

**Favoriser l'engagement et l'équilibre occupationnel en
centre de traitement et de réadaptation - Tome III**

**L'établissement de recommandations pour mettre en
place un environnement enrichi ainsi qu'une participation
active des patients à la vie du centre de traitement et de
réadaptation**

Andréa LAGGER

Victoria MOHLER

Travail présenté pour l'obtention du

Bachelor of Science HES-SO en ergothérapie

Haute école de travail social et de la santé Lausanne | HETSL |

Lausanne

Le jury d'évaluation :

- Catherine Genet, directrice
- Amandine Ramseier, co-directrice

Lausanne, septembre, 2022

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous souhaitons remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Catherine Genet, qui suit ce projet depuis le début et qui, par ses conseils, ses relectures et son accompagnement, nous a permis de mener à bien ce travail.

Nous remercions également notre co-directrice, Madame Amandine Ramseier, pour son implication, sa motivation et ses corrections qui ont été grandement appréciées et utiles pour réaliser ce travail.

Ensuite, nous exprimons également notre gratitude aux professionnels interviewés pour nous avoir accordé du temps et du savoir afin d'affiner ce travail de Bachelor. Leurs expériences nous ont permis de réaliser un travail de qualité.

Finalement, nous exprimons toute notre reconnaissance à ceux qui ont suivi de loin comme de près ce travail c'est-à-dire nos familles, nos amis et nos collègues pour leur soutien, leur relecture et leurs conseils.

REMARQUES

L'emploi de la syntaxe genrée a été choisi afin de faciliter la lecture de ce travail.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un travail de Bachelor pour l'obtention de 15 ECTS. Le contenu et les opinions émises dans le travail n'engagent que les auteur-e-s. La responsabilité de l'école se limite à la définition et au contrôle de l'atteinte des objectifs pédagogiques relatifs aux travaux de Bachelor.

RÉSUMÉ

Contexte. Actuellement, l'accident vasculaire cérébral [AVC] est une des principales causes d'invalidités acquises dans le monde et en Suisse. Une réadaptation précoce et interdisciplinaire est essentielle afin de traiter au mieux ses conséquences. Cependant, la littérature démontre qu'une personne hospitalisée dépend du milieu institutionnel dans lequel elle se trouve et que les patients sont peu actifs en dehors des thérapies.

But. Ce travail vise à établir des recommandations générales pour la mise en place d'un environnement enrichi [EE] et d'une participation active du patient à la vie d'un centre de traitement et de réadaptation [CTR] durant leur période de rééducation-réadaptation. Celles-ci sont fondées sur la base de deux précédents travaux de Bachelor sur le sujet, de la littérature et de l'expérience des professionnels interviewés. Le but de celles-ci est de guider les différents lieux de neuroréadaptation en Suisse qui souhaiteraient mettre en vigueur une pratique encourageant davantage l'engagement et l'équilibre occupationnel de leurs patients.

Méthode. Il s'agit d'une recherche phénoménologique basée sur des entretiens semi-structurés. Trois professionnels travaillant dans des lieux favorisant l'engagement et l'équilibre occupationnel au sein de leur établissement ont été interviewés. Les données recueillies ont été catégorisées puis mises en lien avec la littérature et les travaux de Bachelor I et II afin d'en extraire les recommandations.

Résultats. Les trois lieux interviewés ont déjà un fonctionnement qui va dans le sens d'un EE et d'une participation active du patient. De plus, les ergothérapeutes intègrent de manière importante les activités de la vie quotidienne [AVQ] et activités instrumentales de la vie quotidienne [AIVQ] lors des thérapies et lorsque cela est possible ils tentent de rendre indépendant le patient dans leur réalisation. De nombreuses possibilités occupationnelles hors thérapies s'offrent aux patients bien qu'ils soient limités dans l'accès à des salles et infrastructures en dehors des thérapies. Les participants s'accordent sur le fait que ce sont souvent les caractéristiques personnelles des patients qui sont la limite principale. Puis, les professionnels sont soutenus par la hiérarchie pour autant que le projet soit bien argumenté.

Conclusion. De manière générale, les entretiens s'accordent avec la littérature et les données obtenues dans les travaux de Bachelor I et II. L'EE et la participation active du patient ne nécessitent pas d'aménagements ou de budget conséquent en ce qui concerne le matériel. Au contraire, ils sont adaptables en fonction du lieu de pratique. Tous expriment que les activités proposées devront être le plus accessibles et le plus proches des besoins du patient afin d'augmenter sa motivation à y prendre part. La mise en place d'un EE et d'une

participation active du patient apporte une plus-value non négligeable à la neuroréadaptation classique.

Mots-clés. AVC - Environnement enrichi - Étude-pilote – Occupations - Participation.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AI	Assurance-Invalidité
AIVQ	Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
CTR	Centre de Traitement et de Réadaptation
DO	Déséquilibre Occupationnel
EE	Environnement Enrichi
EO	Équilibre Occupationnel
FPA	Fatigue Post-AVC
PCC	Pratique Centrée sur le Client
PCF	Pratique Centrée sur la Famille
RAD	Retour À Domicile
RAT	Retour Au Travail

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	8
2. RECENSION DES ÉCRITS	10
2.1. Environnement enrichi	10
2.1.1. Buts de l'environnement enrichi	11
2.1.2. Formes de l'environnement enrichi	12
2.1.3. Ressources et limites de l'environnement enrichi selon la littérature	13
2.1.4. Recommandations des articles	16
2.2. Participation active des patients à la vie du CTR	17
2.2.1. L'équilibre et le déséquilibre occupationnel	18
2.2.2. Occupation, santé et bien-être	19
2.3. Analyse des travaux de Bachelor I et II en lien avec le projet	20
2.3.1. Thématique 1 : Infrastructures de l'hôpital au service de la socialisation	21
2.3.2. Thématique 2 : AVQ, AIVQ, RAD et RAT	22
2.3.3. Thématique 3 : Plannings et thérapies	23
2.3.4. Thématique 4 : Caractéristiques personnelles des patients, leur entourage et la communication au sein du CTR	25
2.3.5. Thématique 5 : Droits et devoirs des patients et des professionnels	27
2.3.6. Thématique 6 : Hiérarchie, financement et système suisse (concerne uniquement les professionnels)	28
2.3.7. Thématique 7 : Éthique et projet	29
3. MÉTHODOLOGIE	31
3.1. Problématique	31
3.2. But du travail de Bachelor	31
3.3. Type de recherche - recherche qualitative	32
3.4. Instruments de collecte de données - Entretiens semi-structurés	33
3.5. Choix des lieux à l'étude et recrutement des participants	34
3.6. Méthode d'analyse	35
3.7. Considérations éthiques	35
4. ANALYSE DES DONNÉES	36

4.1. Thématique 1 : AVQ, AIVQ, RAD, RAT.....	36
4.2. Thématique 2 : Possibilités occupationnelles en dehors des thérapies .	40
4.3. Thématique 3 : Caractéristiques personnelles des patients	42
4.4. Thématique 4 : Plannings et thérapies	42
4.5. Thématique 5 : Communication interprofessionnelle au service du projet du patient.....	44
4.6. Thématique 6 : Communication et intégration de l'entourage au service du projet du patient	46
4.7. Thématique 7 : Système de santé Suisse	48
4.8. Thématique 8 : Projets, hiérarchie et financement/budget.....	49
5. DISCUSSION	52
5.1. Discussion des résultats de l'analyse des données en rapport avec la recension des écrits.....	52
5.1.1. Caractéristiques personnelles du patient en lien avec l'investissement dans le processus de réadaptation	52
5.1.2. AVQ/AIVQ/RAD/RAT.....	53
5.1.3. Importance de l'entourage dans le processus de réadaptation.....	56
5.1.4. Communication au service du projet du patient.....	57
5.1.5. Planning et thérapies en lien avec le système de santé suisse	57
5.2. Discussion des résultats en rapport avec la recension des écrits et en vue du projet	58
5.2.1. Infrastructures en lien avec le projet	58
5.2.2. Possibilités occupationnelles hors thérapies	60
5.2.3. Hiérarchie et financement/budget en lien avec le projet.....	61
5.2.4. Formations en vue de la mise en place du projet	62
5.3. Réponses aux questions de recherche	63
5.4. La critique du travail réalisé.....	65
5.5. L'établissement de recommandations pour mettre en place un environnement enrichi ainsi qu'une participation active des patients à la vie du CTR	66
6. CONCLUSION	70
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	72

TABLE DES ANNEXES

I.	Tableau récapitulatif des TB I et II	78
II.	Guide d'entretien.....	101
III.	Document explicatif pour les institutions interviewées	103
IV.	Formulaire de consentement	105

1. INTRODUCTION

L'AVC représente actuellement la première cause d'invalidité acquise et concerne plus de 16'000 personnes par an en Suisse (Langhorne et al., 2011 ; Oestreicher et al., 2017). La récupération post-AVC est un processus complexe propre à chacun, mais qui nécessite une réadaptation interdisciplinaire précoce et de qualité, car la récupération neurologique commence directement suite à l'AVC (Langhorne et al., 2011 ; Teasell & Hussein, 2018).

Ce travail de Bachelor vise à établir des recommandations générales sur la mise en place d'un EE et d'une participation active des patients à la vie d'établissement ayant une population en neuroréadaptation et traitant principalement les personnes qui ont eu un AVC. L'objectif de ces recommandations étant de guider les différents lieux en Suisse qui souhaiteraient mettre en vigueur une pratique favorisant davantage l'engagement et l'équilibre occupationnel de leurs patients.

Cet objectif est né de la constatation que les patients hospitalisés sont peu actifs, et ce, principalement en dehors des thérapies (Janssen et al., 2014 ; Khan et al., 2016 ; White et al., 2013). En effet, la plupart du temps, les environnements physique et institutionnel ne permettent pas aux patients de s'engager suffisamment dans des activités significatives ainsi que d'exercer des interactions sociales pendant et en dehors du temps de thérapie (Hammell, 2004 ; Law et al., 1998). Actuellement, en 2022, l'approche biomédicale est encore présente dans la pratique des ergothérapeutes, mais en voie d'évolution vers une pratique plus en lien avec les sciences de l'occupation. La littérature démontre que s'engager dans des occupations en lien avec leur quotidien permettrait d'améliorer la généralisation des acquis et par conséquent de réaliser une meilleure transition entre le milieu hospitalier et le milieu écologique (Park, 2019 ; Flemming, Doig et Katz, 2000).

Afin que ce travail de Bachelor se construise sur des éléments solides, il s'articule sur la base de deux précédents travaux ayant relaté les besoins, envies et ressentis des professionnels et des patients d'un CTR en Suisse romande qui souhaiterait mettre en place un EE ainsi qu'une participation active des patients.

Ces trois travaux de Bachelor forment ensemble un projet de mise en place concrète des deux éléments cités en amont. Cependant, ce document a élargi sa recherche afin de formuler des recommandations généralisables aux différents lieux de réadaptation traitant des personnes avec des problématiques neurologiques. Il se base également sur de la littérature en lien avec le projet et sur trois entretiens relatant l'expérience de professionnels ayant un contexte de pratique favorisant l'engagement et l'équilibre occupationnel des patients.

Ce document présente une recension de la littérature organisée selon trois axes : l'EE, la participation active des patients au sein du CTR et la description des données récoltées dans les précédents travaux de Bachelor. Ensuite, la méthodologie est présentée et les résultats des entretiens sont mis en évidence dans l'analyse des données. Puis, une mise en lien entre les éléments issus des précédents travaux de Bachelor, la littérature et les données récoltées durant les entretiens est exposée. De plus, une réponse aux questions de recherche est détaillée. Par la suite, des recommandations générales sur la mise en place d'un EE et d'une participation active des patients sont établies sur la base de l'ensemble des données obtenues aux différentes étapes du projet. Enfin, une conclusion finalise ce travail de Bachelor.

2. RECENSION DES ÉCRITS

Le premier axe de cette revue de littérature est basé sur les projets pilotes concernant l'EE. Celui-ci est un des moyens choisis dans ce projet afin d'augmenter la capacité des patients à reprendre leurs rôles et leurs occupations à la sortie du centre de traitement et de réadaptation. Pour être au plus près des caractéristiques du CTR, les recherches sont concentrées sur une population adulte ayant subi un accident vasculaire cérébral. Cependant, les études-pilotes réalisées en Suisse n'existant pas, les recherches se déroulent donc hors frontières.

Le deuxième axe tente de justifier la participation active à la vie du CTR de la part des patients en démontrant les effets que les occupations peuvent avoir sur la rééducation. En effet, aucune littérature n'a été recensée sur la mise en place de ce type de moyen. Cependant, diverses données probantes sur les bienfaits des occupations ont été documentées au cours de ces dernières années ce qui nous permet de proposer un deuxième moyen qui est solide dans sa conception.

Finalement, le troisième axe qui compose cette recension des écrits est la description des résultats obtenus dans les deux précédents travaux de Bachelor. Pour proposer un projet qui répond au mieux aux besoins des professionnels et des patients et qui, ainsi, est plus enclin à perdurer dans le temps et à s'intégrer facilement au CTR, il est essentiel de relater les informations qui ont été relevées par nos prédécesseurs.

2.1. Environnement enrichi

Le concept de l'environnement enrichi est né d'une observation : l'inactivité des patients lors de leur hospitalisation. Plusieurs études confirment ce manque d'activité des personnes durant leur période de réadaptation. White et al. (2013) rapportent que « les patients passent une grande partie de leur temps seuls et sans pratiquer d'activités thérapeutiques ». Janssen et al. (2014) ainsi que Khan et al. (2016), confirment en affirmant que les patients passent la plupart de leur temps alités et inactifs.

Il arrive souvent que l'environnement hospitalier en CTR ne permette pas aux patients de s'adonner à des occupations significatives qui leur offrent la possibilité de se rétablir plus vite et d'augmenter leur qualité de vie. Pour que l'environnement hospitalier devienne attrayant, il faut le transformer pour qu'il ressemble davantage au milieu écologique du patient. Ainsi, plus l'environnement dans lequel le patient s'exerce et améliore ses habiletés est proche de celui qu'il retrouvera après son retour à domicile [RAD], meilleurs seront les apprentissages, la généralisation et le transfert des habiletés acquises (Park, 2019 ; Fleming et al., 2000). Grâce

à ce procédé, le patient, une fois de retour à la maison, se sentira plus en confiance et rassuré lors de la réalisation des activités déjà entraînées dans des conditions proches de son environnement (Park, 2019 ; Fleming et al., 2000).

L'EE a été largement étudié dans des modèles animaux et il a été démontré qu'il facilite la physiologie du cerveau et améliore la récupération « neuroplastique » en déclenchant des changements structurels dans le cerveau affecté, qui sont importants dans le processus de neuroplasticité (Khan et al., 2016).

L'EE se présente donc comme un concept dans lequel l'environnement hospitalier est agrémenté de possibilités de stimulations sensorielles et d'exercices physiques ou cognitifs. Selon Janssen et al. (2014), l'EE fournit des équipements et une organisation qui facilite l'activité physique, cognitive et sociale. L'intervention dans un milieu enrichi n'est pas supervisée par un thérapeute, mais elle s'inscrit dans le concept d'exploration et d'exposition volontaires de la part des patients (Khan et al., 2016). Cet environnement offre des possibilités de devenir plus actif dans un milieu sécurisant. Les patients ne sont donc pas contraints d'y participer, mais libres de s'y exposer.

2.1.1. Buts de l'environnement enrichi

Janssen et al. (2014) indiquent que le but de l'EE est de permettre aux patients d'explorer l'environnement de manière volontaire, ainsi que de favoriser les contacts simples entre les individus. En effet, selon McDonald (2018), il favorise les interactions sociales des patients. Les conclusions de certaines études mettent en avant que l'EE permet aux patients de s'engager dans des activités cognitives et sociales, ils passent alors moins de temps inactifs et seuls (Janssen, 2014 ; Khan et al., 2016 ; Rosbergen, et al., 2017b).

L'activité cognitive et sociale ainsi que l'investissement dans des activités améliorent la réadaptation et la qualité de vie (Khan et al., 2016 ; Janssen et al, 2014 ; White et al., 2015). En effet, selon Janssen et al. (2014) et Khan et al. (2016), il est possible de diminuer les conséquences liées au trouble de l'humeur et de la dépression chez les patients post-AVC en étant plus actif au niveau cognitif. Janssen et al. (2014), comme Khan et al. (2016), affirment que l'engagement dans des niveaux d'activités plus élevés améliore la récupération cognitive et l'investissement dans des activités de la vie quotidienne. De plus, cet engagement diminue donc l'inactivité (Janssen et al., 2014 ; White et al., 2013) et, par conséquent, le temps passé à dormir seul en chambre (Janssen et al., 2014). Les capacités physiques peuvent également être augmentées lorsque les patients s'engagent dans des activités (Khan et al., 2016). De plus, ceci leur offre une plus grande indépendance (Khan et al. 2016).

Lors de l'exposition à l'environnement enrichi, les habiletés cognitives, d'adaptation et d'autogestion des patients s'accroissent. De même que l'attention, la capacité physique, la socialisation et l'interaction se développent (Khan et al., 2016). L'EE permet aux patients de reprendre confiance en eux, et par conséquent, d'augmenter leur estime d'eux-mêmes ainsi que de mieux comprendre leur handicap (Khan et al., 2016).

Une réadaptation générale permet de réduire les complications ainsi que le nombre de décès découlant d'un AVC (White et al., 2015). Un EE offre en plus la possibilité aux patients de s'entraîner de manière globale, ce qui limite les complications post-AVC. Cependant, il faut veiller lors de sa conception, à le rendre accessible à toute personne, qu'importe son niveau de mobilité (White et al., 2015).

2.1.2. Formes de l'environnement enrichi

Il existe deux formes d'environnement enrichi. La première est l'EE communautaire et la seconde est l'EE individuel. Dans les deux cas, il s'agit de l'aménagement d'un environnement, d'un espace, afin de stimuler l'activation et la participation des patients à des activités (White et al., 2015). L'engagement des patients à participer activement à des activités peut différer d'un environnement à l'autre selon les individus (Rosbergen et al., 2017a).

L'EE communautaire est représenté par des aménagements de l'espace collectif. Dans ces zones communes, les patients ont facilement accès à du matériel, tel qu'un ordinateur doté d'une connexion Internet, des journaux, des livres, des puzzles, des jeux de société et des jeux de Nintendo Wii (Janssen et al., 2014 ; White et al., 2015). Certaines salles peuvent également être mises à disposition pour que les patients puissent se réunir, partager un repas, se préparer un café (Janssen et al., 2014) ou pour passer du temps hors de leur chambre (Rosbergen et al., 2017b). Dans cet environnement, peut également se trouver du matériel technologique qui permet aux patients d'effectuer des exercices pour les membres supérieurs et inférieurs. On peut aussi y trouver une bibliothèque avec du matériel de lecture, une station de musique, des miroirs grandeur nature pour les personnes avec des déficits visuo-perceptif, des simulations d'épicerie, de guichets de banque, ainsi qu'un atelier de peinture ou encore de menuiserie (Khan et al., 2016). En plus de stimuler les patients à se rendre actifs, l'EE communautaire offre davantage de possibilités de socialisation avec les autres patients hospitalisés (Janssen et al., 2014 ; et White et al., 2015).

