% des personnes en situation de handicap disposent d'un niveau de formations de base (CAP-BEP). Ajoutées au degré de leur handicap, leurs compétences sociales deviennent ainsi souvent en décalage avec celles requises aujourd'hui ». De ce fait, les personnes dites "cols blancs" (secteur tertiaire / travail de bureau) reprennent plus facilement que les cols bleus (secteur primaire et secondaire). Les ergothérapeutes dénoncent également cet impact sur la possible réinsertion des patients

A la fin de leur accompagnement, malgré un programme de réentraînement, les personnes ne sortent pas tous de la structure avec un projet ou une possibilité d'emploi car elles n'ont pas les capacités nécessaires. Une orientation sociale ou occupationnelle leur est alors proposée. En plus de cela, le marché du travail n'est pas toujours adapté au handicap. Selon Alain Blanc, « le réseau n'est pas en mesure de satisfaire toutes les demandes des demandeurs d'emploi handicapés dû à leur manque de formations professionnelles et à la nature des emplois qui aujourd'hui demande une polyvalence accrue ». Les ergothérapeutes expliquent que le milieu ordinaire n'est pas adapté et que les emplois proposés en milieu adapté ne le sont pas toujours non plus. De plus, certains employeurs peuvent être réticents quant à l'embauche de personnes en situation de handicap, et ne veulent ou ne peuvent pas mettre en œuvre les aménagements nécessaires au poste de travail. Dans « Handicap et accès à l'emploi : efficacité et limites de la discrimination positive », Christine Le Clainche et Geert Demuijnck dénoncent « le manque d'informations, de financements ou de formations qui induisent régulièrement un manque d'adaptation de l'environnement professionnel et amène de ce fait un manque de productivité dans l'entreprise avec une moindre reconnaissance des compétences d'une personne ayant une déficience, qu'elle soit physique ou psychique ». Cela est également lié à la stigmatisation encore présente dans le monde de l'emploi. D'après Christine Le Clainche et Geert Demuijnck, « deux formes de discrimination existent, l'une statistique et l'autre pure ». La discrimination statistique repose sur « la croyance en une moindre productivité pour les personnes en situation de handicap », souvent dû à un manque d'informations ou de moyens car la réinsertion professionnelle serait possible dans quasiment les mêmes conditions que pour les personnes sans handicap si certains aménagements étaient réalisés. La discrimination pure, elle, repose « sur une discrimination selon les caractéristiques de l'individu ». L'existence de troubles physiques chez un travailleur, et surtout cognitifs car ils sont dits « invisibles », sont difficiles à appréhender pour les autres. Dans leur accompagnement, les ergothérapeutes interviennent régulièrement sur les lieux de travail de

leur patient afin de sensibiliser l'entourage professionnel sur le handicap et de les accompagner dans les possibilités d'aménagements.

Afin d'aider les patients AVC dans ce processus, les ergothérapeutes valident le rôle des divers organismes décrit dans la littérature qui visent à aider les patients dans leur réinsertion professionnelle. A leur arrivée dans la structure, les patients sont pour la plupart orientés par Cap Emploi, avec notification de la MDPH. Lors d'aménagements sur le poste de travail, elles ont régulièrement recours aux Prestations d'Appui Spécifique ainsi qu'à l'AGEFIPH ou la FIPHFP. L'ensemble de ces organismes tendent à se développer et sont nécessaires pour accompagner au mieux ces personnes.

4.1.2. Validation du rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion professionnelle

La Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (WFOT) confirme que « les ergothérapeutes ont l'expertise dans la réadaptation professionnelle pour permettre la participation des individus dans le monde du travail » et y ont décrit différentes raisons. Les entretiens avec les ergothérapeutes ont pu appuyer cette argument et le valider.

En effet, les ergothérapeutes portent une « approche holistique des besoins du patient et de l'employeur ». Elles évaluent et se basent sur les habitudes de vie du patient, ses ressources ainsi que son environnement. Tout ceci est pris en compte pour construire un projet de réinsertion adapté aux besoins et aux souhaits du patient. Les ergothérapeutes ont tous témoigné l'importance de prendre en compte le quotidien de la personne pour ensuite pouvoir travailler le côté professionnel, « l'accompagnement a besoin de partir de l'autonomie personnelle et d'avoir un environnement social adapté pour pouvoir envisager le professionnel ».

De plus, le fait de prendre en compte la personne dans sa globalité permet de pouvoir s'adapter continuellement et de favoriser « l'engagement, la santé mentale et physique du patient ainsi que ses fonctions et structures corporelles ».

Enfin, les ergothérapeutes arrivent à mettre en lien « l'évaluation des fonctions et les exigences du travail ». A l'arrivée des patients dans la structure, une période d'évaluation est effectuée afin de mettre en lumière les déficits et les ressources du patient. L'ergothérapeute qui travaille dans le domaine de la réinsertion professionnelle connaît les contraintes que

demande un retour à l'emploi pour une personne étant en situation de handicap. Elle sait alors retenir des évaluations, les objectifs adéquats et mettre en œuvre les moyens nécessaires pour préparer le patient à un retour optimal dans le monde du travail. Elle travaille à la fois auprès du patient pour l'accompagner dans le réentraînement de ses capacités, mais également auprès de son entourage professionnel et parfois familial, afin de sensibiliser et d'adapter l'environnement de la personne. Ces interventions sont nécessaires pour que les séquelles de la personne, qui ne pouvaient pas être rééduquées, puissent être compensées.

4.1.3. Recommandations pour favoriser la motivation des patients

Selon Maslow, l'être humain « répond à ses besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement de soi par la motivation humaine ». C'est par ce biais que la personne arrive à atteindre ces objectifs et l'importance de cette notion de motivation a également été relevée par les ergothérapeutes interrogés. Pour eux, il est fondamental que le patient soit motivé dans son projet de réinsertion professionnelle, « c'est la base de tout ». Cependant, différentes raisons viennent impacter cet aspect motivationnel. L'étude menée par CEAHI Auvergne explique que les patients ont besoin d'être mieux accompagnés dans leur recherche d'emploi, d'être mieux compris dans leur attente et leurs capacités et se plaignent régulièrement de ne pas avoir accès à des « métiers attrayants ». Certaines problématiques reviennent également sur le terrain avec les ergothérapeutes :

- L'accès à l'emploi qui n'est pas toujours facile ou adapté aux capacités des patients ainsi que le manque d'accompagnement et de liens entre les différentes structures qui accompagnent les personnes dans leur réinsertion professionnelle est problématique.
- A cela, se rajoutent les séquelles physiques et surtout cognitives avec la présence d'anosognosie, la stigmatisation de l'entourage, aussi bien professionnelle que familiale. Cependant, les ergothérapeutes ont su appréhender le fait que « les patients avaient besoin d'être mieux compris », comme ils étaient déclaré dans l'étude, grâce à l'approche holistique du patient qu'ils détiennent.

Afin de répondre à ses problématiques motivationnelles, Wu et al. proposent, dans la littérature, des recommandations pour favoriser l'émergence de la motivation chez des patients accompagnés par des ergothérapeutes.

Tout d'abord, « l'ergothérapeute doit valoriser les buts et intérêts du patient » et « doit rendre pro-actif le patient dans la définition des buts à atteindre ». Sur le terrain, les ergothérapeutes répondent à ces recommandations par l'utilisation d'une approche holistique du patient. De cette manière, l'ergothérapeute part des souhaits et des attentes du patient, le rendant donc pro-actif de son projet, et met en place par la suite des moyens adaptés qui s'auront répondu à l'objectif et qui seront basés sur les ressources et les habitudes de vie de la personne. De ce fait, les patients trouvent une signification directe dans les tâches qu'ils doivent réaliser et assure la compréhension de l'intérêt à aller au bout de leur projet.

Ensuite, la recommandation « Les tâches proposées doivent être d'un niveau adapté aux compétences du patient » est respectée car l'accompagnement des ergothérapeutes interrogées est en constante évolution selon les objectifs et les capacités du patient. Il est nécessaire de mettre en place des moyens qui sont en adéquation avec ce dont le patient a envie et est capable de faire afin de ne pas le mettre en échec. Durant la prise en charge, les ressources et capacités du patient peuvent évoluer, tout comme ses attentes et l'ergothérapeute a donc pour rôle de réadapter son accompagnement afin que le patient garde la motivation de réussir son projet jusqu'à la fin.

En somme, Wu et al. recommande que « l'ergothérapeute identifie les proches pouvant être ressources et construit avec eux l'accompagnement et les soutiens au besoin ». Dans l'analyse, l'un des moyens que les ergothérapeutes utilisent pour favoriser la motivation du patient est de prendre en compte l'entourage du patient dans la prise en charge et confirme donc cette recommandation. L'environnement du patient est pris en compte dans sa globalité dans l'intervention de l'ergothérapeute et ce dernier démontre encore plus l'importance de l'environnement social car les proches sont définis comme un appui par certains professionnels. Cependant, certains entourages peuvent être caractérisés comme des freins par les ergothérapeutes. En effet, les séquelles, surtout cognitives, ne sont pas toujours bien appréhendées ou comprises par l'entourage. De plus, certains ne sont pas en adéquation avec les choix du patient, notamment concernant la reprise du travail, et peut alors freiner la motivation de ce dernier dans la réalisation du projet. Cette recommandation est donc majeure mais doit être tout de même reconsidérer selon l'entourage du patient.

Enfin, deux recommandations, à savoir « l'ergothérapeute explicite clairement les objectifs de la tâche et la procédure pour réaliser celle-ci » et « l'ergothérapeute propose des

feedbacks constamment au patient sur ces réalisations » n'ont pas clairement été énoncées par les ergothérapeutes interrogées mais sont généralement appliquées dans cette profession dans tous les domaines d'intervention, y compris celle de la réinsertion professionnelle. Lors de la mise en place du projet, il est fondamental de s'assurer de la bonne compréhension des objectifs et des moyens mis en place dans le projet d'intervention en recueillant le consentement libre et éclairé de la personne. De plus, encourager le patient en effectuant des retours sur l'évolution de l'accompagnement est pertinent afin de s'assurer que le patient soit conscient de ses avancées et puisse garder des objectifs adéquats à la situation, point majeur dans la préservation de l'aspect motivationnel du patient dans son projet de réinsertion professionnelle.

En vue de tous ces éléments énoncés, les problématiques apportées par la question de recherche ont pu être éclairées. Nous pouvons dire que la motivation est un aspect primordial dans la prise en charge de réinsertion professionnelle du patient. Les ergothérapeutes ont les compétences et moyens nécessaires pour permettre de favoriser cette motivation malgré les freins auxquels ils puissent faire face durant leur accompagnement.

4.2. Limites et critiques de l'étude

L'ensemble des résultats évoqués précédemment sont à pondérer car l'étude présente diverses critiques et limites.

- Le choix d'utiliser des entretiens semi-directifs comme outils de recherche a été fait. De ce fait, un questionnaire avec des questions ouvertes a été créé laissant donc les ergothérapeutes apporter des réponses subjectives basées sur leurs expériences personnelles. De plus, certaines questions pouvaient manquer de clarté, rendant certaines réponses peu développées ou en inadéquation avec l'idée recherchée.
- Ensuite, du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie du COVID-19, tous les entretiens se sont déroulés par appels téléphoniques. Ce moyen de communication restreint la spontanéité des échanges et prive également la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires pouvant être recueillies durant l'entretien par le langage corporel des participants.

- Pour cette étude, cinq ergothérapeutes dans le domaine de la réinsertion professionnelle ont pu être interrogées. Cependant, lors de la phase d'analyse, deux entretiens n'ont pas pu être intégrés à l'étude car la personne interrogée ne correspondait pas à l'ensemble des critères d'inclusion déterminés au préalable. Il aurait donc été pertinent de s'assurer à l'avance de la correspondance des critères afin d'optimiser le temps dédié à ses entretiens.
- Enfin, l'étude est basée sur l'analyse de résultats provenant seulement de 3 entretiens. Il s'agit donc uniquement d'un extrait non-exhaustif des pratiques professionnelles dans le domaine de la réinsertion professionnelle. Le choix de déterminer des critères d'inclusion précis a induit un échantillonnage d'ergothérapeutes plus restreint et n'est donc pas assez significatif pour permettre la généralisation des résultats.