L'EE individuel, quant à lui, se présente sous forme de ressources stimulantes qui sont à disposition au chevet des patients afin de favoriser l'activité, mais en chambre (White et al., 2013). Il peut être intégré à l'environnement du patient de deux manières, dans la table de nuit du patient ou alors sous forme d'une sacoche qui est facilement transportable, et qui peut donc

être emportée n'importe où (Janssen et al, 2014 ; White et al., 2013). Janssen et al. (2014) observe que l'EE individuel, lorsqu'il est transportable, favorise les déplacements des patients, ce qui les rend plus actifs. À l'intérieur de la sacoche, se trouve une sélection de matériel comme des livres papier ou audio, des magazines, de la musique, des mots fléchés, des jeux de société et les patients peuvent y ajouter tout le matériel qu'ils apprécient (Janssen et al., 2014 ; White et al., 2015). Les proches des patients sont donc incités à apporter aux patients des activités qu'ils aiment effectuer à domicile et qui leur sont familières (Janssen et al., 2014). Les patients sont encouragés par les professionnels à utiliser leur matériel d'EE individuel (Janssen et al., 2014). Cet environnement permet donc aux professionnels de mieux impliquer les patients dans leur traitement (White et al., 2013).

2.1.3. Ressources et limites de l'environnement enrichi selon la littérature

La réadaptation neurologique améliore de manière générale l'état des patients ayant subi un AVC. Les fonctions des membres supérieurs, l'équilibre, la mobilité, l'activité ainsi que la performance peuvent être améliorés par le biais du renforcement musculaire et des exercices physiques (AOTA, 2014 ; Teasell et al., 2018). De plus, grâce aux interventions fondées sur les activités et sur celles pratiquées à domicile, la performance dans les AVQ peut être améliorée (AOTA, 2014 ; Langhorne et al., 2011). Les résultats de la réadaptation peuvent eux aussi se voir augmenter par le biais des stratégies cognitives associées à des approches motrices, telles que l'entraînement orienté sur la tâche (Task-Oriented training) (AOTA, 2014 ; Curtin et al., 2017 ; Teasell et al., 2018). De plus, un traitement spécifique post-AVC en réadaptation diminue les risques de décès et de dépendance à long terme et augmente la récupération après l'AVC (White et al., 2013 ; White et al., 2015).

Dans ce contexte de réadaptation post-AVC classique, y ajouter un EE pourrait offrir davantage d'opportunités aux patients d'exercer les AVQ avant leur RAD, de s'investir dans des niveaux d'activité plus élevés et de multiplier les possibilités d'échanges et de socialisation (Janssen et al., 2014 ; Khan et al., 2016 ; White et al., 2013 ; White et al., 2015). En effet, les bénéfices d'un EE sont non-négligeables pour les patients.

Premièrement, l'exposition à un tel environnement permet d'augmenter l'engagement et la motivation à participer à leur réadaptation (White et al., 2015), et donc de diminuer leur temps d'hospitalisation (Rosbergen et al., 2017b). Cependant, cette motivation dépend du profil du patient ; du degré de l'AVC et des déficits fonctionnels, physiques et cognitifs occasionnés (Janssen et al., 2014 ; Rosbergen et al., 2017a ; White et al., 2015). L'EE leur permet de mieux relativiser, observer et apprécier leurs progrès (White et al., 2015). De plus, il promeut l'indépendance et les opportunités de stimulation externe en dehors des thérapies (White et al., 2015). Ce concept a permis aux patients de diminuer leurs exigences envers le

personnel soignant, ce qui a donc permis aux employés d'augmenter leur motivation dans le travail qu'ils effectuent auprès des patients (White et al., 2013).

Deuxièmement, l'étude de Janssen et al. (2014) met l'accent sur l'importance de l'activité, qu'elle soit cognitive, physique ou sociale, après un AVC et tous les articles mettent en avant que l'EE favorise l'engagement dans ces trois domaines d'activités (Janssen et al., 2014 ; Khan et al., 2016 ; Rosbergen et al., 2017a ; Rosbergen et al., 2017b ; White et al., 2013 ; White et al., 2015). L'EE permet alors l'engagement dans des niveaux d'activité supérieurs, ce qui améliore la récupération post-AVC et aide à diminuer les troubles de l'humeur (Janssen et al., 2014 ; Khan et al., 2016 ; Rosbergen et al., 2017a ; Rosbergen et al., 2017b ; White et al., 2013 ; White et al., 2015). Ce concept donne aux patients un accès facilité à du matériel stimulant et nouveau, ce qui leur permet d'être plus actifs physiquement et socialement durant leur séjour au CTR (Janssen et al., 2014 ; Rosbergen et al., 2017b ; White et al., 2013 ; White et al., 2015).

Troisièmement, certains articles soulignent que cet environnement offre plus de possibilités de socialisation, ce qui permet aux patients d'améliorer leur confiance en eux, la réalisation des activités significatives et d'augmenter leur satisfaction générale ainsi que leur sentiment de mieux contrôler leur état post-AVC (Janssen et al., 2014 ; Khan et al., 2016 ; White et al., 2013 ; White et al., 2015). De plus, il favorise l'amélioration de leur capacité d'adaptation, d'autogestion, d'attention et de perception ainsi que leur qualité de vie globale (Khan et al., 2016). Selon plusieurs articles, la santé globale des patients et leur niveau d'activité sont maintenus trois mois après la sortie du CTR (Khan et al., 2016 ; Rosbergen et al., 2017b). Ensuite, l'EE favorise également l'utilisation de la pratique centrée sur le client [PCC] et celle centrée sur la famille [PCF], car l'environnement offrira des opportunités aux patients de s'exercer aux activités qu'ils préfèrent et pour lesquelles ils y voient du sens (Rosbergen et al., 2017a). Puis, l'intégration de la famille à cet environnement accorde à l'entourage la possibilité de voir où se situent les difficultés du patient et lui donnera l'occasion de formuler des demandes concernant le RAD. L'attention des patients et de leur entourage est donc déplacée vers le rétablissement plutôt que sur les déficits (Rosbergen et al., 2017a).

Quatrièmement, l'EE offre aussi des bénéfices aux soignants. En effet, il induit une meilleure interdisciplinarité au sein de l'établissement hospitalier (Rosbergen et al., 2017a) et des réunions d'équipe régulières (Rosbergen et al., 2017b). Tout le personnel doit suivre des formations afin d'être apte à utiliser l'EE, de le présenter aux patients de manière adéquate et d'identifier leur rôle au sein de cet environnement (Rosbergen et al., 2017a ; White et al., 2013). De plus, pour certains professionnels de la santé, il engendre une diminution de la charge de travail et facilite les soins car ils l'ont intégré dans leurs routines hospitalières

(Janssen et al., 2014 ; Rosbergen et al., 2017a ; White et al., 2013). Cependant, cet avis n'est pas partagé par l'ensemble du personnel. Effectivement, il peut générer une surcharge de travail selon le profil des patients et selon les moments de la journée, notamment lors des changements des équipes soignantes (Janssen et al., 2014 ; Rosbergen et al., 2017a ; Rosbergen et al., 2017b ; White et al., 2015).

Malgré tous ces bienfaits et bénéfiques, l'EE a également quelques désavantages. Tout d'abord, son utilisation est grandement influencée par le profil du patient et par sa motivation (Janssen et al., 2014 ; Rosbergen et al., 2017a ; Rosbergen et al., 2017b ; White et al., 2013 ; White et al., 2015), par le niveau de douleurs qu'il ressent ainsi que par les dysfonctionnements physiques et cognitifs qu'il peut rencontrer (Khan et al., 2016 ; White et al., 2013). De plus, il peut être difficile d'intégrer les personnes préférant rester en chambre à l'EE communautaire, car celui-ci nécessite de la participation active (Rosbergen et al., 2017a ; Rosbergen et al., 2017b ; White et al., 2013). Afin d'augmenter leur motivation à y prendre part, il est important que l'EE soit centré sur les intérêts des patients, sur leurs rôles et sur les occupations qu'ils appréciaient effectuer avant leur AVC (Trombly, 1995 ; White et al., 2015). Ceci leur permet de mieux s'investir dans leur réadaptation et dans l'EE (Purcell et al., 2019). De plus, les variations d'âge et de genres impactent les activités de socialisation en groupe, ainsi que l'utilisation des moyens technologiques, jugés par certains patients comme étant non significatifs (White et al., 2015). L'AVC laisse les patients avec des fonctions réduites, ce qui peut provoquer un sentiment d'incapacité, des troubles de l'humeur et une démotivation. Tout ceci influencera sur leur envie ou non à s'activer et à s'engager dans leur traitement (White et al., 2013 ; White et al., 2015). Un certain nombre de patients dit ne pas vouloir être un fardeau ou gêner le personnel (White et al., 2015), car les personnes les plus atteintes sont par conséquent plus dépendantes du personnel, y compris dans l'utilisation générale de l'EE (White et al., 2015).

Puis, dans l'article de White et al. (2013), il est spécifié que la mise en place d'un tel projet n'est pas difficile à concrétiser en ce qui concerne les ressources matérielles, mais la limite se situe au niveau organisationnel. En effet, dans certains articles, le personnel relate que c'est un processus difficile à intégrer à cause des routines du CTR, du faible effectif, de la nécessité que tous les professionnels intègrent cette pratique et de l'arrivée du nouveau personnel (Janssen et al., 2014 ; Rosbergen et al., 2017a ; Rosbergen et al., 2017b ; White et al., 2015). Il est également mentionné qu'il est facile de retomber dans les anciennes habitudes et qu'il faut donc désapprendre les anciennes approches afin d'intégrer au mieux l'EE (Rosbergen et al., 2017a ; White et al., 2013). En effet, Janssen et al. (2014) indique que peu de temps est investi dans l'intégration de l'EE en tant que pratique normale. Par conséquent,

il est parfois compliqué de maintenir les concepts de cette pratique, notamment lors des week-ends où le manque d'effectif se fait ressentir ou lors des changements de garde du personnel infirmier (Rosbergen et al., 2017a). D'autant plus que les salles de thérapies ne sont pas accessibles en dehors des heures de thérapies (Janssen et al., 2014). La mise en place d'un EE prend alors du temps et est parfois difficile (Rosbergen et al., 2017a).

2.1.4. Recommandations des articles

Avant de mettre en place un EE au sein d'un CTR, il faut prendre en compte certains éléments afin d'en assurer le succès (Rosbergen et al., 2017a ; Rosbergen et al., 2017b ; White et al., 2013). Pour que ce nouveau concept fonctionne, il est nécessaire de former le personnel médical à l'utilisation de l'EE, de l'informer sur son rôle et d'entamer un changement culturel (Rosbergen et al., 2017a ; White et al., 2013). Les formations permettent au personnel soignant de bien comprendre le concept de l'EE, d'être en mesure de l'expliquer aux patients et à leur entourage ainsi que d'être à même d'expliquer l'importance d'être actif après un AVC (Rosbergen et al., 2017b). Puis, il ne faut pas négliger l'importance de proposer des formations continues aux professionnels dans le but de rafraîchir le concept de l'EE et de l'expliquer aux nouveaux membres du personnel soignant pour leur permettre d'acquérir les savoirs essentiels à cette pratique (Rosbergen et al., 2017b).

Les formations continues permettent également aux professionnels de ne pas retomber dans leurs anciennes habitudes (Rosbergen et al., 2017b). En effet, certains articles mentionnent que la mise en place d'un tel environnement nécessite un réel changement de pratiques et des routines hospitalières pour le personnel soignant (Janssen et al., 2014 ; Rosbergen et al., 2017a ; White et al., 2013 ; White et al., 2015). Ce nouveau concept se heurte à la vision traditionnelle de l'hôpital, qui confère un environnement propice au repos et au rétablissement. Cette manière d'envisager le CTR est encore bien ancrée dans l'idéologie du personnel et dans la société (Rosbergen et al., 2017a). Dans l'article de Rosbergen, et al. (2017b), il est mentionné l'importance et la nécessité d'identifier les personnes leaders, aussi nommées « personnes championnes » d'un tel projet afin de favoriser le changement de pratique, l'introduction de nouvelles routines et dans le but de motiver le reste du personnel. La formation du personnel permettra, à long terme, de maintenir le projet. Selon White et al. (2015), il est important de former le personnel à l'utilisation de l'EE dans le but de changer les pratiques pour promouvoir auprès des patients les bienfaits de cet environnement, et ainsi les motiver à en faire partie.

L'EE offre donc davantage de possibilités pour les patients de s'activer tout au long de l'hospitalisation et de s'entraîner dans les activités qui ont du sens pour eux, et ce également en dehors des thérapies. Ceci dans le but de mieux les préparer à leur retour à domicile.

Ensuite, dans l'objectif de proposer aux patients davantage d'opportunités d'être actifs en dehors des thérapies, un deuxième moyen est proposé, soit la participation active des patients à la vie du CTR. Il est donc nécessaire de se pencher sur la notion « d'occupation » et ce qu'elle englobe afin de mettre en avant ses bénéfices et de justifier ce deuxième moyen.

2.2. Participation active des patients à la vie du CTR

Ce deuxième moyen proposé pour atteindre la finalité est justifié par les bienfaits de l'occupation étant donné qu'aucune étude sur ce concept n'a été recensée. Le CTR à l'étude propose déjà d'entraîner un certain nombre d'AVQ et d'AIVQ par le biais de ses thérapies. Cependant, le temps passé à faire des activités en thérapie n'est pas très représentatif de la réalité à laquelle devront faire face les patients lors de leur RAD. Il peut être parfois difficile pour ceux-ci, de faire des liens et de transférer les acquis appris dans le milieu clinique à leur milieu écologique (Bigelius et al., 2010). De plus, l'environnement hospitalier est souvent bien loin de celui du domicile de la personne. Or, réaliser des activités dans un contexte familial permet d'accélérer l'amélioration des capacités des patients (Kristensen et al., 2011).

L'occupation est définie comme « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société » (Meyer, 2007). D'autres auteurs, dont Hammell (2009), définissent l'occupation comme étant ce que les personnes réalisent dans leur vie quotidienne. Law et al. (1998) précisent que celle-ci est l'ensemble de ce que les gens pratiquent ; que ce soit de prendre soin d'eux-mêmes ; profiter de la vie ; ou contribuer à la société et à la communauté. L'individu est alors considéré comme un être occupationnel, unique, social et spirituel qui possède une dignité et une valeur intrinsèque (ACE, 2016 ; Townsend & Wilcock, 2014).

Les occupations sont perçues comme déterminantes de la santé, mais elles dépendent des opportunités que la personne a pour faire ces choix, de l'environnement hospitalier, du matériel et des routines du personnel médical (Hammell, 2004 ; Law et al., 1998 ; Meyer, 2007). Il est alors évident que la mise en place d'une participation active, tout comme l'EE, demande certains changements de routines, des adaptations de l'environnement ainsi qu'un certain nombre de formations pour le personnel médical et non médical afin d'expliquer le concept.

Idéalement, toute personne doit avoir accès à l'occupation et surtout, à celle qui fait sens pour l'individu. En effet, l'opportunité de s'engager dans des activités signifiantes est un droit humain et fondamental auquel toute personne doit disposer de manière équitable (Hammell & Iwama, 2012). Or, la plupart des personnes ayant subi un AVC sont restreintes dans leurs occupations et se trouvent dans des cas de déséquilibre occupationnel [DO]. Ceci

a pour conséquence une diminution de la perception de bien-être et de la santé (Lund et al., 2015). Dès lors, l'équilibre occupationnel [EO] et le DO sont deux concepts clés qui sont à considérer lors d'une réadaptation avec des personnes ayant subi un AVC.

2.2.1. L'équilibre et le déséquilibre occupationnel

L'EO est décrit comme une harmonie entre différents domaines tels que le travail, les loisirs, le repos, et le sommeil (Wagman et al., 2015 ; Wagman et al., 2012). Celui-ci est subjectif puisqu'il est défini par la personne elle-même (Wagman et al., 2012). L'EO est un processus évolutif, car il change tout au long de la vie en fonction de l'âge, de la période de vie, des habiletés et des capacités de chacun (Yazdani et al., 2017). Il est important étant donné qu'il permet de rassurer les gens, réduire le stress, améliorer la santé et augmenter la satisfaction personnelle (Christiansen & Matuska, 2006.) Cependant, il peut s'avérer difficile à atteindre et à maintenir, car il dépend des ressources de l'individu, de l'environnement et des exigences de l'activité (Christiansen & Matuska, 2006 ; Eklund et al., 2017).

Le DO va alors apparaître lorsque la personne a trop ou pas assez de sollicitation de ses rôles, quand le temps n'est pas utilisé de façon adéquate pour satisfaire les demandes de la vie quotidienne ou quand les AVQ ne sont pas significatives, productives, restauratrices ou plaisantes (Christiansen & Matuska, 2006). Par conséquent, les personnes ayant subi un AVC sont particulièrement enclines à être en déséquilibre occupationnel.

L'équilibre et le déséquilibre occupationnel chez les personnes ayant subi un AVC

Lund et al. (2015), démontrent qu'un AVC peut être une menace occupationnelle, car la vie quotidienne des patients post-AVC est modifiée dès l'instant où les possibilités de participation diminuent. Selon ces mêmes auteurs, le DO s'explique par l'arrêt brutal des possibilités de réaliser des activités significatives, la diminution de la participation sociale, l'augmentation de la fatigue et du sentiment d'inutilité.

Même si les personnes hospitalisées identifient les thérapies comme l'occupation principale durant leur séjour, les soirs et les week-ends restent pour le moins ennuyeux (Purcell et al., 2019 ; White et al., 2013). Par conséquent, la plupart des personnes ayant subi un AVC sont dans un cas de déséquilibre occupationnel (Lund et al., 2015). Or, un équilibre au niveau des occupations est essentiel pour la santé et le bien-être ainsi que pour redonner un but à la vie (Hammell, 2004).

Clarke et al. (2017) identifient deux explications associées au manque d'occupation au sein d'un CTR de neuro-réadaptation et donc d'un déséquilibre occupationnel. La première est liée au fait que les patients se retrouvent souvent dans un état de passivité ce qui a pour conséquence de la frustration, de l'ennui et une baisse d'humeur. La deuxième raison est que

les habitudes ou les intérêts des patients ne sont pas toujours compatibles avec les routines de l'équipe soignante ainsi que les installations du CTR. En effet, Law et al. (1998) confirment en mettant en avant que la réalisation des occupations est souvent plus influencée par l'environnement physique et social que par les capacités des patients. Lorsqu'une personne est hospitalisée, elle dépend des forces politiques, sociales et économiques de l'endroit où elle se situe (Hammell, 2004).

Finalement, le repos est une occupation importante, donc à ne pas négliger à la suite d'un AVC (Purcell et al., 2019). Comme dit ci-dessus, un équilibre doit être trouvé entre la participation à des activités et le repos, car selon De Groot et al. (2003), la fatigue est un symptôme fréquent après un AVC et est souvent qualifiée par les patients comme étant le plus contraignant. Un mode de vie équilibré augmente alors la santé et le bien-être et influence les émotions, l'humeur, la qualité du sommeil et les fonctions immunitaires (Christiansen & Matuska, 2006). Il est alors suggéré qu'incorporer des occupations au sein d'un établissement peut améliorer la santé (Wagman et al., 2015). Comme énoncé plus haut par Hammell et Iwama (2012), avoir accès aux occupations est un droit humain auquel tout individu doit pouvoir bénéficier de manière équitable. Ceci dans le but de maintenir son équilibre occupationnel qui lui, est en lien accru avec les notions de santé et de bien-être.

2.2.2. Occupation, santé et bien-être

De nombreux articles affirment que les occupations ont un lien étroit avec la santé et le bien-être et que l'arrêt de celles-ci entraîne une augmentation du stress, des changements physiologiques et une diminution de la santé (Law et al., 1998). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Par cette définition, l'hypothèse selon laquelle les occupations pourraient jouer un rôle dans la santé est posée. En effet, la recherche suggère que remplir le temps avec des occupations centrées sur les patients permet de :

- Favoriser la motivation (Hammell, 2004) ;
- Redonner du choix et du contrôle (Hammell, 2004) ;
- Favoriser l'estime de soi (Hammell, 2004) ;
- Augmenter l'adhésion aux recommandations thérapeutiques (Kristensen et al., 2011) ;
- Améliorer les capacités fonctionnelles et la capacité à gérer plus de tâches (Kristensen et al., 2011) ;

- Augmenter l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (Kristensen et al., 2011).

En plus de tous ces bénéfices, les occupations impactent le bien-être et la santé, car elles ont du sens pour les personnes (Meyer, 2020). En effet, selon Hammell (2009), ce n'est pas seulement une question d'équilibre occupationnel, mais aussi une question de signification. Ainsi, l'engagement dans des occupations peut non seulement influencer la qualité et le sens de la vie, mais aussi la survie en elle-même (Hammell, 2004). La notion de sens est alors à prendre en considération, car chaque occupation a une signification différente pour la personne qui l'effectue et plus celle-ci est associée à une valeur personnelle, plus la personne sera encline à poursuivre l'activité proposée (Trombly, 1995).

De plus, la réussite d'une réadaptation dépend de la motivation et celle-ci est en lien avec le sens que les personnes apportent aux objectifs fixés en thérapie (Kristensen et al., 2011). C'est pour cela qu'il faut tenir compte des envies des patients, de leurs anciens rôles, de leurs centres d'intérêt, car ce qui motive une personne n'en motivera pas forcément une autre (Trombly, 1995).

Finalement, l'occupation est un concept qui est souvent partagé. En effet, selon Hammell (2009), avoir la possibilité d'aider les autres patients favorise les perceptions de valeurs, de compétences, d'estime de soi et de sentiment d'être connecté à son environnement social. Le fait d'exercer des activités avec et pour les autres apporte un sentiment d'appartenance et par conséquent du bien-être (Hammell, 2012). La mise en place d'une participation active du patient ou, en d'autres termes, la mise en place de davantage d'occupations donneraient plus d'opportunités d'avoir des interactions sociales ce qui contribue au bien-être (Hammell, 2012).

Afin que ce projet réponde au mieux aux besoins et intérêts des occupants du CTR (professionnels et patients), il est important d'analyser de manière minutieuse les deux précédents travaux de Bachelor dans le but d'en faire ressortir les limites et les ressources évoquées dans chacun d'eux pour la mise en place de ce projet.

2.3. Analyse des travaux de Bachelor I et II en lien avec le projet

Ce sous-chapitre vise à mettre en commun les travaux de Bachelor I et II réalisés dans le cadre du projet global. Un tableau récapitulatif a été créé afin de faciliter la comparaison et d'en faire ressortir les ressources, les limites et les points qui divergent au sein d'un même groupe ou entre les professionnels et les patients (c.f. Annexe 1).

2.3.1. Thématique 1 : Infrastructures de l'hôpital au service de la socialisation

Les ressources selon les professionnels et les patients

Selon les professionnels, le CTR est très bien situé, car il est à proximité de la ville et dans une région bilingue (français-allemand) ce qui permet une certaine mixité culturelle. De plus, il est déjà bien agencé, car on retrouve un atelier-bois, un fitness, une piscine, un grand terrain autour du CTR, une salle de bain de simulation, un jardin thérapeutique ainsi qu'un grand nombre de salles de thérapie. Les patients précisent qu'il y a deux jardins, un jardin thérapeutique et un jardin dans lequel, ils peuvent venir prendre l'air accompagné de leur famille. Ils sont contents que le jardin thérapeutique existe et qu'il leur soit accessible. Les professionnels indiquent que le bâtiment est neuf et esthétique.

Les professionnels mettent en avant l'importance des interactions sociales et de la participation en CTR. En effet, les patients confirment en indiquant que le soutien entre les pairs était apprécié « ça fait du bien de pouvoir papoter et se soutenir l'un et l'autre. On est tous dans la même galère » (Haymoz et al., 2021, pp. 48/61). De plus, ils avancent que les progrès effectués par un patient sont remarqués par les autres. Ils s'encouragent mutuellement et passent d'agréables moments de détente.

Les limites selon les professionnels et les patients

Selon les professionnels, la plupart des infrastructures sont sous-utilisées, les salles sont considérées comme étant peu accueillantes et leur disposition devrait être à réévaluer afin de maximiser leur utilisation. En effet, en ce qui concerne le fitness, il est peu exploité et fermé le week-end. Un patient confirme en ajoutant qu'il y a un manque de possibilité de faire davantage de jardin « il aurait apprécié avoir l'occasion de le faire plus souvent, car cela l'aurait motivé » (Haymoz et al., 2021, pp. 45/54). Les autres ajoutent qu'il n'y a pas de libre accès à la piscine. Ensuite, selon les professionnels, le bâtiment est harmonieux, mais des directives existent sur le concept architectural et décoratif, ce qui limite ainsi certaines possibilités d'adaptations.

Puis, selon les professionnels, la possibilité de prendre des repas en commun est peu mise en avant par le service et ce n'est possible que le soir. De plus, selon les patients, les opportunités d'échanges entre eux sont décrites comme faibles.

Les points divergents au sein d'un même groupe ou entre les professionnels et les patients

Selon les professionnels, il y a la possibilité de dresser une table pour la prise des repas en commun. Pourtant les patients affirment qu'il n'y a pas de salle à disposition sur l'étage pour manger avec les pairs. Ensuite, selon certains professionnels, le fait que les chambres soient individuelles ou doubles est cité comme une ressource, mais aussi comme une limite pour d'autres, tout comme le bilinguisme de l'hôpital. En effet, les patients expriment qu'ils peuvent se trouver dans une chambre avec une personne de langue maternelle différente ce qui ne favorise pas les échanges sociaux.

Puis, les patients affirment qu'une pièce commune existe au sein du CTR pour se retrouver, mais expriment qu'il y a très peu d'informations. De plus, selon eux, il y a peu d'espace offrant des opportunités d'échanges en dehors des ascenseurs, des locaux de thérapies, des chambres et de l'entrée du bâtiment pour les fumeurs.

2.3.2. Thématique 2 : AVQ, AIVQ, RAD et RAT

Les ressources selon les professionnels et les patients

Plusieurs patients affirment qu'ils ont la possibilité de faire leur lessive seul, d'accéder à la cuisine thérapeutique, ou encore, d'y préparer un menu complet en séance individuelle. De plus, ils ajoutent que les RAD sont préparés en pluridisciplinaire et avec la présence d'au moins un proche. Un des patients affirme qu'il a pu prolonger son séjour pour récupérer le maximum avant de rentrer à domicile. Tous les patients signalent qu'il y a eu ou qu'il y aura la présence d'au moins un proche au moment du RAD. De plus, selon les professionnels, les soins personnels supervisés par les soignants sont considérés comme faisant partie intégrante de la réadaptation et cela est alors considéré comme une ressource.

Les limites selon les professionnels et les patients

Selon les patients, l'accès à la cuisine thérapeutique est possible uniquement sur demande et un seul des patients interrogés a pu bénéficier de la cuisine en séance individuelle. De plus, deux patients se questionnent sur la reprise de la conduite automobile ainsi que pour la reprise professionnelle. Ces interrogations démontrent un manque d'informations ou de clarté concernant ces deux domaines. Puis, selon les patients, ils ont une certaine difficulté à généraliser les acquis au milieu écologique « on nous apprend à s'habiller, à attacher nos chaussures à la one again, voilà c'est bien joli, mais au final quand on est tout seul à la maison, c'est encore mon mari qui m'aide à m'habiller » (Haymoz et al., 2021, p. 51).

Les points divergents au sein d'un même groupe ou entre les professionnels et les patients

Certains patients affirment que de nombreuses séances de thérapies sont en lien avec les activités pratiquées à domicile comme la marche, les tâches ménagères, la cuisine et le jardinage. Pourtant, d'autres déclarent que les AVQ et AIVQ ne sont pas suffisamment répétées et entraînées. Une autre divergence entre les patients se situe au niveau du RAD. Certains se disent être suffisamment préparés pour leur rentrée à domicile sachant qu'au moins un des proches sera présent. Au contraire, d'autres affirment que la reprise de certaines AIVQ est difficile une fois de retour à domicile et que les AIVQ entraînées ne sont pas toujours significatives pour eux.

De plus, selon certains professionnels, il y a une mise en avant de la réinsertion professionnelle. Or, d'autres affirment qu'il n'y a que très peu d'activités proposées au sein du CTR en lien avec cette thématique. Les patients confirment qu'en effet, le retour au travail [RAT] est peu investigué. Selon les professionnels, la question de la reprise du travail est soulevée, mais ils affirment que les patients la voient comme une perspective trop lointaine.

2.3.3. Thématique 3 : Plannings et thérapies

Les ressources selon les professionnels et les patients

Selon les professionnels, le temps de thérapie est de 45 minutes entre trois à cinq fois par jour. En plus, des thérapies individuelles, divers groupes sont mis en place favorisant alors les interactions entre pairs. Les patients mettent en avant qu'il y a un groupe de marche et tous ont pu assister au moins une fois à un groupe cuisine durant leur séjour. En outre, les professionnels ajoutent qu'en plus des thérapies de groupes, il y a la possibilité de faire des co-thérapies.

Les patients mettent en avant qu'il y a un planning personnel et précis de la semaine qui indique l'heure et le lieu des thérapies. De plus, il y a la possibilité de l'adapter en fonction des besoins des patients. En effet, selon les patients, l'organisation de la journée peut varier d'un individu à l'autre en fonction de son niveau d'indépendance et d'autonomie.

Les limites selon les professionnels et les patients

Selon les professionnels, les moments des repas sont stressants si le patient a besoin d'une pause avant de reprendre les thérapies de l'après-midi. De plus, ils affirment qu'il n'y a qu'une heure de pause à midi. Les patients ajoutent « qu'il y a rarement des temps de pause entre les différentes séances » (Haymoz et al., 2021, p. 43). Ensuite, les professionnels mettent en avant qu'ils ont peu de flexibilité dans leur horaire. En effet, ils sont pour l'instant

contraints de respecter leur planning afin que toutes les tâches demandées soient remplies en fin de journée.

Les points divergents au sein d'un même groupe ou entre les professionnels et les patients

Plusieurs divergences émergent de cette catégorie. Tout d'abord, les professionnels sont conscients que les soirs et les week-ends permettent aux patients de se reposer, d'avoir du temps libre et d'accueillir les visiteurs. Cependant, ils estiment que dans ces moments-là les patients restent beaucoup en chambre, inactifs ou assis sans interaction. Pourtant, les patients affirment qu'il n'y a pas de thérapie le week-end, mais qu'ils sont « satisfaits que les week-ends soient moins chargés en thérapies et donc, des moments plus propices au repos » (Haymoz et al., 2021, p. 50). Un patient explique que les week-ends lui permettent de « se régénérer un petit peu » (Haymoz et al., 2021, p. 50). Ils rapportent également que les soirs ils ont du temps de repos ou pour effectuer spontanément des activités de leur choix (lire, regarder la télévision, tricoter, téléphoner aux proches, fumer ou réaliser leurs soins personnels). Ensuite, les professionnels affirment comme étant une limite les routines hospitalières qui influencent considérablement le rythme des patients. Pourtant, les patients ne semblent pas démontrer que celles-ci impactent négativement leur journée. Au contraire, ce rythme semble les aider à avoir une structure durant leur séjour. D'ailleurs, selon les patients, le fait que les repas soient à heures régulières peut être une ressource comme une limite.

Deux patients ont demandé des adaptations de planning, car ils avaient le sentiment d'être surmenés par les nombreuses thérapies quotidiennes ainsi que par le temps de pause restreint après les repas. « Il y avait beaucoup de séances dès le début du séjour, mais ils disent qu'ils s'y sont habitués au fil du temps » (Haymoz et al., 2021, p. 43). L'un d'eux cite : « au début c'était un peu dur, mais après ça allait, on s'habitue » (Haymoz et al., 2021, p. 43). A contrario, un patient en âge AI soulignait que les quatre premiers jours, il n'y avait que de la physiothérapie et de l'ergothérapie et qu'il avait le sentiment de perdre son temps. Les journées ont continué à être très longues durant les quatre premières semaines au CTR.

« Au début, c'était très long, il y avait très peu de thérapies » (Haymoz et al., 2021, p. 43). De plus, il exprime également avoir dit au médecin « moi, je veux avoir des thérapies, je veux que mon planning soit plein, je ne suis pas là pour être en vacances donc il faut y aller » (Haymoz et al., 2021, p. 43). Néanmoins, il émet l'hypothèse que cela était peut-être dû à de nombreux jours fériés et week-ends qui peuvent avoir ralenti le rythme de son traitement. Par la suite, ses demandes ont été prises en compte, car le nombre de thérapies journalières a

été augmenté : « à la fin, j'en avais sept par jour » soulève ce dernier (Haymoz et al., 2021, pp. 43/46).

2.3.4. Thématique 4 : Caractéristiques personnelles des patients, leur entourage et la communication au sein du CTR

Les ressources selon les professionnels et les patients

Ensuite, selon les professionnels, il y a une grande solidarité et un grand esprit d'équipe, ce qui se ressent dans le discours des patients. Ces derniers se sentent soutenus et entendus par toute l'équipe interdisciplinaire. De plus, ils qualifient le personnel médical d'empathique et compréhensif vis-à-vis de leur fatigue et de leur besoin de repos. Les professionnels mettent en avant qu'il y a des colloques interprofessionnels ainsi qu'une réunion d'entrée au début de l'hospitalisation de tous les patients. Cela permet que tous exposent leurs informations et qu'ils puissent mieux travailler en équipe.

Selon les professionnels, la famille est identifiée comme une ressource ce qui est confirmé par les patients « j'avais de la chance d'avoir mon mari et mon fils qui étaient là tous les après-midis, mais je pense que pour ceux qui sont seuls, ça doit être long » (Haymoz et al., 2021, pp. 43/51). « J'ai eu beaucoup de chance d'avoir mon mari, je pense que s'il n'avait pas été là, j'aurais pas pu rentrer, vraiment » (Haymoz et al., 2021, pp. 43/51). Les professionnels indiquent également que la participation des familles aux thérapies peut être proposée et qu'elle est encourageante pour le patient. Les moments de partage au sein du CTR ainsi que les congés à domicile sont utiles aussi pour l'entourage, selon l'un des patients. Ainsi, les proches peuvent observer plus concrètement qu'en thérapie le besoin d'aide et la charge de travail que le patient représentera une fois de retour à la maison. Puis, professionnels et patients mettent en avant qu'il y a des colloques de familles qui peuvent être organisés.

Les limites selon les professionnels et les patients

Selon les patients, ce qui joue un rôle prépondérant et qui est considéré comme une limite importante dans la réadaptation est la fatigue post-AVC [FPA]. « C'est plus peut-être une fatigue du cerveau un peu parce que voilà c'est pas une fatigue qui est tellement physique ... c'est plus une fatigue [...] psychique » (Haymoz et al., 2021, p. 50). Deux patients ajoutent que la FPA s'ajoute tout de même à une fatigue physique présente suite aux nombreuses thérapies. Certaines hypothèses de cause de la FPA sont évoquées par les patients comme le nombre de thérapies, les déplacements en fauteuil roulant, la participation à des thérapies de groupe ainsi que les moments où le nombre de distractions demande une plus grande capacité de concentration et d'énergie. Par conséquent, certains professionnels

vont alors évoquer la notion de « maternage » de la part de certains soignants et ils mettent en avant que l'équilibre occupationnel n'est que partiellement atteint selon les patients et leur problématique.

Ensuite, selon les professionnels et les patients, les possibilités d'inclusion des proches sont peu utilisées. Cependant, les professionnels précisent que cela n'est pas exclusivement dû au CTR, mais également à l'investissement des familles qui est variable. De plus, les patients mettent en avant que les colloques de famille sont uniquement sur demande alors qu'ils auraient aimé que leur entourage prenne plus souvent part à ces réunions. Puis, les professionnels déclarent qu'il y a une mauvaise communication et un manque de stimulation envers les patients, principalement pour l'utilisation des infrastructures. En effet, un des patients met en avant son incompréhension face au fait qu'il y avait peu de thérapie et de stimulation en début de prise en charge. D'autant plus que, lors de son hospitalisation en soins aigus, les professionnels lui ont expliqué « qu'il faut aller très vite, qu'il y a que quelques mois pour récupérer et que les heures sont comptées » (Haymoz et al., 2021, pp. 43). Il ajoute alors que les thérapeutes du CTR devraient mettre moins de pression aux patients dès le début, en leur disant que les deux premiers mois sont cruciaux, alors qu'ils ne sont pas en mesure de fournir aux patients le nombre de thérapies idéal. Les professionnels ajoutent qu'il semble également y avoir une communication, une organisation et une collaboration problématique entre certains secteurs. Selon les patients, la communication est aussi problématique entre les professionnels et les familles. « Les quatre participants déclarent que ce sont eux qui ont expliqué la plupart des informations sur leur AVC à leur entourage » (Haymoz et al., 2021, pp. 48). De plus, aucun des patients ne mentionne l'inclusion de leur proche lors de discussion entre les soignants et les médecins.

Les points divergents au sein d'un même groupe ou entre les professionnels et les patients

Dans la catégorie des caractéristiques personnelles des patients, ceux-ci et les professionnels sont unanimes pour déclarer que beaucoup de points sont à la fois des ressources et des limites. Cela concerne le profil du patient selon le degré de l'AVC et de ses déficits fonctionnels, son âge ainsi que sa motivation. Selon les patients, il y a encore le genre, le sens qu'ils attribuent aux activités et leurs préférences. Les professionnels ajoutent que les capacités physiques et mentales du patient sont également à la fois une ressource et une limite.

Ensuite, trois patients expliquent avoir rapidement compris les informations données sur les diverses atteintes causées par l'AVC. Pourtant, ils affirment qu'ils ont tout de même dû poser des questions complémentaires par la suite. Un des patients affirme qu'il lui a manqué

des informations « il n'a pas eu suffisamment d'information et qu'actuellement, il se demande toujours s'il est responsable de son AVC » (Haymoz et al., 2021, p. 46). « J'aimerais savoir pourquoi c'est arrivé, est-ce que c'est moi qui ai fait une faute ... ça je ne sais pas encore » (Haymoz et al., 2021, p. 46).

2.3.5. Thématique 5 : Droits et devoirs des patients et des professionnels

Les ressources selon les professionnels et les patients

La cinquième catégorie s'intéresse aux droits et devoirs des patients et du personnel. Selon le point de vue des professionnels, les ergothérapeutes et les logopédistes font régulièrement des thérapies en contexte afin d'entraîner les patients dans des conditions les plus similaires possibles au domicile de ceux-ci. Généralement, durant ces séances, les thérapeutes entraînent principalement l'activité de la prise des repas ou alors l'utilisation de moyens de communication. De plus, l'obligation de former tout le personnel soignant permet de répondre de manière complète aux besoins et attentes des patients ainsi que de les accompagner durant leur réadaptation post-AVC. Ensuite, selon les professionnels, les patients peuvent bénéficier au maximum de deux séances de physiothérapie, une séance d'ergothérapie, une séance de logopédie et une séance de neuropsychologie tous les jours, sauf le week-end, selon leurs besoins. Puis, les professionnels et les patients relatent que ces derniers ont la possibilité de prendre un congé de 48 heures à domicile avec l'accord médical et sous certaines conditions, telles que la sécurité, l'accessibilité, la disposition de l'entourage, etc. À la suite de ce congé, ils peuvent remplir un questionnaire à leur retour au CTR. Les patients ajoutent qu'ils ont également la possibilité de sortir en semaine pour aller au restaurant avec leur entourage. Puis, les patients sont aussi amenés à faire des petits exercices donnés par les thérapeutes en dehors du temps de réadaptation. Selon les professionnels et les patients, il existe une possibilité pour les thérapeutes de faire des évaluations au domicile du patient. Ceci permet d'identifier les facilitateurs et les obstacles pour mieux préparer les RAD. Pour finir, les professionnels et les patients mentionnent qu'il est également possible de faire des thérapies en extérieur.