4.3. Apports et perspectives

La réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de découvrir et de mettre en œuvre une méthodologie de recherche. J'ai ainsi pu développer des compétences de synthèse, mais aussi mon esprit critique et d'analyse. Ce travail demande une grande rigueur d'organisation et de rédaction. De plus, mon choix de sujet de recherche provient d'un questionnement vécu en stage et m'a donc permis d'élargir mes connaissances, à la fois sur la pathologie AVC, mais aussi sur le processus de réinsertion professionnelle pour les personnes étant en situation de handicap. Les connaissances, qu'elles soient aussi bien scientifiques, qu'expérientielles par des ergothérapeutes de terrain, pourront me servir dans ma future pratique professionnelle. En effet, les échanges avec les ergothérapeutes interrogés a été très enrichissants. L'apport de multiples expériences ne pourra que renforcer et diversifier mes compétences en tant qu'ergothérapeute. Enfin, la corrélation des données scientifiques avec celle du terrain permet de comparer les différents apports et de valider ou non certaines études menées. Lors de cette recherche, la prise de recul est également importante afin d'aborder les données en toute objectivité.

L'intervention de l'ergothérapeute dans le domaine de la réinsertion professionnelle tend encore à se développer et ce mémoire a permis de confirmer le rôle de l'ergothérapie dans ce domaine. La recherche et cette analyse m'ont donné envie d'élargir le sujet et

d'apporter quelques perspectives qu'il serait pertinent de développer dans de futures études. Tout d'abord, le processus de réinsertion est complexe et les personnes restent régulièrement des années à domicile avant d'être orientées vers une structure de réinsertion professionnelle. D'après quelques données récoltées, ceci émanerait d'un manque de lien entre les structures de soin et les organismes de réinsertion professionnelle. Il serait donc intéressant de se questionner sur les raisons réelles de ce dysfonctionnement et s'il serait judicieux de travailler sur ce dernier afin de permettre à ces personnes de se réinsérer plus tôt, et surtout de quelle manière.

Enfin, l'étude menée porte précisément sur l'aspect motivationnel du patient AVC. La motivation joue un rôle important pour que le patient puisse réaliser ses objectifs mais il pourrait être pertinent d'élargir l'étude au terme de « participation » du patient. La participation est une notion également primordiale et plus générale quant à l'accomplissement des activités pour une personne et permettrait de mettre en lumière plus de moyens pouvant favoriser l'accomplissement du projet de la personne.

CONCLUSION

Malgré la volonté de réformer l'accès au travail pour les personnes en situation de handicap, la réinsertion professionnelle reste encore un processus long et complexe. L'AVC est une pathologie pouvant engendrer de lourdes séquelles et donc d'importantes conséquences dans ce retour à l'emploi pour les personnes concernées. Divers organismes sont donc à disposition afin de faciliter et d'orienter les patients dans leur réinsertion professionnelle.

Le rôle de l'ergothérapeute dans le processus de réinsertion professionnelle a été démontré. En effet, l'ergothérapie a pour objectif d'accompagner les patients à retrouver leur rôle dans la société, et cela passe par le travail. L'approche holistique de l'ergothérapeute permet de prendre en compte le patient dans sa globalité en partant de ses souhaits, et en s'appuyant sur toutes les ressources nécessaires que la personne peut avoir à sa disposition. Bien qu'ici, le but de l'ergothérapeute soit d'agir sur le versant professionnel, le quotidien de la personne est également pris en compte car les deux domaines sont en corrélation constante. L'autonomie et l'indépendance personnelle de la personne doivent déjà être adaptées afin que le professionnel puisse être travaillé.

L'aspect motivationnel est ressorti comme fondamental dans la prise en charge du patient concernant son projet de réinsertion professionnelle. C'est par la motivation que l'être humain arrive à atteindre ses objectifs. Il est donc nécessaire de maintenir et de favoriser cette motivation chez une personne étant dans une démarche de réinsertion professionnelle, au vu de la complexité du processus. Les ergothérapeutes, en adaptation constante dans leur accompagnement selon les besoins et ressources du patient, ont également su trouver les moyens nécessaires pour faciliter cet aspect. De par leurs compétences, les ergothérapeutes ont pu globalement répondre et valider les recommandations faites par Wu et al. concernant l'émergence de la motivation chez le patient. Certaines indications restent encore à développer, à adapter ou à créer selon le profil de la personne. Chaque accompagnement reste évidemment unique et tous les moyens mis en œuvre doivent être en adéquation avec les problématiques de la personne. L'ergothérapeute y a ici, toutes les compétences requises.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A. Schnitzler, P. Pradat-Diehl. (2006). Reprise du travail après un accident vasculaire cérébral, *La Lettre du Neurologue - Vol. X - n° 4*.

CREAHI Auvergne. (2013). La population cérébrolésée adulte en Auvergne.

Hélène GARNER, Dominique MEDA, Jamila MOKHTAR. (2004). La place du travail dans l'identité des personnes en emploi, N°01.1.

Alain Blanc. (2006). Handicap et insertion professionnelle : égalité et démocratie, *Reliance* – n°19, p.42 à 49.

Lynn Legg, Avril Drummond, Jo Leonardi-Bee, JRF Gladman, Susan Corr, Mireille Donkervoort, Judi Edmans, Louise Gilbertson, Lyn Jongbloed, Pip Logan, Catherine Sackley, MarionWalker. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials.

Dominique Royer. (2002). Qu'en est-t-il de la « valeur travail » dans notre société contemporaine ? », *Empan*, p.18 à 25.

Christine Le Clainche, Geert Demuijnck. (2006). Handicap et accès à l'emploi : efficacité et limites de la discrimination positive, n°63.

Catherine Morin. (2009). Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral. Paris : John Libbey Eurotext.

Alain Yelnik, François Daniel, Arnaud Griffon. (2010). Actualités dans la prise en charge de l'AVC. Montpellier : Sauramps Médical.

Éric Sorita, Jean-Michel Caire. (2013). La revue française de l'ergothérapie. *Preuves d'efficacité de l'intervention en milieu ordinaire de vie des ergothérapeutes sur l'amélioration de l'indépendance dans les activités de vie quotidienne des patients post-AVC*. (N°51).

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2017). L'ergothérapie aujourd'hui en France.

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2019). La profession de l'ergothérapie.

World Federation of Occupational Therapist. (2012). La réadaptation professionnelle.

Elsa Galtier. (2013). Rôle de l'ergothérapeute dans le maintien du désir de rééducation post AVC : Les activités signifiantes entre atouts et limites.

Hôpital Bicêtre, Assistance publique des hôpitaux de Paris. Rôle de l'ergothérapie.
CREAI, Pays de la Loire. (2018). Les dispositifs pour favoriser l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap.

Synergo. (2008). Le livre Blanc. https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/livre_blanc.pdf

Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie. (2019). Accroître l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique.

Vallerand, R. J. et Thill, E. E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Laval : Éditions Études Vivantes. *Revue des sciences de l'éducation*, 20 (2), 411–414.

Abraham Maslow. (1954). Devenir le Meilleur de soi-même: Besoins fondamentaux, motivation et personnalité. Harper & Row.

Universalis. Site internet. https://www.universalis.fr/encyclopedie/hemiplegie/#i_29663

G. Serratrice, M. Ceccaldi. Élocution et ses troubles. EMC [17-035-A-94].

Catherine Thomas-Antérion. (2013). Les aphasies. *Neurologies*, vol 16. N° 160. Cahier 1.

F. Viader, J. Lambert, V. de la Sayette ; F. Eusatche, P. Morin, I. Morin, B. Lechevalier.
Aphasie. EMC Neurologie.

Sophie Jacquin-Courtois, Gilles Rode, Jacques Luauté, Laure Pisella, Alessandro Farne, Jacintha O'Shea, Dominique Boisson, Yves Rosseti. (2009). Syndrome de négligence spatiale unilatérale : d'un polymorphisme clinique vers un polymorphisme thérapeutique. *Revue de neuropsychologie*, Volume 1.

S. Stirati-Buron, P. Koskas, O. Drunat. (2008). Anosognosie : définitions, caractéristiques, méthodes d'évaluation, exemple de l'hôpital de jour de neuropsychogériatrie. *NPG Neurologie*, 8.

Aphysionado. Cours de Neurophysiologie. <https://sites.google.com/site/aphysionado/home/fonctionssn/cognition>.

Tom Glévar. (2015). *Évaluation de sensibilité chez le sujet hémiplégique : le Nottingham Sensory Assessment*

Travail écrit de fin d'étude, Institut de formation en Masso-Kinésithérapie de Rennes. https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=1399.

Site du Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Site internet. <https://travail.emploi.gouv.fr/ministere/service-public-de-l-emploi/article/cap-emploi>.

Site de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Site internet. <https://www.cnsa.fr/vous-etes-une-personne-handicapee-ou-un-proche/missions-et-fonctionnement-des-mdph>.

Site de l'Agefiph. Site internet. <https://www.agefiph.fr/aides-handicap/prestations-dappui-specifiques>.

Site de Pôle Emploi. Site internet. <https://www.poleemploi.fr/actualites/ledossier/pratique/emploi-et-handicap/conseils-pratiques/travailleur-handicape--un-accomp.html>.

ANNEXES

ANNEXE I : Enquête exploratoire

- Dans quel type de structure exercez-vous ?
 1. Centre de rééducation
 2. Lieux de vie (FAM, MAS...)
 3. Autres :

- A quel niveau de gravité des séquelles êtes-vous confronté le plus souvent ?
 1. Faible
 2. Modéré
 3. Sévère

- Avec quel(s) type(s) de séquelles ?
 1. Physiques
 2. Cognitives
 3. Autre :

- A quel moment de la prise en charge post-AVC intervenez-vous ?
 1. De 0 à 6 mois
 2. De 6 mois à 1 an
 3. 1 an et plus

- Intervenez-vous dans la réinsertion professionnelle ?
 1. Oui
 2. Non

- Si oui, comment ? Sur quoi vous appuyez-vous (outils, bilans, pluridisciplinarité...) ?

- Selon vous, quels sont les leviers et les freins dans la reprise professionnelle pour un patient post-AVC ?

- Avez-vous des remarques ou informations supplémentaires à me transmettre ?

ANNEXE II : Avis du comité éthique



Clermont-Ferrand, le 01 février 2021

Mme Élodie DEAT
Institut Universitaire de Formation en
Ergothérapie (IUFE)
Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2020-73

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Comment l'ergothérapeute, dans sa prise en charge, peut favoriser la participation d'un patient victime d'un Accident Vasculaire Cérébrale, dans son projet de réinsertion professionnelle ? »

Vous nous avez précisé que ce travail a pour objectifs d'étudier le processus d'accompagnement de l'ergothérapeute dans le projet de réinsertion professionnelle du patient victime d'un AVC. Ceci afin d'identifier par quel moyen l'ergothérapeute peut favoriser la participation de la personne dans son projet de retour à l'emploi.

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA (dpd@uca.fr) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

La Présidente du Comité d'Éthique de la
Recherche IRB-UCA
Anne FOGLI

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P/O' followed by a stylized signature.

Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 - 63 001 Clermont-Ferrand
Contact : irb@uca.fr

ANNEXE III : Formulaire de non-opposition et d'information

Accompagnement de l'ergothérapeute dans le projet de réinsertion professionnelle d'un patient ayant été victimes d'un AVC

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON-OPPOSITION

- **Promoteur : Université Clermont Auvergne**
49 Boulevard François Mitterrand
CS 60032
63 001 Clermont-Ferrand

- **Investigateur principal : Elodie, DEAT**

Partenaire : Lory, BIENNIER
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne
Université Clermont Auvergne, 49 Boulevard François Mitterrand, CS 60032
63000 CLERMONT-FERRAND

L'objectif de l'étude est de recueillir des informations sur l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes ayant été victimes d'un Accident Vasculaire Cérébrale pour leur insertion professionnelle.