Les limites selon les professionnels et les patients

Même si les thérapeutes ont l'autorisation d'effectuer des thérapies à l'extérieur du bâtiment, au moment de l'entretien (septembre 2020), peu de personnel est informé de cette possibilité et de ces conditions.

Les points divergents au sein d'un même groupe ou entre les professionnels et les patients

Les patients expriment qu'ils sont autorisés à sortir à l'extérieur seuls ou avec des visites. Cependant, il est également stipulé qu'ils ne peuvent pas sortir du périmètre du CTR non accompagnés.

2.3.6. Thématique 6 : Hiérarchie, financement et système suisse (concerne uniquement les professionnels)

Les limites selon les professionnels

Selon les professionnels, la hiérarchie est stricte et échelonnée. Les supérieurs ne sont pas suffisamment spécialisés dans les domaines spécifiques et par conséquent, certaines décisions ne correspondent pas toujours aux besoins du terrain et des professionnels. De plus, de manière générale, les fonds pour les projets sont difficiles à débloquer et l'attribution des budgets est faite par secteur. Ensuite, les séjours sont de plus en plus courts et une pression est exercée sur les professionnels pour effectuer leur travail toujours plus rapidement. Il y a donc un manque de temps concernant les tâches quotidiennes qui est non négligeable pour les professionnels. Un autre point relié à cette diminution de temps sont les restrictions budgétaires, particulièrement pour les ressources humaines. Par conséquent, le manque d'effectif impacte non seulement les tâches quotidiennes, mais aussi le planning des patients. Tous ces éléments sont aussi influencés par le système de santé. Les professionnels mettent en avant que les contraintes des Swiss Diagnosis Related Groups sont à prendre en considération et que le déclassement du patient en lit d'attente peut également être une limite. Puis, pour une certaine catégorie de patients, les thérapies qui sont effectuées au sein du CTR ne sont pas toujours en adéquation avec les recommandations d'un CTR de neuroréadaptation. En effet, le nombre d'heures de thérapies journalières recommandées peut ne pas être atteint pour une personne dont le besoin en thérapies nécessite d'être plus varié et plus intensif.

Les points divergents entre les professionnels

Bien que certains professionnels se sentent soutenus et écoutés par la hiérarchie, ce n'est pas le cas de tous. En effet, certains membres du personnel ont parfois « le sentiment de ne pas être soutenus et défendus par leurs supérieurs » (Perroud et al., 2020, p. 55).

2.3.7. Thématique 7 : Éthique et projet

Les ressources selon les professionnels et les patients

Les professionnels proposent plusieurs activités comme le sport, le yoga, le jardinage, la musique et les activités créatrices, dans le but d'être intégrés au projet. De plus, ils affirment que des activités en cuisine et à la cafétéria pourraient aussi être proposées, car le travail n'y manque pas. Les patients suggèrent que des adaptations en fonction de chaque patient seraient nécessaires et que les activités proposées devraient être variées pour que tous puissent y trouver une ou plusieurs activités attrayantes, et ce même pour ceux avec plus de difficultés. Certaines AIVQ, comme les tâches ménagères, faire son lit, cuisiner, faire sa lessive, bricoler, jardiner et avoir accès à une pièce pour échanger, sont souvent citées par les patients comme étant des suggestions d'activités à mettre en place ou à proposer plus souvent durant l'hospitalisation.

Les limites selon les professionnels et les patients

Plusieurs questionnements et craintes sont aussi évoqués par les professionnels. Tout d'abord, la vision classique de l'hôpital est remise en cause et ils s'interrogent sur le concept d'intégration des patients à la vie active du CTR et par conséquent, de les faire travailler. Selon certains, le projet semble utopiste, car les projets sont difficiles à mener à terme et beaucoup de limites réglementaires en lien avec l'hygiène et la sécurité entrent en jeu au sein du CTR, en plus du temps administratif. Ensuite, les projets aboutissent peu, car généralement, les personnes qui démissionnent partent avec leurs idées.

Du point de vue des patients, ce projet leur paraît être trop confrontant pour les personnes venant d'arrivées au CTR et avec de grandes difficultés. De plus, certains mentionnent la pression de rendement à laquelle ils devraient faire face pour qu'ils terminent leur tâche dans les temps. Pour finir, selon eux, la participation à un tel environnement pourrait varier en fonction des capacités physiques et cognitives de chacun.

Les points divergents au sein d'un même groupe ou entre les professionnels et les patients

Selon les professionnels, il peut être difficile de trouver du personnel motivé à s'investir dans un projet similaire. Cependant, d'autres membres du personnel indiquent être motivés à s'y engager, pour autant qu'ils soient soutenus par la hiérarchie ainsi que financièrement. De plus, le personnel est mitigé quant aux formations que demanderaient ce projet. En effet, tout le personnel, y compris celui non médical, serait obligé de se former afin d'être en mesure d'encadrer les patients.

Du point de vue de certains patients, il faudrait que les activités proposées soient adaptées à toutes les générations et catégories d'âges afin de susciter leur intérêt à y participer. En effet, deux participants pensent que s'investir dans des activités appréciées augmente leur motivation, donc diminue leur ennui. Cependant, un patient dit avoir de la difficulté à se représenter le projet et qu'il ne se sent pas spécialement concerné par l'exemple fourni par les étudiantes-chercheuses. De plus, ce projet solliciterait trop de personnel selon les patients. Or, selon les professionnels :

Plusieurs activités pourraient être proposées en cuisine telles que couper des carottes, remplir les bols de salade, s'occuper de la garniture et préparer les desserts ou encore, remplir les bols de salade de fruits et y ajouter de la crème chantilly (Perroud et al., 2020, p. 50).

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Problématique

La littérature montre que l'EE apporte des bénéfices aux patients en neuroréadaptation. En effet, cet environnement leur offre plus de possibilité d'être actifs durant leur hospitalisation et d'opportunités d'effectuer des occupations significatives. Ceci permet de diminuer le temps nécessaire au rétablissement, d'augmenter la qualité de vie, ainsi que les possibilités d'interactions sociales entre les patients. En ce qui concerne la participation active des patients à la vie de l'hôpital, elle crée également plus d'opportunités de se mettre en actions et augmente les possibilités d'échanges, ce qui est en lien avec le bien-être. Elle favorise également la motivation et augmente l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne et par conséquent, améliore la préparation du RAD.

Peu de littérature existe sur le concept d'EE, hormis les quelques études-pilotes se trouvant en références dans ce travail. De plus, la participation active des patients à la vie de l'établissement n'est pas documentée, bien que différents lieux offrent une intervention basée sur les occupations et se rapprochent de l'EE et de la participation active.

Ce travail de Bachelor s'inscrit dans une suite de trois travaux, dont il est le dernier. Le premier explore le point de vue des professionnels concernant la mise en place d'un EE ainsi que de la participation active des patients la vie du CTR. Le deuxième approfondit le point de vue des patients ayant bénéficié d'une réadaptation au sein du même CTR. À la suite de ces deux travaux, il se révèle intéressant d'obtenir des informations sur les ressources et les limites évoquées par les professionnels ayant une pratique proche de l'EE et de la participation active afin de formuler des recommandations. Afin que celles-ci soient les plus réalistes et au plus proches de la pratique, deux questions de recherches sont posées :

- Quelles sont les ressources et les limites rencontrées par les professionnels concernant la mise en place d'une pratique occupationnelle parallèle à celle visée par le projet ?
- Quels éléments sont proposés aux patients par les établissements qui favorisent leur équilibre et leur engagement occupationnel ainsi que leur préparation au RAD durant leur réadaptation ?

3.2. But du travail de Bachelor

Le but de ce travail est d'établir des recommandations générales sur la mise en place d'un EE et de participation active des patients ayant une problématique neurologique au sein

du lieu où ils effectuent leur réadaptation. Afin d'atteindre ce but, des liens sont mis en évidence entre les besoins des patients et des professionnels, les recommandations issues de la littérature ainsi que l'expérience vécue par les professionnels travaillant dans différents établissements ayant une approche occupationnelle.

Remarque particulière : Initialement, le but de ce travail, en corrélation avec les deux précédents travaux de Bachelor, était d'établir des recommandations spécifiques pour la mise en place d'un EE et d'une participation active des patients pour un CTR précis. Cependant, au vu de facteurs externes et indépendants de la volonté des étudiantes-chercheuses, celui-ci a été modifié et réorienté. En effet, les recommandations ont été ouvertes à la population neurologique bien que ce travail soit principalement orienté pour les personnes ayant subi un AVC, car les études qui ont été réalisées sur l'EE ne concernent que cette maladie cérébrovasculaire.

3.3. Type de recherche - recherche qualitative

Dans ce travail, l'utilisation de la recherche qualitative est pertinente. Celle-ci ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, mais à recueillir diverses données subjectives permettant une démarche interprétative (Aubin-Auger et al., 2008). C'est une approche qui questionne le sens que les personnes donnent au phénomène à l'étude et sur la vision qu'elles ont sur l'environnement dans lequel elles évoluent ou encore sur les événements qui composent leur vie (Tétreault & Guillez, 2014). Elle permet également d'explorer les émotions, les sentiments des participants, leurs comportements et leurs expériences personnelles (Aubin-Auger et al., 2008).

La validation scientifique de ce type de recherche repose sur la capacité à produire des résultats significatifs et permettant de mieux comprendre la réalité du phénomène étudié (Drapeau, 2004). Deux validités permettent de soutenir les résultats ; la validité interne et la validité externe. Dans ce dossier, la démarche de recherche permet de prouver la validité interne du projet. En effet, celle-ci consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité et d'ensuite les comparer à la littérature afin de répondre à la problématique de base (Aubin-Auger et al., 2008). Dans ce contexte, ce sont les éléments recueillis dans les entretiens semi-structurés qui vont être confrontés aux données récoltées dans les deux précédents travaux de Bachelor et dans la littérature.

Plusieurs devis méthodologiques découlent de la recherche qualitative. Celui qui est le plus pertinent dans cette situation est celui de la recherche phénoménologique. Elle vise à décrire et comprendre un phénomène ou une expérience vécue. Cependant, l'une des limites

de celle-ci est que les résultats reflètent l'expérience et le point de vue des personnes interviewées, ce qui relève d'un phénomène subjectif (Corbière & Larivière, 2020).

3.4. Instruments de collecte de données - Entretiens semi-structurés

Dans le cadre d'une recherche qualitative, la méthode de collecte de données se tourne vers le recueil d'informations verbales qui permettront une démarche interprétative (Aubin-Auger et al., 2008). Lors de la phase de planification, il est nécessaire de déterminer le type d'entretien individuel désiré. Dans le cadre de ce travail, la manière la plus pertinente pour récolter les informations est l'entretien semi-structuré, car il permet de récolter les propos et l'expérience de l'individu interviewé (Aubin-Auger et al., 2008). Le principe de l'entretien semi-structuré est de suivre le fil du discours de la personne interrogée, l'ordre des questions est par conséquent relativement flexible (Tétreault & Guillez, 2014). La souplesse de ce type d'entretien permet au chercheur d'établir des liens entre les différents sujets et d'approfondir davantage certains éléments amenés par le participant (Tétreault & Guillez, 2014). L'objectif des entretiens individuels est de décrire les expériences et les comportements des participants de manière concrète et détaillée, afin de refléter au mieux leur vécu (Corbière & Larivière, 2020).

Afin de mener à bien les entretiens, un guide d'entretien, avec des questions ouvertes et neutres, est rédigé au préalable afin de l'orienter (c.f Annexe 2). Ceci permet au participant de répondre de manière spontanée et selon son propre vécu (Corbière & Larivière, 2020). Il est également préférable d'enregistrer les échanges, après avoir obtenu l'accord des interviewés (Aubin-Auger et al., 2008 ; Tétreault & Guillez, 2014), afin de n'omettre aucune donnée et d'être en mesure de retranscrire les échanges (Corbière & Larivière, 2020). Les enregistrements sont donc retranscrits en intégralité afin d'être analysés. Il est important que durant les entretiens, les chercheurs ne commentent pas les propos des participants ni ne donnent leur avis (Tétreault & Guillez, 2014).

Selon Tétreault et Guillez (2014), la durée optimale des entretiens individuels se situe entre 60 et 90 minutes. Au-delà de cette longueur, les participants commencent à fatiguer et l'entretien peut perdre de son intérêt (Tétreault & Guillez, 2014). Les étudiantes-chercheuses estiment qu'une durée de 50 à 60 minutes leur permettra d'aborder tous les sujets initialement prévus dans le guide d'entretien. De plus, pour des raisons organisationnelles, ceux-ci se déroulent en visioconférence.

3.5. Choix des lieux à l'étude et recrutement des participants

Avant de réaliser les entretiens, le sujet du travail de Bachelor et des éléments sur comment celui-ci s'inscrit dans le projet global doivent être présentés aux différents lieux interviewés. Pour cela, un document explicatif (c.f Annexe 3) du projet est écrit dans le but de le transmettre aux différents établissements interrogés. Celui-ci est transmis en amont des entretiens aux participants.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour mener à bien ce projet, divers critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis afin de sélectionner les lieux qui seront à même d'apporter leur expérience pour la mise en place de ce projet. Pour ce dernier travail, les critères d'inclusion pour les lieux interviewés sont :

- Hôpitaux / centres de réadaptation ou tous autres lieux, privés ou publics, accueillant des personnes présentant des troubles neurologiques en Suisse ;
- Et ayant un contexte de pratique favorisant l'engagement et l'équilibre occupationnel des patients.

En effet, il est important que ces deux critères d'inclusion soient respectés étant donné que le but final de ce troisième travail de Bachelor est l'établissement de recommandation pour la mise en place d'un EE et d'une participation active des patients à la vie de l'hôpital, en suisse, avec une population neurologique afin de favoriser leur engagement et leur équilibre occupationnel en vue de leur préparation au RAD.

En ce qui concerne le critère d'exclusion, les établissements et services de neurologie aigu (de courts séjours) seront exclus. En effet, ces établissements accueillent les patients pour une courte durée visant soit un RAD soit un séjour en CTR.

Recrutement des participants

Le recrutement est effectué par Mesdames Amandine Ramseier et Catherine Genet. Les étudiantes-chercheuses leur ont transmis les différents critères d'inclusion et d'exclusion afin que les deux accompagnantes du projet soient en mesure de contacter les lieux de pratique répondant aux critères d'admissibilité. Elles ont établi le premier contact avec les ergothérapeutes des différents lieux retenus. Puis, une fois l'accord obtenu, les étudiantes-chercheuses ont transmis le document explicatif du projet ainsi que le formulaire de consentement (c.f. Annexe 4). Ces derniers sont clarifiés au début de l'entrevue. De plus, un

entretien test est effectué avec une ergothérapeute en amont des entretiens afin de vérifier la viabilité du guide.

3.6. Méthode d'analyse

La méthode d'analyse des données recueillies dans les deux précédents travaux de Bachelor est un tableau (c.f. Annexe 1) permettant de synthétiser toutes les informations qui en sont ressorties. Celui-ci est constitué de catégories dans lesquelles les données retenues, soit les ressources et les limites évoquées par les professionnels et les patients du CTR à l'étude, ont été classées. Ceci a permis aux étudiantes de comparer et de mettre en lumière les divergences ou les similarités entre l'avis des professionnels et celui des patients.

En ce qui concerne les entretiens, la méthode d'analyse choisie se déroule en plusieurs étapes. Premièrement, les étudiantes-chercheuses retranscrivent les enregistrements audios des différents entretiens préalablement menés (Corbière & Larivière, 2020). Deuxièmement, les transcriptions sont annotées, analysées et mises en lien avec les thématiques déjà identifiées dans les deux premiers travaux de Bachelor ainsi qu'avec la littérature.

Selon Kohn et Christiaens (2014), il est important que les étudiantes-chercheuses, lors de l'analyse des données, restent les plus fidèles possible au point de vue des participants, en faisant abstraction de leur subjectivité afin de conserver le sens du message délivré.

3.7. Considérations éthiques

Selon Tétreault et Guillez (2014), plusieurs considérations éthiques doivent être respectées et entretenues tout au long de ce travail de Bachelor. Cela concerne, dans ce cas de figure, le formulaire de consentement, l'utilisation potentielle des données et les mesures prises pour garantir l'anonymat.

Lors des entretiens semi-structurés, un document explicatif sur le projet a été distribué ainsi qu'un formulaire de consentement à participer à celui-ci (Annexes 3 et 4). Afin de s'assurer de la bonne compréhension des documents, ils ont été parcourus avec les participants et un temps leur a été laissé pour poser d'éventuelles questions et pour le signer. Les participants ont été avertis de la possibilité d'interrompre l'entretien ainsi que de se retirer de la recherche à tout moment. Afin de garantir l'anonymat des participants et des lieux de pratique, aucun nom ou élément pouvant les reconnaître n'est évoqué dans ce travail. Finalement, les entretiens sont enregistrés à des fins d'analyse et toutes les informations sont conservées le temps de l'étude. Une fois celle-ci terminée, les données seront détruites. Les participants peuvent à tout moment poser des questions pour un complément d'information.

4. ANALYSE DES DONNÉES

Pour cette partie, trois entretiens avec trois ergothérapeutes travaillant dans différents établissements ayant une pratique orientée sur les occupations ont été réalisés. Ceci afin de mettre en lien les données récoltées dans la recension des écrits avec la pratique actuelle du terrain en Suisse.

4.1. Thématique 1 : AVQ, AIVQ, RAD, RAT

De manière générale, les ergothérapeutes intègrent considérablement les AVQ et les AIVQ dans leur pratique. Cependant, on observe de légères différences, car tous ne bénéficient pas des mêmes infrastructures. En effet, celles-ci influencent malgré tout le type d'activités proposées par les services.

Intégration AVQ / AIVQ

L'un des professionnels énonce que les AVQ et les AIVQ ont deux rôles en ergothérapie : soit c'est un moyen thérapeutique pour entraîner les fonctions et les habiletés, comme la compréhension, la motricité globale et fine, etc., soit elles sont perçues comme une finalité « on voit cette activité comme un moyen thérapeutique », « on voit cette activité comme une finalité ».

Concernant les AVQ et les AIVQ, les trois participants disent les investiguer et les entraîner durant le séjour des patients. Ils mentionnent travailler les activités quotidiennes qui étaient habituelles, que les patients souhaitent réinvestir ainsi que celles qu'ils devront accomplir après leur sortie de l'hôpital. L'un d'eux ajoute que généralement les premières activités menées sont les soins personnels, car ils constituent la plupart du temps le problème prioritaire des patients en neurologie. La toilette-habillage, aller aux toilettes, se brosser les dents ainsi que se raser, sont des actes quotidiens entraînés durant les séances d'ergothérapie. Deux professionnels affirment exercer ces AVQ et AIVQ en situation écologique ou du moins au plus proche de la configuration du domicile des patients. Le dernier dit énormément travailler dans la chambre des patients.