Nous avons donc l'honneur de demander votre non-opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant réalise un entretien semi-dirigé enregistré d'une demi-heure. S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées ~~ne sont pas~~ et traitées de manière confidentielles. De plus, des analyses statistiques sont réalisées sur les données de groupe d'âge.

*Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier pour le **Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA.***

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez interrompre à tout moment votre participation à cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits (d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation, en contactant l'investigateur de l'étude Elodie DEAT concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude

L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 2 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant :

OUI NON

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le ~~méthodologiste~~, il vous sera proposé de signer ce document.

Date :/...../.....

Signature du participant :

Paraphe de l'investigateur :

ANNEXE IV : Grille d'entretien des ergothérapeutes interrogés

Questions signalétiques : Quel est votre parcours professionnel ?

- Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?
- Avez-vous déjà travaillé dans d'autres structures ? Si oui, auprès de quelle(s) population(s) ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous avec la population AVC ?
- Dans quel type de structure travaillez-vous aujourd'hui ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de la structure ?

Question 1 : Comment se déroule l'accompagnement au sein de la structure ?

- Au bout de combien de temps après leur AVC, les personnes arrivent-elles dans la structure ?
- Quelle orientation après leur hospitalisation ont-ils eu avant d'arriver dans la structure ?
- Quel pourcentage de patients AVC accompagnez-vous au sein de la structure ?
- Combien de temps dure l'accompagnement ?
- Quels sont les autres professionnels présents dans la structure ? Quels sont ceux intervenants auprès des patients AVC ?
- Quel(s) type(s) d'accompagnement apportent chacun des professionnels dans le projet de réinsertion professionnelle du patient ?
- Quelles sont les étapes de la prise en charge ?

Question 2 : Quel sont les missions de l'ergothérapeute au sein de la structure ?

- Comment se déroule l'accompagnement en ergothérapie auprès du patient AVC ?
- Sur quoi vous appuyez-vous dans votre accompagnement ?
 - Sur quel(s) outil(s) ?
 - Sur quelle(s) évaluation(s) ?
 - Sur quel(s) ressource(s) du patient ?
 - Sur quel(s) autre(s) professionnel(s) ?
 - Sur quel(s) autre(s) organisme(s) ?
- Au contraire, à quels freins pouvez-vous être confronté dans votre accompagnement ?
Comment parvenez-vous à maîtriser ces obstacles ?

- Quelle(s) plus-value(s) apportez-vous en tant qu'ergothérapeute au sein de votre structure ?

Question 3 : Quel rôle joue pour vous la motivation du patient dans son parcours de réinsertion professionnelle ?

- En quoi évaluer l'engagement du patient dans son projet de réinsertion professionnelle peut-t-il être intéressant selon vous ?
- Évaluez-vous l'engagement du patient dans son projet de réinsertion ? Si oui, comment ?
- Le manque de motivation impacte-t-il la réussite du projet de réinsertion du patient ?
- Avez-vous déjà été confronté(e) à un manque de motivation de la part d'un patient ?
- Si oui, quelle(s) est/sont, selon vous, les raisons de ce manque de motivation ?
 - Fatigabilité ?
 - Séquelles cognitives et/ou physiques ?
 - Manques de diplômes / compétences scolaires ou universitaire ?
 - Durée du processus de réinsertion professionnelle ?
 - Complexité du retour à l'emploi ?
- Si oui, votre accompagnement a-t-il dû être modifié ? Comment vous êtes-vous adapté(e) pour favoriser cette motivation ?
 - Changements d'outil(s) ?
 - Réévaluation(s) ?
 - Mise en avant des ressource(s) du patient ?
 - Appui d'autre(s) professionnel(s) ?
 - Appui d'autre(s) organisme(s) ?
 - Souhait(s) et besoin(s) du patient pris en compte ?
- Dans le cas où vous n'avez jamais été confronté(e) à la situation, que feriez-vous ?
 - Changements d'outil(s) ?
 - Ré-évaluation(s) ?
 - Exploitation des ressource(s) du patient ?
 - Appui d'autre(s) professionnel(s) ?
 - Appui d'autre(s) organisme(s) ?

Question 4 : A la sortie de votre structure, la patient retrouve-t-il une vie professionnelle ?

- Est-il dirigé dans une autre structure de réinsertion à l'emploi ?
- Quel pourcentage de retour à l'emploi chez les patients AVC avez-vous dans votre structure ?
- Quel type(s) d'emploi(s) trouve généralement les patients ?
 - Emploi précédent ?
 - Nouvel emploi ?
 - Emploi dans un milieu protégé ?

Question d'ouverture : Avez-vous des éléments supplémentaires à apporter pour compléter cet entretien ?

ANNEXE V : Tableaux d'échantillonnage des participants

Tableau d'échantillonnage : ergothérapeutes travaillant avec des personnes victimes d'un Accident Vasculaire Cérébrale, en réinsertion professionnelle				
Entretien	Durée (en minutes)	Année du diplôme	Expériences antérieures	Type de structure
1	39	2000	<ul style="list-style-type: none"> • SSR (pédiatrie) • SESSAD • APF • CAMS • UEROS • ESAT 	ESAT
2	45	2015	<ul style="list-style-type: none"> • SSR • Service d'Accompagnement à l'Insertion (SAI) • SAMSAH • UEROS 	UEROS
3	38	1998	<ul style="list-style-type: none"> • SSR (neuro / cérébro-lésés) • Grand brûlés • UEROS 	UEROS