Une fois la récupération plus avancée, les AIVQ prennent de plus en plus de place dans la rééducation. Tous les participants mentionnent aller faire des courses, faire du ménage, de la cuisine, de la lessive ainsi que prendre les transports publics durant les séances d'ergothérapie. Dans deux des établissements, les patients, une fois un certain niveau de récupération et d'autonomie atteint, doivent s'occuper de leur chambre ou de leur studio thérapeutique. Ce dernier permet de travailler l'indépendance au quotidien afin de favoriser la transition entre l'hôpital et le domicile. Ceci comprend la lessive, le repassage, ranger leur

armoire et leurs affaires, changer leur lit ainsi que s'occuper de leur frigo, des courses et des repas. Toutes ces activités sont alors entraînées en thérapie, avant que les patients ne les réalisent seuls au quotidien. Un participant mentionne également investiguer la sphère des loisirs en thérapie, que ce soit jouer aux cartes, se promener, faire du sport, lire, regarder la télévision, etc.

Si les AVQ et AIVQ sont bien investies par les ergothérapeutes, l'un des participants stipule que les autres professionnels ne les intègrent pas ou très peu à leur pratique. Il raconte qu'elles sont utilisées surtout lorsque deux thérapeutes, dont un ergothérapeute, travaillent ensemble. Il dit « [...] après on a quand même quelques activités de groupe, dont un groupe cuisine [...] il est géré conjointement par un ergothérapeute et une neuropsychologue ou une logopédiste ». Les AIVQ sont alors intégrées dans la pratique des autres thérapeutes uniquement dans ces moments-là. Cependant, si ces mêmes thérapeutes sont seuls, ils ne les incluent pas spontanément. Du côté de l'équipe soignante, elle les intègre plus à sa pratique. En effet, elle aborde les soins personnels comme aller aux toilettes, se lever du lit, effectuer la routine du matin, se brosser les dents, prendre sa douche, s'habiller et prendre son repas. Or, malgré l'inclusion des AVQ aux soins, les soignants mettent moins l'accent sur certains aspects, car le temps qu'ils peuvent consacrer à la toilette d'un patient reste moindre comparé au temps que les ergothérapeutes peuvent mettre à profit pour ce genre d'activités « [...] en général, c'est une heure [pour les ergothérapeutes] et puis eux [les soignants], ils n'ont pas vraiment ce temps à disposition ».

Thérapies en extérieur

Les trois ergothérapeutes relèvent la possibilité pour les thérapeutes d'effectuer leurs thérapies principalement en lien avec les AIVQ à l'extérieur de l'hôpital. Deux professionnels interviewés mettent néanmoins en avant que leur lieu de pratique se situe en région campagnarde. Il est alors nécessaire pour les patients d'avoir la capacité de marcher sur une distance assez conséquente. La première personne interrogée mentionne qu'il y a une épicerie située à dix minutes à pied de l'hôpital, dans laquelle, les thérapeutes ont pour habitude d'aller faire les courses avec les patients. Cependant, il faut donc que ces derniers aient une bonne récupération physique pour faire les trajets aller et retour, en plus du temps debout dans le magasin. La seconde personne rapporte que l'accès à l'établissement est difficile en raison d'une grande montée. En revanche, les deux lieux stipulent pouvoir utiliser un véhicule pour se déplacer plus loin. En effet, un des lieux a à disposition, une voiture pour le service d'ergothérapie, qui leur permet de se rendre en dehors du village pour entraîner les AIVQ, telles qu'aller boire un café ou faire des courses en ville. Dans l'autre établissement, les thérapeutes ont la possibilité de descendre la pente en voiture. De plus, les deux personnes

interrogées mentionnent qu'il leur est possible d'entraîner avec les patients la prise des transports publics.

Retour à domicile

En lien avec le RAD, les trois lieux interviewés évoquent la possibilité pour les patients de prendre des congés à domicile le week-end. Cela signifie que le patient qui est hospitalisé à l'opportunité de rentrer chez lui pour un ou deux jours en fin de semaine. Dans les trois cas, la décision de le laisser partir en congé est prise par l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire et c'est le médecin qui donne l'autorisation finale. Une fois l'accord médical donné, les congés ne sont pas limités dans leur nombre. Par contre, il y a une durée maximum à ne pas dépasser pour des questions administratives. Tous s'accordent pour dire que ceux-ci permettent aux patients d'expérimenter, dans un contexte concret, ce qu'ils entraînent la semaine à l'hôpital. L'un des participants ajoute que le congé permet également d'évaluer le niveau d'aide dont aurait besoin le patient après son RAD.

Un professionnel exprime que ces congés concernent les patients ayant déjà une certaine récupération et ayant un domicile qui ne présente pas d'obstacles majeurs au niveau de l'environnement. Une fois que les conditions sont favorables pour que celui-ci puisse prendre un congé, il est vivement encouragé à le faire. Dans deux établissements, il est de maximum 24 heures, par exemple « ils partent [...] le samedi midi [...], jusqu'au début d'après-midi le dimanche ». En effet, l'un des professionnels explique que depuis le début de l'année 2022, leur structure est soumise à un nouveau système tarifaire. Par conséquent, les congés à domicile sont plus courts, car les nuits durant lesquelles le patient est à la maison ne sont pas comptabilisées, ce qui entraîne une perte financière pour l'hôpital. Ce même professionnel ajoute que chez eux, les patients font d'abord une journée dans la famille. Puis, si tout s'est bien déroulé, ils peuvent y passer la soirée. Une fois ces deux étapes passées, ils peuvent y rester pour une nuit. Pour autant, il faut que le domicile soit sans danger et que le niveau d'autonomie du patient soit suffisant. Il précise qu'il faut également que la situation générale soit favorable pour le patient, son entourage et pour les thérapeutes. Les trois participants mentionnent ne pas avoir de document de type questionnaire à remplir une fois le congé effectué. En effet, le feedback de ces quelques heures se fait de manière orale. Puis, si les thérapeutes ont besoin d'un complément d'information, ils prennent contact avec la famille.

Avant ces congés, tous les professionnels peuvent effectuer une évaluation à domicile afin de s'assurer que tout est adéquat pour le retour du patient si cela est nécessaire. Deux participants relèvent que celles-ci prennent du temps ; entre deux heures et une demi-journée. Parfois plusieurs thérapeutes différents font le déplacement. Ces visites permettent de voir comment est le domicile et s'il y a besoin d'y faire quelques aménagements. Un des

professionnels interrogés affirme parfois faire des activités dans le contexte écologique du patient, comme la cuisine ou certains transferts. Il ajoute aussi, à l'occasion, aller faire les courses dans le magasin habituel du patient sur le trajet. Ceci permet de voir si le patient généralise ses apprentissages ou s'il performe mieux dans un des environnements.

Un des participants à l'entretien mentionne faire très peu de visite à domicile, car dans leur établissement, les patients ont accès à des studios thérapeutiques. Les évaluations en chambre sont donc monnaie courante pour les AIVQ. Pour les patients passant d'une chambre à un studio, il y a une forme de complexification, car cela implique plus d'indépendance au quotidien. De plus, sur ce lieu de pratique, ils estiment que si le patient est capable de faire ses activités dans son studio, il est capable de les reproduire à domicile. Cette configuration les amène à réaliser moins souvent d'évaluation à domicile que sur les deux autres lieux.

Deux professionnels évoquent également la suite du traitement. En effet, lorsque l'hospitalisation arrive à son terme, il leur arrive de transmettre les derniers objectifs à atteindre à un service d'ergothérapie externe à l'établissement. Un ergothérapeute explique qu'il y a une clinique de jour annexée à la structure, dans laquelle les patients peuvent revenir en thérapie pour un traitement en ambulatoire.

Retour au travail

Selon les établissements, la question du RAT est abordée différemment. En effet, dans un des établissements, celui-ci est investigué uniquement de temps à autre et lorsque le patient se voit obligé de poursuivre son hospitalisation. Dans ce cas-là, si les ergothérapeutes estiment que le reste des AVQ et AIVQ peuvent s'effectuer en autonomie, ils s'axent sur la sphère du travail. Cependant, il n'est pas toujours facile de réentraîner ce domaine. En effet, parfois les thérapeutes sont confrontés à un manque de matériel spécifique. Néanmoins, il leur est arrivé de pouvoir exercer avec un patient cuisinier certains aspects de son travail dans une cuisine plus professionnelle. De plus, des ateliers protégés sont rattachés à cette institution. Dans ce cadre-là, des patients peuvent venir y travailler dans le jardin ou effectuer du travail de bureautique, car ce sont des activités faciles à mettre en place. Dans ces ateliers, les patients sont encadrés par des maîtres socioprofessionnels et parfois par des ergothérapeutes. Ensuite, le professionnel mentionne organiser une suite de traitement en ambulatoire spécifique à la reprise professionnelle.

Un autre professionnel raconte que sur son lieu de travail, les patients ont la possibilité d'être intégrés aux différents secteurs, tels que l'intendance, la cuisine, l'administratif, etc.

On essaie de voir avec [les personnes] quelles sont leurs compétences et où est-ce qu'elles pourraient donner leur aide, que ce soit en

intendance, que ce soit pour aller mettre la table, que ce soit pour aller peler des légumes, que ce soit pour aller faire des travaux au jardin, l'administration.

De plus, les ergothérapeutes les soutiennent dans leur RAT, ainsi que pour effectuer des stages, soit dans leur ancien lieu d'exercice, soit dans un nouveau. Un participant énonce également accompagner ses patients pour des essais en entreprises ou dans les démarches administratives à effectuer en amont des stages. Il ajoute qu'une clinique de jour est rattachée à son lieu de pratique et que là-bas, des assistantes sociales accompagnent également les patients dans leurs recherches d'emploi. Cependant, un professionnel souligne qu'un certain nombre de patients en neurologie bénéficient de l'Assurance Invalidité [AI] suite à leur rééducation, car des difficultés peuvent persister malgré les traitements et la rééducation.

4.2. Thématique 2 : Possibilités occupationnelles en dehors des thérapies

Activités en chambre

Selon un des professionnels interviewé, les patients ont accès principalement à leur chambre, dans laquelle ils s'occupent en regardant la télévision ou avec du matériel personnel amené du domicile tel que livres, iPad, ordinateur. Les soins personnels sont également une activité investie lors des week-ends et des soirées. Un autre participant mentionne que les patients ont la possibilité de s'occuper de leur chambre, soit de faire le lit.

Activités dans l'hôpital et les parties communes

Les trois participants mettent en avant que leurs patients ont accès à un certain nombre de salles communes, comme la salle de musique et des salles de séjour, dans lesquelles peuvent se trouver un piano, une télévision, des jeux de société et dans lesquelles les patients peuvent échanger un repas ou simplement se rencontrer. Un des établissements a également un restaurant, dans lequel les patients peuvent se rendre seuls pour aller manger ou boire quelque chose hors des heures de thérapie. Dans une des structures, il y a également un ciné-club le week-end.

Les différents accès à l'environnement

Tous les professionnels affirment avoir un jardin dans lequel les patients peuvent aller se promener. Deux des participants mentionnent qu'il leur est aussi possible de venir arroser les plantes. L'un des ergothérapeutes ajoute « on s'arrange [pour qu'ils aient] accès à un évier et pis on laissait un arrosoir ». Dans l'un des établissements, une salle avec un ordinateur doté d'une connexion Internet est en libre accès, mais selon le participant interrogé, elle n'est

utilisée qu'occasionnellement, car les personnes ayant besoin régulièrement d'un ordinateur se servent du leur.

Un professionnel affirme que les salles de thérapies ne sont pas ouvertes quand les thérapeutes ne travaillent pas, mais qu'il leur est arrivé de laisser du matériel accessible pour que le patient continue son activité. Un autre participant ajoute que les patients peuvent avoir des projets personnels comme la peinture sur soie ou les jeux en groupe. Un des professionnels stipule qu'à une époque, les salles de thérapies restaient ouvertes après les thérapies, mais que ce fonctionnement soulevait des interrogations. En effet, certains résidents étaient autorisés à continuer leurs activités dans ces pièces, mais que lorsque d'autres patients venaient, du matériel disparaissait et il y avait des risques d'accident. La décision de fermer toutes les salles a été prise « on a dû fermer, ce qui est dommage ». Un compromis a été trouvé afin que les patients puissent tout de même effectuer des activités hors de leur chambre. Il leur est possible d'accéder à certaines infrastructures, comme au vélo, au tapis de courses, à condition qu'un contrat soit établi et parfois qu'un horaire précis soit défini afin que du personnel puisse venir vérifier que tout se déroule bien.

Dans deux des établissements interrogés, les patients ont l'opportunité d'occuper leur temps libre en participant aux animations organisées par des thérapeutes ou des animateurs, que ce soit en groupe ou en individuel. Pour les patients d'un des sites, il existe la possibilité d'assister à des exposés présentés généralement par les médecins le samedi matin.

Comme mentionné dans la thématique précédente, les patients ont l'occasion dans deux établissements de participer à certaines tâches réalisées par du personnel non médical. Certains patients proposent spontanément leur aide pour mettre la table dans la cafétéria « Elles y vont parce qu'elles ressentent le besoin justement de participer, d'aider, d'être actif, de rendre service ». Le second établissement met en avant que les patients peuvent également aider pour plier le linge ou aider à changer les bouteilles de boissons dans les distributeurs. Un des hôpitaux pratique également des thérapies avec les animaux, certains patients sont alors chargés d'aller nettoyer les étables tous les matins.

Activités hors de l'hôpital

Deux professionnels mentionnent que les patients ont la possibilité de sortir librement de l'établissement pour aller se promener, aller au restaurant, faire des courses, faire une sortie en famille pour la journée, aller assister à un concert ou encore aller au zoo avec des proches pour autant qu'ils aient averti la structure de leur absence et mentionné l'heure de retour. Un des participants précise que les thérapeutes s'assurent que le patient ait les capacités pour entreprendre ce type d'activités de manière sécuritaire. Le service d'animations

de deux établissements propose également de temps à autre des sorties, telles que sorties football.

4.3. Thématique 3 : Caractéristiques personnelles des patients

Les trois participants mettent en avant que la population en neurologie manque de prise d'initiative et qu'elle ne cherche pas forcément à réaliser des activités seule ou hors des thérapies. En effet, sortir du rôle de patient qui « attend qu'on le soigne » n'est pas aisé. Malgré un environnement favorisant la réalisation d'activités, certains patients en neurologie ne sont pas demandeurs et ne souhaitent pas s'engager dans des activités en dehors des thérapies. Ceci a un impact non négligeable sur les apprentissages concernant les AVQ et les AIVQ. De plus, les patients ont un besoin important d'être sollicités par le personnel afin de se mettre en action. L'une des personnes interviewées raconte qu'un de ces patients participe très bien en thérapie et qu'il est bien engagé avec les thérapeutes lorsqu'ils travaillent la toilette-habillage. Cependant, une fois que cette activité est réalisée avec un soignant, il se met en position passive « il demande aux soignants de réaliser les actes à sa place alors qu'avec nous il les fait ». Malgré une discussion avec lui concernant l'importance de continuer à travailler en dehors des thérapies « il a de la peine à percevoir l'intérêt de s'engager dans des activités ». Un autre professionnel ajoute que le niveau de compréhension du patient concernant sa situation et son environnement influence son envie d'être actif.

L'un des participants rapporte que le type de pathologie ainsi que le degré de sévérité impactent différemment la réadaptation. Il ajoute que le niveau d'attention, les différents déficits, le niveau d'autonomie ainsi que les possibilités des patients influencent sa mise en action, tout comme les troubles du comportement qui peuvent survenir à la suite de problèmes neurologiques. En effet, chez certains patients « il se passe rien » et chez d'autres, c'est tout le contraire. Dans les deux cas, il faut commencer par donner un rythme, une routine pour que la personne puisse se recentrer, pour ensuite, qu'elle soit en mesure de commencer à prendre des initiatives. Finalement, deux des professionnels interrogés mentionnent que les interactions sociales entre les patients sont très limitées, même lorsqu'ils se trouvent dans la même pièce.

4.4. Thématique 4 : Plannings et thérapies

Organisation des établissements

En ce qui concerne l'organisation des thérapies et la mise en place des plannings, les trois participants indiquent avoir un ou plusieurs planificateurs qui organisent les emplois du temps des thérapeutes et des patients. Ils ajoutent également qu'ils peuvent faire parvenir des souhaits ou des besoins concernant les thérapies au personnel chargé d'établir les

programmes : leur nombre, leur fréquence, le type d'activité à entraîner ainsi que les éventuelles co-thérapies. Généralement ces demandes se font via un document écrit ou alors durant des colloques interdisciplinaires. Il est également possible dans les trois établissements de faire des adaptations de planning selon les activités entraînées ou selon les besoins des patients. En effet, si ces derniers ont des souhaits, ils les transmettent aux thérapeutes qui, lorsqu'ils remplissent le document, tiennent compte des besoins évoqués par les patients. L'un des professionnels dit : « ils nous en parlent pendant la thérapie à nous et puis, nous, on prend ces éléments en compte [...] ». Donc, de manière générale, les plannings sont prévus par du personnel dédié à cette tâche, qui fait cas des demandes provenant des professionnels et celles venant des patients. Cependant, un des participants relève que la gestion des plannings est très compliquée. Un autre participant ajoute que parfois il y a plus de demandes que d'offres. « Par exemple, [...] ce qui revient occasionnellement, c'est qu'il y a des demandes pour faire la cuisine [...] il y a 15-20 demandes de faire la cuisine et en fait on n'arrive pas à agender ça ».

Sur un des lieux de pratique, l'ergothérapeute explique :

[qu'] il y a des choses qui sont fixes [...], c'est surtout les ateliers qui sont fixes, par exemple la vannerie, le cuir, la terre, etc. [...] parce qu'on a besoin d'occuper une salle, on a besoin de préparer du matériel.

Les horaires de lessives sont également invariables, car dans cet établissement tous les patients font leur lessive eux-mêmes. Par conséquent, il est nécessaire d'avoir une planification pour que tous puissent la réaliser durant la semaine. Par contre, certaines activités sont plus ponctuelles, elles ne se déroulent qu'une ou deux fois dans le mois. Un professionnel rapporte que les visites à domicile ou autres grosses activités du même type sont planifiées une semaine à l'avance et que d'autres sont programmées à midi pour le lendemain.

Après, selon les lieux, certains aspects diffèrent. En effet, un des professionnels dit que chez eux, les patients se voient attribuer un référent ergothérapeute ainsi qu'un référent neuropsychologue. Ce dernier est la personne qui chapeaute le réseau autour de ce patient. Il établit un premier planning en fonction de ce qui lui paraît le plus pertinent, selon les objectifs du patient, de ses loisirs, de ses désirs, de ses envies et de ses besoins. Dans cet établissement, les patients définissent un projet avec les thérapeutes lors de la première entrevue. Puis, le planning est établi en fonction du projet et des buts. Les activités investiguées en thérapie peuvent différer d'un individu à un autre, car les thérapeutes investissent du temps dans des activités significatives pour le patient ou son projet. Il ajoute également que lorsque les thérapeutes entraînent l'utilisation des transports publics, cela est

principalement exercé le vendredi après-midi afin de raccompagner le patient chez lui pour le week-end. Ceci permet d'investir cette activité tout en lui donnant du sens et en profitant du moment pour le faire correctement avec un ergothérapeute. Un autre rapporte qu'ils ont un système de « paquet ». Selon le pack auquel correspond la situation du patient à son entrée, il bénéficie d'un certain nombre d'heures de thérapie en lien avec les soins corporels, etc.

Co-thérapies

Deux participants mentionnent la possibilité de travailler en binôme avec d'autres corps de métiers, comme les physiothérapeutes, les neuropsychologues, les soignants et dans deux établissements les psychomotriciens. En effet, certaines activités telles que les groupes peuvent être co animées. De plus, comme cité précédemment, un des lieux a la possibilité d'utiliser la thérapie avec les animaux. Par conséquent, celle-ci est menée par un thérapeute ainsi que par du personnel formé pour travailler avec les animaux.