ANNEXE VI : Tableaux d'analyse longitudinale

Entretien 1		
Identité	Diplômé depuis 2000, 19 d'expérience avec la population AVC, 4 ans en ESAT	
Question	Thématiques	Notions associées
Comment se déroule l'accompagnement au sein de la structure ?	Orientation(s) antérieure(s) du patient	Viennent de domicile, CAP Emploi, le CRIC (Centre de Rééducation Professionnelle) et beaucoup par l'UEROS. Souvent essaient le milieu ordinaire avant ou ne font plus rien car pas de lien et d'accompagnement entre les structures de soin / sanitaire et celle dans le médico-social / la réadaptation.
	L'accompagnement dans la structure	10% d'AVC dans l'ESAT. Période d'essai de 6 mois avec évaluations pluridisciplinaire : évaluations professionnelle, psychologique, infirmier, sociale et ergothérapeute. ESAT leur permet de faire des stages dans d'autres ESAT, en milieu adapté. Viennent pour trouver du travail. Patients font en général toute leur carrière en ESAT même à l'origine c'est un tremplin.
	Pluridisciplinarité	3 infirmières, 3 assistantes-sociales, 3 psychologues, un éducateur sportif, un chargé d'insertion professionnel, une animatrice socio-culturelle, une ergothérapeute. Travail pluridisciplinaire très important.
Quels sont les missions de l'ergothérapeute ?	Intervention en ergothérapie	Réentraînement des capacités. Accompagnement sur le poste de travail.
	Moyens	Bilan global : outils d'évaluation créé (motricité, sensoriel, AVQ, AVQI), MOCA. Ateliers individuels. Observations sur le poste de travail.
	Freins dans l'accompagnement	Aphasie, troubles du comportement, troubles de la mémoire.

Quel rôle joue pour vous la motivation du patient dans son parcours de réinsertion professionnelle ?	Raisons du manque de motivation	Séquelles de l'AVC (Aphasie, troubles du comportement, troubles de la mémoire, anosognosie) Demandes à disposition ne correspondant pas toujours à la personne Découragement de ne pas y arriver Stigmatisation (surtout handicap invisible) Retour à l'emploi compliqué (surtout avec des troubles cognitifs)
	Moyens mis en place	Projet professionnel : 1f/an, équipe pluridisciplinaire + patient pour recueillir attentes, souhaits, projets de la personne. Expliquer l'accompagnement de l'année à venir. Importance d'encourager et de féliciter Intervention de l'ergo au niveau du champ professionnel normalement mais aussi dans le quotidien (observations, VAD) // Travail avec l'AS pour le champ du quotidien. Sensibilisation de l'entourage professionnel sur le handicap (physique et cognitif / invisible) Stimulation pour changer d'ateliers, d'alternance Dynamiser avec d'autres activités (sport adapté) Trouver d'autres projets professionnels
A la sortie de votre structure, la patient retrouve-t-il une vie professionnelle ?	Type d'orientations	Reste dans l'ESAT.
	Raisons	Séquelles cognitives trop importantes et pas de possibilité d'aménagements comme les séquelles physique. Accompagnement pour le travail ordinaire / tutorat possible mais que sur du court terme.

Entretien 2		
Identité	Diplômée depuis 2015, 4 ans d'expérience avec la population AVC, 3 ans en UEROS	
Question	Thématiques	Notions associées
Comment se déroule l'accompagnement au sein de la structure ?	Orientation(s) antérieure(s) du patient	Viennent 2/3 ans après l'AVC car séquelles doivent être stables. Orientés par MDPH, CAP emploi, centre de rééducation.
	L'accompagnement dans la structure	50% d'AVC dans l'UEROS. Agrément de 6 mois : phase d'évaluations pluridisciplinaire, restitution des évaluations et validation du projet professionnel et /ou sociale, découverte de stages, ateliers de réentraînement.

	Pluridisciplinarité	Une neuropsychologue, un éducateur, un médecin, une ergothérapeute. Travaille souvent en collaboration avec les autres professionnels.
Quels sont les missions de l'ergothérapeute ?	Intervention en ergothérapie	Réentraînement des capacités : gagner en autonomie et indépendance, faire de la prévention, accompagner la personne dans l'acceptation de ses séquelles Adaptation du poste de travail
	Moyens	Évaluations : entretiens, ELADEB, Jamar, Perdue, MES cuisine, en transport en commun, en chambre, atelier manuel d'évaluation Réentraînement : conseil en AT pour le quotidien, atelier gestes et posture, atelier itinéraire, atelier jardinage
	Freins dans l'accompagnement	Faire le deuil de sa vie d'avant. Séquelles physiques (motricité) et cognitives (aphasie, attention, anosognosie)
Quel rôle joue pour vous la motivation du patient dans son parcours de réinsertion professionnelle ?	Raisons du manque de motivation	Venu pour la rémunération Retour de stage compliqué car quitte le monde professionnel
	Impact du manque motivation	Patient plus acteur de son projet, manque d'initiative Manque de réussite à la fin du projet
	Moyens mis en place	Projet basé sur la demande de la personne (ELADEB, MCRO), sur ses habitudes de vie Professionnel référent de projets pour établir des sous-objectifs avec le patient Accompagnement dans l'acceptation de leur pathologie Aménagement d'horaires Travail avec le patient sur le côté professionnel et moins sur celui de réentraînement
A la sortie de votre structure, la patient	Type d'orientations	Milieus adaptés ESAT Bénévolat Retour sans emploi

	Raisons	Mise en place de dispositifs par la MDPH trop longue (6 mois) Manque de relais entre les professionnels et les structures spécialisées Plus les capacités nécessaires pour les milieu ordinaire
--	---------	---

Entretien 3		
Identité	Diplômée depuis 1998, 20 ans d'expérience avec la population AVC, 10 ans en UEROS	
Question	Thématiques	Notions associées
Comment se déroule l'accompagnement au sein de la structure ?	Orientation(s) antérieure(s) du patient	Viennent de rééducation, HAD, libéral, errance d'une structure à l'autre, à domicile sans orientations spécifiques. Arrivent plusieurs années après l'AVC.
	L'accompagnement dans la structure	Prise en charge de 12 semaines avec différents modules : Étapes : évaluations pendant 6 semaines, bilans intermédiaires, prises en charge individuelles/en groupe (ergothérapie, sport, théâtre, ateliers créatifs, estime de soi, prise de parole) Suivi pendant 2 ans par l'UEROS après leur passage
	Pluridisciplinarité	Un médecin, un psychologue, une secrétaire médicale, une assistante sociale, 3 chargés d'insertion, une neuropsychologue, une ergothérapeute.
Quels sont les missions de l'ergothérapeute ?	Intervention en ergothérapie	Retrouver de l'autonomie et de l'indépendance aussi bien au niveau professionnel que personnel Travailler la prise de conscience et l'acceptation des séquelles Aider le patient à trouver un projet adéquat à ses capacités
	Moyens	Évaluations : entretiens, dextérité, sensibilité, Kapanji, TEM, MES course, en transport en commun, en chambre, évaluation budgétaire, organisationnelle, orientation temporo-spatiale Bilans intermédiaires : point avec l'équipe pluridisciplinaire et le patient sur les capacités, difficultés, les souhaits et donc le projet à établir Prises en charge : activités en groupe et individuels, mise en situation écologiques, stages professionnels, VAD
	Freins dans l'accompagnement	Personnes en errance sociale (en fin de droits, situations familiales et/ou financières difficiles) Souhaits de la personne non-adaptés à ses capacités Anosognosie
Quel rôle joue pour vous la motivation du patient dans	Raisons du manque de motivation	Séquelles de l'AVC (physique, cognitive → troubles du jugement) Problèmes personnels (familial, social) Problèmes sociaux (financiers, logements) Santé mental impactée

	Moyens mis en place	Accompagnement dans l'acceptation de leur pathologie Orientés vers d'autres professionnels (assistance sociale, psychologue) Redéfinitions des souhaits, des objectifs du projet avec le patient et le référent Stage en UEROS renouvelé plusieurs fois
A la sortie de votre structure, la patient retrouve-t-il une vie professionnelle ?	Type d'orientations	1/3 d'orientation professionnelle : ESAT, formation, stage puis quelques années après emploi 1/3 d'accompagnement à la vie sociale : CAJ 1/3 d'accompagnement occupationnel : bénévolat
	Raisons	Manque de capacités d'apprentissage Mettre en place les préconisations prend du temps

ANNEXE VII : Tableaux d'analyse transversale

- Question 1 : L'accompagnement globale de la structure :

Thématiques	E1	E2	E3
Orientation(s) antérieure(s) du patient	- Viennent de domicile, CAP Emploi, le CRIC, et beaucoup par l'UEROS. Souvent essaient le milieu ordinaire « Après l'hospitalisation, il y en a beaucoup qui passent par une phase de nomadisme, où il ne se passe rien pendant des années. Parce qu'il n'y a pas vraiment de lien entre le soin avec le médico-social, donc les personnes sont souvent perdues. Il y a peu de lien et c'est dommage. »	- Viennent 2/3 ans après l'AVC car séquelles doivent être stables. - Orientés par MDPH, CAP emploi, centre de rééducation.	- Arrivent plusieurs années après l'AVC. - Viennent de rééducation, HAD, libéral, errance d'une structure à l'autre, à domicile sans orientations spécifiques.

L'accompagnement dans la structure	Période d'essai de 6 mois avec évaluations pluridisciplinaire : évaluations professionnelle, psychologique, infirmier, sociale et ergothérapique. ESAT leur permet de faire des stages dans d'autres ESAT, en milieu adapté. Viennent pour trouver du travail. Patients font en général toute leur carrière en ESAT même à l'origine c'est un tremplin.	Agrément de 6 mois : phase d'évaluations pluridisciplinaire, restitution des évaluations et validation du projet professionnel et /ou sociale, découverte de stages, ateliers de réentraînement.	Prise en charge de 12 semaines avec différents modules : Étapes : évaluations pendant 6 semaines, bilans intermédiaires, prises en charge individuelles/en groupe (ergothérapie, sport, théâtre, ateliers créatifs, estime de soi, prise de parole, mise en stage) Suivi pendant 2 ans par l'UEROS après leur passage
La pluridisciplinarité	- 3 infirmières, 3 assistantes-sociales, 3 psychologues, un éducateur sportif, un chargé d'insertion professionnel, une animatrice socio-culturelle, une ergothérapeute. - Travail pluridisciplinaire très important.	- 1 neuropsychologue, 1 éducateur, 1 médecin, 1 ergothérapeute. - Travaille souvent en collaboration avec les autres professionnels.	- 1 médecin, 1 psychologue, 1 secrétaire médicale, 1 assistante sociale, 3 chargés d'insertion, 1 neuropsychologue, 1 ergothérapeute - Travaille souvent en collaboration avec les autres professionnels.

- Question 2 : La prise en charge en ergothérapie

Thématiques	E1	E2	E3
L'intervention en ergothérapie	- Réentraînement des capacités. - Accompagnement sur le poste de travail.	Réentraînement des capacités : - Gagner en autonomie et indépendance - Faire de la prévention - Accompagner la personne dans l'acceptation de ses séquelles - Adaptation du poste de travail	- Retrouver de l'autonomie et de l'indépendance aussi bien au niveau professionnel que personnel - Travailler la prise de conscience et l'acceptation des séquelles

			- Aider le patient à trouver un projet adéquat à ses capacités
Les moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan global : outils d'évaluation créé (motricité, sensoriel, AVQ, AVQI), MOCA. - Ateliers individuels. - Observations sur le poste de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluations : entretiens, ELADEB, Jamar, Perdue, MES cuisine, en transport en commun, en chambre, atelier manuel d'évaluation - Réentraînement : conseil en AT pour le quotidien, atelier gestes et posture, atelier itinéraire, atelier jardinage 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluations : entretiens, dextérité, sensibilité, Kapanji, TEM, MES course, en transport en commun, en chambre, évaluation budgétaire, organisationnelle, orientation temporo-spatiale - Bilans intermédiaires : point avec l'équipe pluridisciplinaire et le patient sur les capacités, difficultés, les souhaits et donc le projet à établir - Prises en charge : activités en groupe et individuels, mise en situation écologiques, stages professionnels, VAD
Les freins dans l'accompagnement	Séquelles (aphasie, troubles du comportement, troubles de la mémoire)	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le deuil de sa vie d'avant. - Séquelles physiques (motricité) et cognitives (aphasie, attention, anosognosie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes en errance sociale (en fin de droits, situations familiales et/ou financières difficiles) - Souhaits de la personne non-adaptés à ses capacités - Anosognosie