4.5. Thématique 5 : Communication interprofessionnelle au service du projet du patient

Les trois professionnels évoquent la présence de colloques interdisciplinaires chaque semaine afin de faire un point de situation, discuter de l'avancée des objectifs ainsi que de la suite de la prise en charge. Un des trois lieux ajoute que dans leurs colloques, il n'y a pas que les professionnels du paramédical, mais également un responsable du secteur administratif, un responsable du secteur technique ainsi qu'un responsable de l'intendance qui sont présents. Comme évoqué plus haut dans ce document, les patients sont intégrés dans le fonctionnement de l'établissement, il était donc pertinent que le personnel non médical soit présent aux réunions afin d'apporter des observations.

Afin de mener à bien cette intégration à la vie du site, une formation annuelle a été mise en place pour les nouveaux collaborateurs. Celle-ci est donnée par un ergothérapeute et est axée sur les difficultés liées à la population présente dans l'établissement. Les ergothérapeutes peuvent également être amenés à accompagner un nouveau résident sur plusieurs séances en cuisine, en intendance, etc. Ceci dans le but d'évaluer diverses composantes en lien avec le patient, mais surtout de pouvoir transmettre d'éventuelles instructions sur le type d'accompagnement au personnel non médical. Cependant, le professionnel interviewé indique que malgré ces éléments, il est parfois difficile, de la part du personnel non médical, de s'investir dans cette intégration des patients à la vie de l'établissement.

Il y a les séances, les colloques interdisciplinaires où ils peuvent aussi amener leurs questions. Mais on se rend compte que c'est compliqué

parce que ça ne vient pas souvent d'eux, les initiatives [...], c'est difficile la communication à ce niveau-là. Alors on n'a pas encore trouvé la parade pour que ça fonctionne à tous les coups.

De manière générale, les trois participants mettent en avant la bonne collaboration qui règne au sein de leur établissement respectif et surtout, de l'importance d'une bonne communication. Tous les professionnels communiquent de manière orale et/ou ont la possibilité d'écrire une synthèse des thérapies ou des informations importantes sur un système commun auquel l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire a accès. Cela permet d'avoir un suivi du patient et que tous les intervenants dans la rééducation de celui-ci puissent bénéficier des mêmes informations.

Par exemple, si nous [les ergothérapeutes] on va en toilette-habillage le matin, on constate des choses, on va faire remonter les informations et se dire « bon ben, dans la mesure du possible, si vous [les soignants] avez assez de temps, essayez de faire en sorte qu'ils participent plutôt comme ça, et comme ça, et comme ça dans le déroulement de l'activité, parce que ça va favoriser son autonomie ». Donc il y a de la « formation » de l'équipe soignante. Mais on est aussi avide, on a aussi besoin de leur retour, de leurs observations parce qu'on ne voit pas tout non plus. Et puis, c'est aussi intéressant de voir comment ils [les patients] fonctionnent avec l'équipe soignante, c'est différent, donc, on communique beaucoup. Donc là aussi [...] on a besoin de beaucoup collaborer et de savoir qui c'est qui fait quoi et comment.

De plus, la collaboration est aussi mise en avant lorsque le patient n'est plus hospitalisé, mais qu'il nécessite un traitement ambulatoire. Un rapport est rédigé avec des recommandations sur la suite de la prise en charge. Les propositions de suite de prise en charge concernent souvent des éléments qui n'ont pas pu être vus ou travaillés en milieu hospitalier. Soit par manque de temps, soit parce qu'il était plus pertinent de l'évaluer en milieu écologique. Finalement, un des professionnels évoque une collaboration importante avec l'Al étant donné que, comme évoqué auparavant, un certain nombre des patients hospitalisés en neurologie seront bénéficiaires de cette assurance.

4.6. Thématique 6 : Communication et intégration de l'entourage au service du projet du patient

Dans les trois lieux, les professionnels essaient d'intégrer le plus possible la famille au processus de réadaptation.

Participation des proches aux thérapies

Tous les participants évoquent la possibilité pour les proches de participer aux thérapies. Lorsque l'entourage est présent au moment de la thérapie, les professionnels leur proposent systématiquement d'y participer, pour autant que le patient soit d'accord et que la situation convienne. En effet, un des participants met en avant que selon la problématique du patient, il préfère ne pas inclure la famille. De même s'il estime que la thérapie fonctionnera mieux sans elle ou que ce sera trop confrontant. Cependant, lorsque cela est pertinent, un professionnel essaie de le faire le plus tôt possible afin que la famille puisse prendre part au processus de réadaptation, mais également prendre conscience de la situation.

La participation des proches peut aussi être convenue via un rendez-vous. En effet, deux professionnels indiquent que s'ils estiment qu'il y a des thérapies pour lesquelles il y aurait une plus-value à inclure la famille, ils peuvent être amenés à fixer un rendez-vous. L'un d'eux précise que ce n'est pas systématique, mais que cela se fait. Il ajoute que la pandémie du Covid-19 a impacté l'intégration des proches.

On a un petit peu perdu l'habitude avec la période Covid quand même, il n'y avait pas de visites. En fait, la famille n'avait pas le droit de venir, donc ça se faisait un petit peu plus avant et maintenant c'est gentiment en train de se remettre en place.

L'autre professionnel indique également qu'en plus de donner rendez-vous aux proches à certaines thérapies spécifiques, ils peuvent aussi être amenés à faire des vidéos qu'ils envoient à l'entourage avec l'accord du patient. Cependant, les professionnels de cet établissement ont plus de difficultés à inclure l'entourage que les deux autres lieux. Le participant à l'entretien décrit plusieurs raisons. Soit la famille est loin du site où le patient séjourne. Soit la famille s'est éloignée suite à la problématique du patient, ce qui semble être récurrent avec leur type de population en neurologie. Soit la famille peine à comprendre les difficultés de leur proche hospitalisé. Soit à l'inverse, la famille est considérée comme « très présente, très exigeante, très demandeuse ». Dans les divers cas de figure, les professionnels essaient au mieux d'informer et de se rendre disponible pour d'éventuelles questions, mais cela reste compliqué de trouver un bon équilibre dans l'intégration des proches. Finalement,

le dernier professionnel met en avant que l'inclusion de la famille dépend également du thérapeute.

Colloque de famille et RAD

Dans les trois lieux interviewés, on retrouve la notion de colloques ou de réseaux dans lesquels est inclus l'entourage du patient. De manière générale, il ne semble pas que ce soit systématique pour tous les patients et il n'y a pas de protocole précis. Un des établissements les convie directement à un colloque qui suit l'entrée du patient, mais ensuite cela est variable en fonction du patient et de son projet de vie. En effet, deux participants précisent que les colloques de famille ont lieu en fin d'hospitalisation, lorsque les professionnels se questionnent sur la faisabilité du RAD ou lorsqu'il faut prendre des décisions importantes. De plus, un des ergothérapeutes ajoute qu'il n'y a pas de nombre défini de colloques de famille et que c'est du cas par cas.

Transmission de l'information

De manière générale, les trois participants interviewés mentionnent que la principale manière de transmettre les informations est le contact direct avec la famille lorsqu'elle vient visiter leur proche. Au bout d'un certain temps d'hospitalisation, l'entourage visualise les professionnels qui gravitent autour du patient. Ce qui permet de créer des liens et par conséquent, les professionnels seront plus facilement amenés à prendre contact avec eux ou leur proposer de participer aux thérapies par exemple. Pour un des établissements, la plupart des informations du patient ou des proches sont récoltées par les soignants lors de l'entrée. Après chaque thérapeute est libre d'approfondir les éléments importants pour ses thérapies.

Ensuite, mis à part ce type de transmission qui est commun aux trois lieux, les professionnels indiquent des moyens différents pour prendre contact avec les proches. Un participant évoque la possibilité de téléphoner à la famille. En général, c'est réalisé par l'infirmière de liaison, mais les ergothérapeutes peuvent utiliser ce canal lorsqu'il y a un besoin particulier ou pour simplifier la transmission de l'information. Par exemple :

Le patient, il a eu un congé pendant le week-end et puis on aimerait nous avoir un retour de l'épouse. On a eu un retour du patient de comment c'était passé le week-end, on aura, on a envie d'avoir aussi un retour d'une personne externe. Et puis du coup, là, on prend contact avec les proches pour avoir ce retour-là. C'est un exemple de situation.

Ou

quand on a envie d'avoir le contact direct plutôt que de transmettre l'information à l'infirmière de liaison qui elle va aller transmettre et puis ensuite nous faire un retour, des fois c'est plus simple d'avoir le contact direct, donc là, on a quand même ce contact par téléphone.

Pour les deux autres lieux, les contacts par téléphone sont plutôt redirigés vers d'autres professionnels. Un des participants met également en avant la possibilité d'interagir par mail.

4.7. Thématique 7 : Système de santé Suisse

En lien avec cette catégorie, deux lieux sur trois sont soumis aux ST Reha ce qui implique un certain nombre de minutes de thérapie à atteindre par semaine selon le statut du patient. De manière générale, les professionnels de ces établissements parviennent à coordonner leurs thérapies afin de répondre aux besoins des patients tout en respectant les quotas demandés. Cependant, ils expriment tous deux des expériences différentes. Un participant indique que dans la plupart des situations, le quota minimum exigé est respecté. Néanmoins, il peut être confronté à deux autres cas de figure. Soit, le suivi en ergothérapie n'est pas pertinent et les professionnels savent d'avance que le quota ne sera pas atteint. Dans ce cas-là, une discussion interdisciplinaire se met en place afin d'envisager des solutions. Soit ils sont proches du minutage requis, mais craignent de ne pas y parvenir. Par conséquent, les professionnels peuvent être amenés à rajouter des thérapies individuelles ou de groupe afin d'être sûrs de respecter les exigences en termes de tarification.

Un autre professionnel affirme qu'ils sont très rarement, voire jamais en dessous du minutage exigé par les ST Reha. Deux raisons sont évoquées afin d'expliquer cette situation. La première est que cet établissement travaille avec des personnes qui nécessitent une prise en charge multidisciplinaire et à long terme. La deuxième est qu'ils ont anticipé cette nouvelle tarification et s'y sont donc préparés.

Ça fait déjà des années qu'on y travaille. Le système de planification qui nous permet de faire ça, il a été introduit il y a trois ans, quatre ans. Et donc, on l'a fait évoluer et on a toujours été un petit peu en amont du problème. On n'a pas réagi, on a agi.

Néanmoins, le professionnel interviewé met tout de même en avant que ce système rend l'ensemble de la prise en charge moins flexible et qu'il est parfois compliqué d'être réellement à l'écoute du besoin du patient.

Ça rend le tout un petit peu inflexible. C'est beaucoup plus... c'est quand même plus compliqué. [...] Si nos plans de travail sont un peu

moins flexibles les répercussions c'est qu'on peut... on sera aussi moins flexible au besoin du patient.

Il exprime que pour eux, la difficulté pour réaliser les quotas de thérapie exigés ne se situe pas au niveau du minutage, mais au niveau du manque de personnel médical. De plus, dans cet établissement, de nombreux éducateurs travaillent également avec les patients dans le but de favoriser leur autonomie. Cependant, le travail de ces personnes n'est pas reconnu par les ST Reha et par conséquent, il ne peut pas être comptabilisé dans le minutage requis alors qu'il participe à leur réadaptation.

Un des ergothérapeutes interviewés mentionne que dans son établissement, les thérapeutes ne sont pas facturés à la prestation et par conséquent ils ne sont pas soumis à une tarification horaire. Les thérapies font partie d'un forfait ce qui permet aux professionnels d'avoir une grande flexibilité dans leurs prestations. Ils peuvent réaliser des thérapies de dix minutes comme de deux heures lorsque cela est pertinent.

4.8. Thématique 8 : Projets, hiérarchie et financement/budget

Tout d'abord, les trois lieux expriment que les projets doivent être réfléchis et le plus précis possible dans leur description, car avant de les mettre en place ils devront être justifiés et argumentés. Pour présenter un projet, aucun des établissements interviewés n'a de protocole ou de marche à suivre. Ils peuvent être transmis par oral ou via un document écrit à son supérieur direct. Ceux-ci découlent toujours des besoins des patients et d'une volonté d'améliorer les prestations en réadaptation neurologique. De manière générale, les projets doivent répondre à diverses interrogations afin que celui-ci soit solide et puisse voir le jour. Cela concerne : les objectifs du projet, ses avantages, à qui il s'adresse et pourquoi, quelle charge de travail va-t-il impliquer notamment au niveau du personnel, le coût éventuel d'achat de matériel, qui se chargera d'entretenir le projet en question, etc.

Ensuite, un élément qui ressort dans deux des entretiens est la notion de temps. Lorsqu'un projet est de petite envergure et qu'il ne concerne que le service d'ergothérapie, il est plus facile de le mettre en place et rapidement. Dans ces cas-là, son instauration peut se faire à l'interne en discutant avec l'équipe et avec le supérieur direct. Celui-ci valide ou non le projet et évalue s'il doit être transmis à un échelon hiérarchique supérieur. Ensuite, du temps est accordé au thérapeute qui l'a initié afin qu'il puisse lui faire voir le jour. A contrario, lorsqu'un projet est interdisciplinaire ou qu'il est plus conséquent, le processus est alors plus long et semble être plus complexe à concrétiser.

Si c'est des projets qui sont plus interdisciplinaires [...], c'est tout de suite beaucoup plus long et c'est tout de suite beaucoup plus

compliqué. Puis ben, les résultats sont parfois là, mais des fois, ça tire en longueur et puis finalement c'est des projets qui s'éteignent tout seuls avec le temps.

Un autre professionnel ajoute que la nature du projet peut également être un obstacle ou un facilitateur pour sa mise en place. Par exemple, si l'idée est d'instaurer un groupe petit déjeuner les mardis et les jeudis, cela va être facile à concrétiser. Pour autant que cela soit argumenté et réponde aux divers questionnements cités ci-dessus. Cependant, il exprime que si celui-ci demande des modifications architecturales ou un éventuel aménagement, alors cela rend les démarches sinueuses.

C'est quand même assez joli, on n'a pas le droit de faire [...] ce qu'on veut avec un bâtiment comme ça. Parce que c'est protégé, c'est au niveau architectural [...] donc on ne peut pas faire n'importe quoi. Donc ça, c'est super compliqué. [...] Toucher à l'architecture, c'est terrible.

Un des participants met également en avant que si le projet demande un investissement trop grand au niveau du matériel, du personnel ou que cela nécessite de recruter des employés alors cela peut aussi devenir plus problématique.

Hierarchie et financement

Au niveau hiérarchique, les trois lieux expriment être bien soutenus selon le projet et son argumentation.

Je suis très surprise de voir qu'il y a une grande ouverture. Ça m'étonne toujours à chaque fois, comme les, comme la réflexion n'est pas fermée. Mais pour autant justement que le projet soit bien ficelé à la base et bien justifié.

Un autre professionnel ajoute que sur son lieu de travail, certaines personnes sont employées plus spécialement pour mener des projets. Néanmoins, il met en avant que « même le tout petit thérapeute [...] il saura quand même se faire entendre et il aura la place pour se faire entendre ».

Au niveau du financement, deux lieux sur trois semblent avoir toujours pu trouver les fonds pour leurs projets. Un des professionnels exprime qu'ils n'ont jamais eu de très grand projet, mais que de manière générale lorsqu'ils souhaitent en mettre un en place, ils se questionnent également sur l'aspect financier et veillent à proposer des éléments de bonne qualité et à moindre coût. Un des professionnels ajoute que l'aspect financier peut parfois être légèrement faussé. Certains projets peuvent paraître très coûteux lorsqu'ils sont abordés alors

qu'en réalité ils ne le sont pas forcément. De plus, il met en avant que « des fois, pour gagner de l'argent il faut en dépenser » et « la qualité à son prix ». La rentabilité n'est donc pas seulement associée à un gain d'argent. Elle peut aussi se situer en un apport en minutes de thérapie et un apport en qualité des prestations pour les patients.

5. DISCUSSION

5.1. Discussion des résultats de l'analyse des données en rapport avec la recension des écrits

5.1.1. Caractéristiques personnelles du patient en lien avec l'investissement dans le processus de réadaptation

La littérature, l'analyse des travaux de Bachelor I et II et les professionnels interviewés s'accordent sur le fait que l'investissement du patient dans le processus de réadaptation dépend du profil du patient. C'est-à-dire, le type de pathologie ; le degré de sévérité de celle-ci ; les déficits fonctionnels ; les déficits physiques ; les déficits cognitifs ; les capacités mentales ; la fatigue ; l'âge ; le sens donné aux activités ; les préférences ; la motivation et le caractère du patient.

Les professionnels interviewés mettent également en avant que la population en neurologie manque souvent de prise d'initiative et que malgré un environnement favorisant la réalisation d'activités, ils peinent à s'investir et à participer à ce qui est proposé par le service. Cet élément peut être mis en lien et expliqué par la littérature qui déclare que l'AVC peut laisser les patients avec des fonctions réduites, et par conséquent, provoquer un sentiment d'incapacité, des troubles de l'humeur et une démotivation. Tout ceci influence sur leur envie à s'engager dans leur traitement (White et al., 2013 ; White et al., 2015).

Il est évident que le personnel médical n'a que très peu d'impact sur certaines caractéristiques personnelles. Cependant, la motivation est citée comme un point important dans l'engagement d'un patient dans son processus de réadaptation (White et al., 2015). Celle-ci est liée au profil du patient, mais également au sens que celui-ci donne aux activités réalisées pendant l'hospitalisation. Les thérapeutes et les soignants jouent un rôle important dans cette notion. En effet, les activités doivent être significatives, car chaque occupation a un sens différent pour la personne qui l'effectue et plus celle-ci est associée à une valeur personnelle, plus la personne sera encline à la poursuivre (Trombly, 1995). De plus, elles doivent être centrées sur les intérêts des patients, sur leurs rôles et sur les occupations qu'ils appréciaient effectuer avant leur AVC (White et al., 2015). Dans le travail de Bachelor II, certains patients mentionnent que les AIVQ entraînées pendant leur hospitalisation n'ont pas toujours été significatives pour eux (Haymoz et al., 2021). Cependant, cet avis ne représentait pas la majorité des patients interviewés dans ce même travail. De plus, lors des entretiens, il est constaté que les professionnels proposent déjà un certain nombre d'activités et qu'ils sont très à l'écoute des besoins et intérêts des patients.

Un autre élément pouvant expliquer ce manque de prise d'initiative est en lien avec l'utilisation du terme « patient » qui débouche sur une position passive. En effet, le travail de Bachelor I met en avant l'inquiétude des professionnels face à la remise en question de la vision classique de l'hôpital (Perroud et al., 2020). Cet élément a été confirmé lors des entretiens lorsqu'un des participants relève qu'il est parfois difficile de sortir du rôle de patient qui « attend qu'on le soigne » et que selon le professionnel qui l'accompagne « il a de la peine à percevoir l'intérêt de de s'engager dans des activités ».

5.1.2. AVQ/AIVQ/RAD/RAT

AVQ et AIVQ

Le travail de Bachelor II et les professionnels interviewés mentionnent que les AVQ et les AIVQ sont bien intégrées dans les thérapies (Haymoz et al., 2021). Les patients mettent en avant qu'ils travaillent la marche, les tâches ménagères, la cuisine et le jardinage (Haymoz et al., 2021). Les professionnels interviewés investiguent les AVQ qui étaient habituellement réalisées par les patients avant leur hospitalisation ou celles qu'ils devront faire après le RAD et ils essaient de pratiquer ces activités en contexte. L'un des ergothérapeutes ajoute que la première AVQ investiguée en thérapie est les soins personnels, car elle constitue généralement le problème prioritaire. Les professionnels du travail de Bachelor I affirment que les soins personnels réalisés par les soignants participent également à la réadaptation (Perroud et al., 2020). Cependant, l'un des ergothérapeutes interviewés met l'accent sur le peu de temps qu'ils peuvent consacrer pour effectuer les soins personnels. Par conséquent, ils ont moins de possibilités de faire participer activement les patients durant ces moments-là.

Selon les ergothérapeutes, les AIVQ sont investiguées dans un deuxième temps. Les professionnels interviewés dans ce travail expliquent aller faire les courses, aller prendre les transports publics, faire le ménage et la cuisine. Les patients interrogés dans le travail de Bachelor II affirment également faire de la cuisine ainsi que leur lessive (Haymoz et al., 2021). Dans les trois lieux interrogés, les participants déclarent que les patients font généralement leur lessive seul, après avoir testé l'activité en séance d'ergothérapie.

RAD

Tout d'abord, il est mentionné dans les deux précédents travaux de Bachelor que les RAD sont préparés en pluridisciplinaire et en essayant d'intégrer au mieux les proches (Haymoz et al., Schafer 2021 ; Perroud et al., 2020). Malgré cela, tous les patients ne se sentent pas prêts à rentrer chez eux et certains ont de la difficulté à transférer et généraliser les acquis à leur milieu écologique (Haymoz et al., 2021).

Puis, les deux précédents travaux de Bachelor et les professionnels interrogés s'accordent pour dire que des congés à domicile sont possibles dans les différents établissements (Haymoz et al., 2021 ; Perroud et al., 2020). Les professionnels et les patients des travaux de Bachelor I et II mentionnent que des congés de 48 heures sont octroyés aux patients durant les week-ends (Haymoz et al., 2021 ; Perroud et al., 2020). Cependant, deux participants affirment que les congés à domicile dans leur établissement ne durent pas plus de 24 heures. L'un des professionnels explique que depuis le mois de janvier 2022, de nouvelles tarifications sont en vigueur. Celles-ci ne permettent plus aux patients de prendre un congé de 48h, car les nuits passées hors de l'hôpital ne rapportent pas d'argent. Cet élément rentre en opposition avec la littérature qui souligne l'importance de faire profiter le patient de congés à domicile, car cela permet de faciliter la transition (Gustafsson & Bootle, 2013). De plus, l'environnement hospitalier est souvent décrit comme un environnement étranger par les patients et ils ajoutent le besoin de pouvoir en sortir durant leur hospitalisation (Purcell et al., 2019 ; Clarke et al., 2018).

De plus, les participants ainsi que les professionnels du travail de Bachelor I mentionnent que la décision de laisser le patient prendre un congé est prise par toute l'équipe interdisciplinaire et que l'accord médical constitue l'autorisation finale (Perroud et al., 2020). Les professionnels ajoutent également qu'il n'y a pas de limite en termes de nombre de congés, mais que leur durée est limitée pour des questions administratives. Ces congés offrent la possibilité au patient et à son entourage d'expérimenter des AVQ et AIVQ dans un contexte écologique. La littérature met en avant qu'une approche occupationnelle qui prend en compte l'environnement du patient améliore la transition du patient de l'hôpital à son domicile et diminue le risque de réadmission (Roberts et al., 2020). Les congés leur permettent alors de réaliser leurs occupations et de transférer les acquis entraînés durant leur séjour. Par la suite, cela leur permet d'évaluer où sont encore situées les difficultés et ce qui doit encore être travaillé en thérapies.

Les professionnels interrogés mentionnent n'avoir que le feedback oral des patients et de leur entourage, alors que ceux du travail de Bachelor I stipulent qu'il existe un questionnaire qu'ils peuvent remplir (Perroud et al., 2020).

Ensuite, les travaux de Bachelor précédents ainsi que les professionnels expriment effectuer des évaluations à domicile avant le RAD des patients lorsque cela est pertinent et possible (Haymoz et al., 2021 ; Perroud et al., 2020). En effet, ces évaluations, idéalement effectuées avant le congé, sont vivement conseillées lorsque l'équipe de réadaptation et/ou la famille ont des inquiétudes quant au fonctionnement à Domicile (Hébert, 2015). Celles-ci permettent d'évaluer les capacités fonctionnelles physiques et cognitives, la sécurité du patient

ainsi que d'éventuels aménagements à réaliser (Hébert, 2015). De plus, les patients ajoutent que cela permet de mettre en évidence les facilitateurs et les obstacles de leur domicile (Haymoz et al., 2021). Ces propos sont soutenus par les professionnels interviewés. Ils soulignent que celles-ci leur permettent également d'évaluer si des aménagements sont nécessaires. De plus, un des professionnels stipule mettre régulièrement en activité dans le contexte écologique.

RAT

De manière générale, les précédents travaux de Bachelor et les professionnels interrogés mentionnent que le RAT est peu investigué durant l'hospitalisation des patients (Haymoz et al., 2021 ; Perroud et al., 2020). Les professionnels du travail de Bachelor I évoquent que la perspective de la reprise professionnelle est perçue comme trop lointaine pour les patients. Par conséquent, très peu d'activités en lien avec le travail sont investiguées dans leur établissement (Perroud et al., 2020). L'un des ergothérapeutes interrogés corrobore ces propos. En effet, dans son établissement, le RAT n'est investi qu'à de rares occasions. Cependant, selon la profession du patient, il est possible d'entraîner un certain nombre de tâches, mais le manque de matériel spécifique empêche les thérapeutes d'aborder correctement cette sphère de l'occupation. Ce qui est aussi partagé par les professionnels du travail de Bachelor I (Perroud et al., 2020).

Dans les deux autres, il semble être possible d'investiguer un peu plus en profondeur le RAT. Notamment en intégrant les patients aux différents secteurs de l'hôpital, ce qui leur permet de réentraîner certaines tâches et d'être actifs dans leur réadaptation. Puis, certains établissements proposent de les accompagner pour effectuer des stages, pour constituer leur dossier professionnel ou pour les aider dans les démarches administratives. Un des professionnels interrogés mentionne que des ateliers protégés sont rattachés à leur institution, et que parfois les patients peuvent y être intégrés afin d'exercer certaines tâches professionnelles. L'intégration des patients aux différents secteurs de l'établissement serait alors un premier pas vers la reprise professionnelle, or cela ne concerne qu'une minorité des patients post-AVC. En effet, la moyenne des personnes reprenant une activité professionnelle en Suisse se situe entre 25 et 40% (Annoni & Colombo, 2011 ; Bossy & Rapin, 2011). Selon Annoni et Colombo (2011), ce chiffre approche des 40% lorsque les patients ne souffrent pas d'aphasie ou d'héminégligence. Cependant, si les patients ont un déficit au niveau du langage ou de perception visuelle ce pourcentage est revu à la baisse en atteignant les 20% (Annoni & Colombo, 2011).

5.1.3. Importance de l'entourage dans le processus de réadaptation

Les deux précédents travaux de Bachelor affirment que la famille est perçue comme une ressource (Haymoz et al., 2021 ; Perroud et al., 2020). En ce sens, les professionnels interrogés dans le cadre du travail de Bachelor I indiquent que la participation des familles aux thérapies peut être proposée et que celle-ci encourage le patient (Perroud et al., 2020). Ces éléments corroborent avec les propos des participants interviewés qui évoquent la possibilité pour les proches de participer aux thérapies. Ils essaient de manière systématique, lorsque l'entourage est présent au moment de la thérapie, de leur proposer d'y participer pour autant que la situation le permette. Cela leur permet de prendre part au processus de réadaptation, mais également de prendre conscience de la situation. De plus, ils indiquent que s'ils estiment qu'il y a des thérapies pour lesquelles il y aurait une plus-value à inclure la famille, ils peuvent être amenés à fixer un rendez-vous.

Néanmoins, le travail de Bachelor I relève que la présence de la famille est encouragée, mais que les possibilités d'inclusion des proches sont peu utilisées dans le CTR à l'étude (Perroud et al., 2020). Il est précisé que ce n'est pas seulement dû à l'établissement, mais également à l'investissement des familles (Perroud et al., 2020). Cette affirmation est soutenue par l'un des participants interviewés qui évoque une importante variabilité dans la volonté des proches à participer au processus de réadaptation. Un autre participant ajoute que l'inclusion de la famille dépend également du thérapeute.

Ensuite, il est émis dans la recension des écrits que les colloques de famille, dans le CTR à l'étude, sont uniquement sur demande alors que les patients auraient aimé que leur entourage prenne plus souvent part à ces réunions (Haymoz et al., 2021). En effet, dans les trois lieux interviewés, on retrouve la notion de colloque ou de réseau de famille. Cependant, il ne semble pas que ce soit systématique pour tous les patients et il n'y a pas de protocole précis. Uniquement les professionnels d'un des établissements semblent convier les proches à un colloque qui suit l'entrée du patient. Puis, tout comme les autres participants le mentionnent, la programmation d'un colloque de famille semble intervenir seulement en cas de questionnements sur le projet de vie du patient, de décisions importantes à prendre ou lors de situations particulières. Les participants ajoutent qu'il n'y a pas de nombres définis. En outre, selon les professionnels, les informations sont principalement transmises via le contact direct avec les familles lorsqu'elles viennent visiter leur proche. Les échanges téléphoniques sont peu utilisés et seul un participant évoque la possibilité d'interagir par mail.

5.1.4. Communication au service du projet du patient

Lors du travail de Bachelor II, il a été recensé que les patients semblaient dans un premier temps avoir bien compris les informations données sur diverses atteintes causées par l'AVC (Haymoz et al., 2021). Pourtant, ils ont tout de même dû requestionner les professionnels et l'un d'eux exprime qu'il lui a manqué des informations (Haymoz et al., 2021). Pendant une hospitalisation, les patients reçoivent beaucoup d'informations de tous les intervenants gravitant autour d'eux. Lors des entretiens, ils sembleraient que l'ensemble de celles-ci passent par la transmission orale comme lorsque les professionnels doivent prendre contact avec la famille. Aucun participant ne mentionne un éventuel support écrit tel que brochure, etc.

Les proches du patient ont également des besoins. L'étude de Van der Smagt-Duijnste (2001) et Lou et al. (2015) en cite trois. Le premier est celui de la qualité de l'information, qui représente 95% des interviewés de l'étude. Cependant, toujours selon les mêmes études, les informations sont communiquées uniquement dans 50% des cas. Puis, le second est la nécessité d'obtenir des conseils. Pour finir, le troisième besoin concerne l'accessibilité aux informations. Pour les proches, il est important que le personnel de santé prenne le temps de répondre à leurs questions et qu'ils puissent échanger avec le neurologue traitant.

Selon Perroud et al. (2020), l'organisation, la communication et la collaboration entre les professionnels de santé et les autres secteurs peuvent être problématiques. À l'inverse, les trois professionnels mettent en avant la bonne collaboration qui règne au sein de leur établissement respectif et appuient sur l'importance d'avoir une bonne communication entre les équipes et les services.

5.1.5. Planning et thérapies en lien avec le système de santé suisse

Selon les professionnels interviewés dans le travail de Bachelor I, les thérapies durent 45 minutes et les patients en ont entre trois et cinq par jour (Perroud et al., 2020). Ce qui répond aux exigences concernant les thérapies en neurologie. Deux établissements sont également soumis aux ST Reha ce qui implique d'atteindre un certain nombre de minutes par semaine pour chaque patient. Au contraire, un des participants mentionne ne pas être soumis aux ST Reha comme les autres centres de neuroréadaptation. Les séances d'ergothérapie font partie du forfait que paient les assurances des patients à l'établissement. Par conséquent, ils peuvent faire des thérapies de la durée qu'ils jugent nécessaire.

Les professionnels du travail de Bachelor I tout comme les ergothérapeutes interrogés mentionnent qu'il est possible de faire des thérapies individuelles et de groupe dans leur

établissement ainsi que des co-thérapies avec d'autres thérapeutes (Perroud et al., 2020). L'un des participants ajoute que dans sa structure, il leur arrive parfois de faire des binômes avec un soignant lorsque le patient participe bien en thérapie, mais qu'il se repose beaucoup sur le professionnel pour réaliser des actes qu'il sait effectuer, notamment au niveau de soins personnels.

Ensuite, les patients et les ergothérapeutes interrogés disent qu'il y a des plannings précis des thérapies (Haymoz et al. 2021). Les professionnels du premier travail de Bachelor ajoutent qu'il y a peu de flexibilité dans les horaires, ce qui est confirmé par l'un des ergothérapeutes. Il précise que cela est dû au système de santé Suisse et aux ST Reha. Ensuite, les participants évoquent tous avoir un planificateur externe pour organiser les emplois du temps. Tous expliquent pouvoir faire des demandes pour adapter le planning des thérapies selon les besoins des thérapeutes, mais également selon les souhaits des patients. Ces derniers dans le travail de Bachelor II affirment également qu'il est possible de faire des adaptations de planning selon leur état ou leurs besoins, comme avoir une plus longue pause après le repas de midi (Haymoz et al., 2021). Finalement, les routines hospitalières sont considérées comme une limite par les professionnels du travail de Bachelor I, car elles influencent le rythme des patients (Perroud et al., 2020). Mais les patients disent apprécier avoir une routine et une structure dans leurs journées (Haymoz, et al., 2021). Un des thérapeutes interviewé partage l'avis des patients et mentionne que la réadaptation instaure un rythme, une routine, ce qui permet à la personne de se recentrer et par la suite de prendre des initiatives.

5.2. Discussion des résultats en rapport avec la recension des écrits et en vue du projet

5.2.1. Infrastructures en lien avec le projet

Dans les travaux de Bachelor ainsi que lors des entretiens, il est intéressant de constater que les lieux ont déjà des infrastructures permettant un grand nombre d'activités différentes. Le CTR à l'étude possède un atelier-bois, un fitness, une piscine, un grand terrain autour de l'établissement, une salle de bain de simulation, un jardin thérapeutique ainsi qu'un grand nombre de salles de thérapie (Perroud et al., 2020). Cependant, les infrastructures sont sous-utilisées et seul le jardin ainsi qu'une petite pièce commune sont accessibles en dehors des thérapies (Perroud et al., 2020). À l'inverse, les entretiens révèlent qu'en plus du jardin, il y a également selon l'établissement la présence de salles communes où les patients peuvent se rendre à tout moment comme la bibliothèque ; des ateliers créatifs ; un restaurant ; une salle de musique ; une cafétéria et des espaces d'échanges. Néanmoins, un des participants

explique qu'à un certain moment, il y avait plus de salles accessibles pour les patients, mais qu'ils ont dû réduire l'accès, car il y avait des risques d'accidents élevés et du matériel qui disparaissait. Actuellement, ils établissent un contrat avec les patients pour que ceux-ci aient quand même accès à du matériel. De plus, ces espaces communs sont tous aménagés avec du mobilier familial contrairement aux salles du CTR à l'étude qui sont considérées par les professionnels comme peu accueillantes (Perroud et al., 2020).

Les patients du travail de Bachelor II ajoutent qu'il y a peu d'espaces offrant des opportunités d'échanges en dehors des ascenseurs, des locaux de thérapies, des chambres et de l'entrée du bâtiment pour les fumeurs (Haymoz et al., 2021). Alors que ceux-ci indiquent que le soutien entre les paires est important et que les progrès effectués par un patient sont remarqués et encouragés par les autres (Haymoz et al., 2021). Cet élément est alors paradoxal avec les résultats obtenus lors des entretiens. En effet, deux participants mettent en avant que les interactions sociales entre les patients de neurologie sont très limitées, même lorsqu'ils se trouvent dans la même pièce.

Ensuite, les professionnels du travail de Bachelor I mettent en avant que le CTR à l'étude est un bâtiment harmonieux avec des directives sur le concept architectural et décoratif limitant ainsi certaines possibilités d'adaptation (Perroud et al., 2020). Un des participants à l'entretien approuve en expliquant que les projets touchant l'architecture de l'établissement sont extrêmement difficiles à mettre en place, car il y a également un design architectural à respecter dans son établissement. Cependant, pour ce qui est de la participation active du patient ainsi que de l'EE individuel, cela ne demande pas de toucher à la conception du bâtiment. Ce qui est également le cas pour l'EE communautaire, où il suffit simplement d'un aménagement judicieux (White et al., 2015). En effet, il consiste à mettre en place des espaces collectifs en faisant attention lors de sa conception à le rendre accessible pour le maximum de personnes (White et al. 2015). Ce qui est également souhaité par les patients du travail de Bachelor II étant donné qu'ils soulignent l'importance de suggérer des adaptations en fonction de chaque patient (Haymoz et al., 2021). Les activités proposées doivent être variées pour que tous puissent y trouver une ou plusieurs activités attrayantes, et ce même pour ceux avec plus de difficultés (Haymoz et al., 2021). Ensuite, le choix des aménagements concernant l'EE communautaire dépend des infrastructures, mais également du budget des établissements ainsi que de leur investissement dans le projet.

5.2.2. Possibilités occupationnelles hors thérapies

Activité en chambre

La recension des écrits met en avant que les patients utilisent le temps sans thérapie pour se reposer et investir des activités de leur choix comme lire, regarder la télévision, tricoter, téléphoner aux proches, fumer, faire des petits exercices donnés par les thérapeutes ou réaliser leurs soins personnels (Haymoz et al., 2021). Ceci est en accord avec les exemples d'activités évoqués dans les entretiens. Deux des professionnels interviewés mettent aussi en avant que dans leur établissement, les patients s'occupent de leur chambre, notamment en faisant leur lit. Un autre complète en disant que ceux vivant dans les studios thérapeutiques s'occupent aussi du frigo et de la cuisine.

Activités dans l'hôpital et les parties communes

Comme décrit dans le chapitre « infrastructures en lien avec le projet » ci-dessus, les trois participants entretenus mettent en avant que dans les salles en libre accès peuvent se trouver un piano et d'autres instruments de musique, une télévision, des jeux de société, un ordinateur et du matériel de bureautique ainsi que du matériel créatif. Ces éléments qui, pour la plupart, sont cités dans la littérature de l'EE (C.f chapitre 2.1.2). Au contraire des travaux de Bachelor I et II qui ne mentionnent pratiquement pas d'activités hors chambre. Cependant, tout comme le proposent Janssen et al. (2014), les professionnels du CTR à l'étude ainsi que les participants mentionnent la possibilité d'arranger une salle ou dresser une table pour que les patients puissent échanger un repas ou simplement se rencontrer (Haymoz et al., 2021 ; Perroud et al., 2020).

Activités dans les différentes infrastructures hors thérapie

Il est intéressant de constater qu'en regard des entretiens, les travaux de Bachelor I et II ne relèvent pratiquement aucune activité que les patients peuvent faire seul en dehors des thérapies, mise à part se promener dans le jardin, accéder à la cafétéria ou à la cuisine thérapeutique selon certaines conditions (Haymoz et al., 2021 ; Perroud et al., 2020). En revanche, les participants interviewés expriment passablement d'opportunités occupationnelles hors thérapies. En lien avec la présence d'un jardin, deux participants mentionnent qu'il est possible de venir arroser les plantes et ils s'assurent que du matériel soit toujours accessible. Ensuite, les salles de thérapies, tout comme évoqué dans le travail de Bachelor I, ne sont pas ouvertes quand les thérapeutes ne travaillent pas (Perroud et al., 2020). Cependant, les participants des entretiens laissent du matériel accessible pour que les patients continuent leur activité. De plus, sur un des lieux interviewés, il est possible d'accéder

à certaines activités comme le vélo ou le tapis de course. Ensuite, un des lieux propose des activités en lien avec le parc animalier qu'ils ont mis en place pour les patients.