- Question 3 : Le rôle de la motivation dans le projet de réinsertion professionnelle

Thématiques	E1	E2	E3
Les raisons du manque de motivation	<ul style="list-style-type: none"> - Séquelles de l'AVC (Aphasie, troubles du comportement, troubles de la mémoire, anosognosie) - Demandes à disposition ne correspondant pas toujours à la personne - Découragement de ne pas y arriver - Stigmatisation (surtout handicap invisible) - Retour à l'emploi compliqué (surtout avec des troubles cognitifs) 	<ul style="list-style-type: none"> - Venu pour la rémunération - Retour de stage compliqué car quitte le monde professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Séquelles de l'AVC (physique, cognitive → troubles du jugement) - Problèmes personnels (familial, social) - Problèmes sociaux (financiers, logements) - Arrivé trop tôt dans la structure
Les moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Projet professionnel : 1f/an, équipe pluridisciplinaire + patient pour recueillir attentes, souhaits, projets de la personne. Expliquer l'accompagnement de l'année à venir. - Importance d'encourager et de féliciter - Intervention de l'ergo au niveau du champ professionnel normalement mais aussi dans le quotidien - Travail pluridisciplinaire - Sensibilisation de l'entourage professionnel sur le 	<ul style="list-style-type: none"> - Projet basé sur la demande de la personne (ELADEB, MCRO), sur ses habitudes de vie - Professionnel référent de projets pour établir des sous-objectifs avec le patient - Accompagnement dans l'acceptation de leur pathologie - Aménagement d'horaires - Travail avec le patient sur le côté professionnel et moins sur celui de réentraînement - Travail pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement dans l'acceptation de leur pathologie - Orientés vers d'autres professionnels (assistance sociale, psychologue) - Redéfinitions des souhaits, des objectifs du projet avec le patient et le référent - Stage en UEROS renouvelé plusieurs fois - Prend en compte le quotidien et le professionnel - Travail pluridisciplinaire - « La famille ensuite, c'est un appui c'est sûr. On

	handicap (physique et cognitif / invisible) - Stimulation pour changer d'ateliers, d'alternance - Dynamiser avec d'autres activités (sport adapté)		fait des rencontres famille en général durant le stage »
--	--	--	--

- Question 4 : Les orientations à la sortie de la structure

Thématiques	E1	E2	E3
Les types d'orientation	Reste dans l'ESAT	- Milieux adaptés - ESAT - Bénévolat - Retour sans emploi	- 1/3 d'orientation professionnelle : ESAT, formation, stage puis quelques années après emploi - 1/3 d'accompagnement à la vie sociale : CAJ - 1/3 d'accompagnement occupationnel : bénévolat
Les raisons	- Séquelles cognitives trop importantes et pas de possibilité d'aménagements comme les séquelles physique. - Accompagnement pour le travail ordinaire / tutorat possible mais que sur du court terme.	- Mise en place de dispositifs par la MDPH trop longue (6 mois) - Manque de relais entre les professionnels et les structures spécialisées - Plus les capacités nécessaires pour les milieu ordinaire	- Manque de capacités d'apprentissage - Mettre en place les préconisation prend du temps

ABSTRACT

Introduction: Vocational rehabilitation for people who have suffered a stroke is a long and complex process. The motivation of the patient in his or her vocational rehabilitation project is fundamental, and the OTs have the skills in this field to make the involvement of people in the professional world possible. However, this motivation may be impacted by various factors. Therefore, this dissertation aimed to determine how OTs can promote this motivation throughout the person's vocational rehabilitation project.

Methods: A qualitative method based on semi-structured interviews was chosen. Four OTs working in this field were interviewed.

Results: Occupational therapists rely on different means to promote their patient's motivation. The three occupational therapists recommended the use of three main tools: using a holistic approach to the patient, continuously adapting the person's project according to his or her evolution and abilities, and providing multidisciplinary support in order to draw on the skills of each professional.

Conclusion: Stroke patients' motivation in their reintegration project can be altered by multiple factors. Occupational therapists have a role to intervene in this field and have the tools to promote this motivation.

Key words: stroke, vocational rehabilitation, occupational therapy, motivation

RÉSUMÉ

Introduction : La réinsertion professionnelle pour les personnes ayant été victimes d'un Accident Vasculaire Cérébrale (AVC) est un processus long et complexe. La motivation du patient dans son projet de réinsertion professionnel est fondamentale et les ergothérapeutes ont les compétences dans ce domaine pour permettre la participation des individus dans le monde du travail. Cependant, cette motivation peut être altérée par divers facteurs. Ainsi, le but de ce mémoire de recherche est de déterminer comment l'ergothérapeute peut favoriser cette motivation durant le projet de réinsertion professionnelle de la personne.

Méthode : Une méthode qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés a été choisie. Trois ergothérapeutes travaillant dans le domaine ont été interrogés.

Résultats : Les ergothérapeutes s'appuient sur différents moyens pour favoriser la motivation de leur patient. Les trois ergothérapeutes ont recommandé l'utilisation de 3 outils principaux à savoir : l'utilisation d'une approche holistique du patient, adapter continuellement le projet de la personne selon son évolution et ses capacités, et effectuer un accompagnement pluridisciplinaire afin de s'appuyer sur les compétences de chaque professionnel.

Conclusion : La motivation du patient AVC dans son projet de réinsertion peut être altérée par le biais de multiples facteurs. Les ergothérapeutes ont toute leur place dans ce domaine et disposent d'outils à mettre en place afin de favoriser cette motivation.

Mots clés : Accident Vasculaire Cérébral, réinsertion professionnelle, ergothérapie, motivation