Puis, en lien avec la participation active des patients au sein de l'établissement, deux participants évoquent plusieurs possibilités, certains peuvent aller aider en cuisine, dresser les tables à la cafétéria, plier le linge de l'intendance ou encore remplir les distributeurs à boissons. Un des entretiens révèle que faire des activités pour les autres apporte le sentiment d'être actif et utile. Ceci concorde avec la littérature qui affirme que le fait d'exercer des activités avec et pour les autres engendre un sentiment d'appartenance et par conséquent du bien-être (Hammell, 2012). Finalement, deux lieux ont un service d'animations qui propose diverses activités favorisant la socialisation. Pour les patients d'un des sites, il existe en plus la possibilité d'assister à des exposés présentés généralement par les médecins le samedi matin.

Activités hors de l'hôpital

Dans le travail de Bachelor II, les patients du CTR à l'étude émettent la possibilité de prendre des congés durant la semaine pour aller au restaurant avec leur entourage (Haymoz et al., 2021). Cependant, ils semblent confus sur les possibilités de sortir seuls. En effet, ils expriment être autorisés à sortir à l'extérieur seuls ou avec des visites, mais ne pas avoir le droit de quitter le périmètre du CTR non accompagnés. Deux participants interviewés mentionnent également la possibilité pour les patients d'aller au restaurant et ajoutent d'autres types de sorties tels que : aller se promener, faire des courses, faire une sortie en famille pour la journée, aller assister à un concert ou encore aller au zoo avec des proches, etc. pour autant qu'ils préviennent le service où ils vont et l'heure de rentrée. Puis, un des lieux organise également via le service d'animation des sorties tel qu'aller voir un match de football.

5.2.3. Hiérarchie et financement/budget en lien avec le projet

Les professionnels du travail de Bachelor I indiquent qu'ils sont motivés par le projet à condition qu'ils soient soutenus par la hiérarchie ainsi que financièrement (Perroud et al., 2020). De plus, ils affirment qu'obtenir des fonds est difficile et que les budgets sont faits par secteurs (Perroud et al., 2020). Lors des entretiens, ces deux aspects ne semblaient être trop limitants dans la concrétisation de projets. Au niveau hiérarchique, les trois participants expriment être relativement bien soutenus selon l'ampleur du projet ainsi que son argumentation. En effet, celui doit être solidement construit et doit présenter tous les éléments nécessaires à sa réalisation.

Ensuite, au niveau de l'aspect financier, un des participants évoque que celui-ci peut parfois être légèrement faussé. Certains projets peuvent paraître très coûteux lorsqu'ils sont

abordés alors qu'en réalité ils ne le sont pas forcément. Ce qui est confirmé par White et al. (2013), qui mettent en avant que même avec un petit budget, un EE peut être mis en place. De plus, l'ensemble des professionnels interviewés veillent à proposer des éléments de bonne qualité et à moindre coût lorsqu'un projet veut être mis en place. L'important étant que les options sélectionnées comblerent les besoins des patients, soient adaptées et qu'elles soient fructueuses pour leur réadaptation.

5.2.4. Formations en vue de la mise en place du projet

Dans la littérature et dans les entretiens, un élément important en vue des recommandations est la mise en place de formations initiales et continues. En effet, les formations permettraient au personnel soignant, dans le cadre de l'EE, de s'approprier ce concept, de comprendre son utilisation et son rôle vis-à-vis de celui-ci (Rosbergen et al., 2017a ; Rosbergen et al. 2017b ; White et al., 2013). De plus, celles-ci permettraient aux professionnels d'être en mesure de l'expliquer aux patients et à leur entourage ainsi que de mettre en avant l'importance d'être actif après un AVC (Rosbergen et al. 2017b).

En ce qui concerne la participation active des patients au sein d'un établissement, les professionnels du travail de Bachelor I avaient émis des avis mitigés sur la possibilité de former le personnel non médical bien qu'ils soient conscients que cela est essentiel afin d'être en mesure d'encadrer les patients (Perroud et al., 2020). Pourtant, c'est ce que propose l'établissement de l'un des participants interviewés. Une formation annuelle a été mise en place pour les nouveaux collaborateurs, que ce soit du personnel médical ou non médical, pour les sensibiliser à ce concept en lien avec les difficultés de la population présente dans l'établissement. En plus, les ergothérapeutes sont amenés à accompagner un patient qui souhaite intégrer un secteur afin de s'assurer que celui-ci en a les capacités, mais également pour transmettre d'éventuelles instructions sur le type d'accompagnement au personnel non médical. En outre, un responsable du secteur administratif, un responsable du secteur technique ainsi qu'un responsable de l'intendance sont également conviés aux colloques interdisciplinaires afin d'apporter des observations et d'éventuelles questions. Cependant, le participant affirme que malgré tous ces éléments, il est parfois dur de maintenir l'intégration dans les secteurs, car les anciennes pratiques refont surface. Ceci amène à la deuxième partie de la littérature qui met en avant l'importance des formations continues.

Celles-ci permettent de rafraîchir le concept de l'EE et d'éviter que les professionnels retombent dans leurs anciennes pratiques et par conséquent, de maintenir le projet à long terme (Rosbergen et al., 2017b). En effet, certains articles mentionnent que la mise en place d'un environnement comme l'EE nécessite un réel changement de pratiques et des routines

hospitalières pour le personnel soignant, car ce concept se heurte à la vision traditionnelle de l'hôpital (Janssen et al., 2014 ; Rosbergen et al., 2017a ; White et al., 2013 ; White et al., 2015).

Identification de personnes leaders

Lors des entretiens, la notion de temps est ressortie à plusieurs reprises. En effet, un projet d'une telle envergure nécessite de l'investissement et de l'énergie, car il est long et complexe à concrétiser. Dans la littérature, il est fait mention de la nécessité d'identifier des personnes leaders, aussi nommées « personnes championnes », porteuses du projet (Rosbergen et al. 2017b). Celles-ci ont pour objectif de maintenir la motivation de l'équipe à intégrer ces concepts dans leur pratique, mais aussi de pouvoir les faire évoluer afin que le projet perdure et ne s'essouffle pas avec le temps. De plus, celles-ci jouent un rôle de référent et de communication auprès des équipes.

De plus, les professionnels du travail de Bachelor I expliquent que beaucoup de projets n'aboutissent pas en lien avec les départs et les arrivées de collaborateurs (Perroud et al., 2020). En effet, ceux qui quittent le centre de réadaptations (démissions) le font avec leur projet (Perroud et al., 2020). C'est pour cela qu'il faut identifier un groupe de personnes leaders du projet et non une seule et unique personne. Dans l'idéal, étant donné que c'est un projet multidisciplinaire, il serait bénéfique que ces personnes soient issues de divers domaines et également de divers échelons hiérarchiques afin d'avoir le soutien nécessaire.

5.3. Réponses aux questions de recherche

1. Quelles sont les ressources et les limites rencontrées par les professionnels concernant la mise en place d'une pratique occupationnelle parallèle à celle visée par le projet ?

Ressources partagées par l'ensemble des professionnels interviewés

En ce qui concerne les ressources, on constate que les trois lieux interviewés ont des infrastructures qui permettent de proposer aux patients beaucoup d'activités en lien avec leurs besoins, intérêts et rôles. Toutes les infrastructures, activités et possibilités occupationnelles hors thérapie concordent avec la littérature. De plus, deux participants proposent déjà une forme de participation active du patient au sein de leur établissement. L'un d'eux évoque la présence de formations pour le personnel médical et non médical. Ensuite, les professionnels mentionnent utiliser la PCC et la PCF, car de manière systématique, ils essaient d'intégrer le plus possible les proches aux thérapies ainsi que lors de prise de décisions importantes. Bien que le degré d'investissement puisse dépendre du thérapeute, mais également de la volonté ou non de la famille de prendre part au processus de réadaptation.

Points divergents entre les professionnels interviewés

Deux lieux sur trois sont soumis aux ST Reha ce qui implique une diminution de la flexibilité dans les plannings. Un des participants exprime que malgré cela, le quota est pratiquement toujours atteint alors que l'autre participant affirme que parfois ils doivent rajouter des thérapies pour être sûrs de respecter le minutage exigé. De plus, ils ne peuvent pas toujours répondre à la demande de tous les patients. Au contraire, un participant n'a pas de tarifications à la minute ce qui lui permet d'être au plus proche des besoins des patients et ceci est perçu comme une grande ressource.

Ensuite, selon le lieu, la démarche pour proposer un projet peut être un peu différente. Un professionnel met en avant qu'il y a un très bon soutien hiérarchique et financier pour autant que le projet soit bien argumenté. Alors qu'un autre participant affirme que le soutien dépend tout de même de la nature du projet, de son ampleur et de ses objectifs.

Limites partagées par l'ensemble des professionnels interviewés

Pour les participants interviewés, ce sont les caractéristiques personnelles du patient qui peuvent être une limite importante. En effet, les professionnels ont relaté que la population neurologique manque de prise d'initiative et que pour certains patients, il est difficile de sortir de la posture passive rattachée au terme « patient ».

Malgré le sentiment d'être soutenus au niveau hiérarchique et financier, les professionnels mettent en avant que selon le projet, il peut être plus difficile de le concrétiser. En effet, si celui-ci nécessite l'implication d'une équipe interdisciplinaire, un grand investissement dans du matériel et/ou dans du personnel, d'engager des employés supplémentaires ou touche à l'architecture du bâtiment, sa mise en place peut s'avérer plus compliquée voire abandonnée.

2. Quels éléments sont proposés aux patients par les établissements qui favorisent leur équilibre et leur engagement occupationnel ainsi que leur préparation au RAD durant leur réadaptation ?

Les trois professionnels entraînent énormément d'AVQ et d'AIVQ en thérapie et les patients sont encouragés à continuer celles qu'ils peuvent de manière indépendante. Ensuite, selon les infrastructures et le fonctionnement du lieu, différentes opportunités de rééducation s'offrent aux patients, que ce soit en thérapie ou en dehors. Les trois lieux essayent au maximum de donner des possibilités occupationnelles en accès libre. Tous ont des salles dans lesquelles les patients peuvent se rendre de manière indépendante les soirs ou les week-ends. Ils peuvent également avoir accès à du matériel laissé à disposition par les thérapeutes. En outre, deux lieux proposent déjà la participation active des patients dans certains secteurs.

Cela leur permet de se rendre plus actifs et de participer à des tâches qui leur offrent plus de temps de rééducation et qui les préparent également pour leur RAD.

Ensuite, le RAD est discuté très tôt dans le processus de réadaptation. Des congés à domicile les week-ends sont possibles dans les trois lieux afin que le patient puisse expérimenter ce qui est entraîné dans l'établissement à la maison et ensuite rapporter d'éventuelles difficultés. De plus, les patients peuvent également sortir avec leurs proches hors thérapies pour diverses activités ce qui permet également d'expérimenter diverses situations. Puis, deux lieux sur trois ont des studios thérapeutiques qui mettent le patient dans une situation similaire au domicile, mais avec un cadre sécurisant autour. Puis, si besoin ou pour des patients qui n'auraient pas pu accéder à ceux-ci, des évaluations à domicile sont proposées par les ergothérapeutes, et ce, dans les trois établissements. Finalement, les trois participants intègrent le plus possible la famille dans le processus de réadaptation, car pour certains patients l'entourage joue un rôle de transition entre l'établissement et le domicile.

5.4. La critique du travail réalisé

Le développement et l'aboutissement d'un projet concret et novateur ont été une source de motivation durant l'élaboration du travail de Bachelor pour les étudiantes-chercheuses. La bonne collaboration, la bonne entente ainsi que l'enthousiasme et le dynamisme pendant la réalisation de ce travail ont contribué positivement à sa production, malgré la survenue de certains éléments. En effet, la méthodologie du travail a dû être modifiée en raison de décisions indépendantes de leurs volontés, mais qui incombent au CTR initialement à l'étude. Les étudiantes-chercheuses ont réorienté leur projet comme réalisé ci-dessus.

Puis, quelques biais sont apparus durant ce travail. Le premier biais concerne les entretiens. En effet, ceux-ci ont été menés par les deux étudiantes-chercheuses. Les énoncés des questions ont donc pu guider les réponses des participants et ainsi amener des variations dans la collecte de données puis dans l'analyse des données. De plus, les entretiens ont été réalisés par visioconférence, ce qui a pu impacter les échanges. Ensuite, les étudiantes-chercheuses ont trié les propos rapportés par thématiques. Dès lors, les propos n'ont pas été reportés littéralement dans ce travail, mais ont été synthétisés afin d'apporter les éléments les plus importants pour la bonne compréhension du document ainsi que pour l'élaboration des recommandations. Ceci garantit également l'anonymat des participants.

Le second biais est en lien avec l'échantillonnage. En effet, uniquement trois ergothérapeutes travaillant dans des établissements différents ont été interrogés. Ceci a pour conséquence que les propos récoltés représentent uniquement l'avis des personnes

interrogées. De plus, les participants aux entretiens ne sont que des ergothérapeutes, ce qui ne reflète pas l'avis de tous les thérapeutes qui travaillent dans les établissements. Dans le but d'avoir des résultats plus représentatifs du plus grand nombre de professionnels, il serait pertinent d'interviewer davantage de personnes. Cependant, cela est incompatible avec les attentes d'un tel travail.

5.5. L'établissement de recommandations pour mettre en place un environnement enrichi ainsi qu'une participation active des patients à la vie du CTR

Les recommandations formulées ci-dessous découlent de l'analyse des deux précédents travaux de Bachelor, de la littérature ainsi que de l'expérience des ergothérapeutes interviewés dans ce travail. Elles ont pour but de faciliter la mise en place d'EE ainsi que de la participation active dans divers secteurs propre à l'établissement. Les professionnels souhaitant mettre en place une pratique similaire à celle décrite dans ce document peuvent suivre les recommandations qui leur paraissent les plus pertinentes selon leur propre projet et leurs possibilités, qu'elles soient au niveau des infrastructures ou du budget.

Recommandation 1 : Évaluation et réévaluation des caractéristiques personnelles des patients et de leurs besoins en termes d'activités

Comme mentionné dans le point 5.1.1., les intérêts, les besoins et les capacités physiques et cognitives des patients sont variables. Afin que le projet mis en place dure, soit apprécié des patients et qu'ils les rendent actifs en dehors des thérapies, il paraît nécessaire que les activités proposées soient significatives et adaptées. Il faut qu'elles soient centrées sur les besoins des patients, sur leurs envies, sur leurs rôles et sur leurs intérêts, car ce qui motive un individu n'en motivera pas forcément un autre (Trombly, 1995). Il est donc important d'évaluer et de réévaluer régulièrement leurs besoins et leurs envies en termes d'activités ainsi que leurs capacités.

Recommandation 2 : Mise en place d'un document écrit ou d'une brochure explicative du projet

Afin de faciliter les explications concernant le concept de l'EE, de la participation active des patients ainsi que leurs apports dans la réadaptation, un document écrit, sous forme de brochure par exemple, pourrait être à disposition des patients et de leur entourage. Il permettrait de mettre l'accent sur l'importance pour le patient de devenir actif dans le processus de réadaptation. Les informations concernant les séquelles et les déficits chez la population en neurologie pourraient également être expliqués dans ce document.

Recommandation 3 : Mise en place de formations initiales et continues

Comme mentionné précédemment, la formation du personnel médical (EE et participation active) et non médical (participation active) est primordiale dans un tel projet. Elle permet à tous de connaître le projet, ses possibilités et d'identifier le rôle que chacun joue dedans. De plus, elle fournit des pistes de réflexion afin d'identifier les sources de motivation des patients pour se rendre actif dans l'ensemble du processus de réadaptation. Puis, la formation continue constitue un pilier afin que le projet ne s'essouffle pas et continue d'évoluer.

Recommandation 4 : Identification des personnes leaders et responsables de soutenir et maintenir le projet

Dans la littérature, il est mentionné qu'il est important et nécessaire d'identifier les personnes leaders qui porteront le projet, qui seront les personnes de référence et qui maintiendront la motivation de l'équipe. Dans un tel projet, il est important d'identifier un groupe de personnes leaders, car dans le travail de Bachelor I, il est expliqué qu'habituellement les personnes qui quittent l'établissement emportent leur projet (Perroud et al., 2020). Ceci permet de pallier ces départs tout en conservant le projet.

Recommandation 5 : Mise en place des deux formes d'EE ; le communautaire et l'individuel

Lorsque les besoins et les intérêts des patients sont identifiés, plusieurs possibilités concernant l'EE sont envisageables : l'EE communautaire, l'EE individuel ou les deux. Le premier consiste à aménager l'espace commun afin d'offrir des possibilités d'activités diverses et de multiplier les occasions de socialisation. Le second a pour but de rendre actif le patient dans son environnement personnel, soit dans sa chambre. Cependant, mettre en place les deux environnements rend le projet plus complet. De plus, ceci offre la possibilité aux patients ne pouvant ou ne souhaitant pas accéder à l'EE communautaire de tout de même s'engager dans des activités significatives en dehors des thérapies.

Recommandation 6 : L'EE doit être accessible et adaptable au maximum de personnes

La littérature sur l'EE appuie ce fait en mettant en avant qu'il faut faire attention lors de la conception d'un tel projet à rendre l'environnement accessible pour le maximum de personnes (White et al. 2015). Ceci signifie que même les personnes ayant peu de mobilité doivent être en mesure de réaliser une partie des activités proposées, avec adaptations si nécessaire.

Recommandation 7 : Intégration de l'entourage à l'EE

Dans la littérature, il est mentionné que l'intégration de la famille à l'EE donne l'opportunité de voir où se trouvent les difficultés du membre de la famille (Rosbergen et al., 2017a) et de prendre conscience d'éventuels obstacles que le patient aura à franchir à domicile. Ensuite, grâce à l'intégration de l'entourage à l'EE, celui-ci ainsi que le patient s'investissent plus dans le processus de rétablissement et ils sont alors moins focalisés sur les déficits (Rosbergen et al., 2017a).

Recommandation 8 : Validation interdisciplinaire et réalisation d'un contrat afin d'accéder à l'EE et à la participation active des patients

L'accès à l'EE et à l'intégration des patients dans les secteurs doit être approuvé par l'équipe interdisciplinaire, y compris le personnel non médical pour la participation active des patients ainsi que les responsables de secteurs. Ceci permet aux patients d'être correctement encadrés et aux encadrants de savoir ce que les patients peuvent faire. De plus, il pourrait être intéressant, dans certains cas, d'établir un contrat entre l'équipe interdisciplinaire et le patient afin que l'intégration à l'EE et à la participation active se déroule dans les meilleures conditions. Ceci permet d'explicitier de manière formelle les règles d'utilisation de ces deux concepts.

Recommandation 9 : Introduction guidée du patient à l'EE

Il est important que le patient soit accompagné par un ergothérapeute lorsqu'il s'expose pour la première fois à l'EE. En effet, l'ergothérapie est une profession centrée sur les occupations et qui vise l'indépendance et l'autonomie dans la vie quotidienne. Ces thérapeutes sont les plus à même à endosser cette responsabilité et introduire ce concept auprès des patients. L'objectif est également de présenter l'environnement et son matériel, puis de laisser les patients explorer les activités qui lui plaisent et qui ont du sens pour eux. Ces premières approches sont cruciales pour stimuler la prise d'initiative et donner envie aux patients d'y revenir d'eux-mêmes sans accompagnement thérapeutique.

Recommandation 10 : Intégration des patients dans divers secteurs de l'établissement

La participation active des patients à la vie de l'établissement crée des opportunités d'échanges, augmente la motivation et l'indépendance de ces derniers dans les AIVQ. De plus, effectuer des activités avec et pour autrui favorise le sentiment d'appartenance et par la même occasion le bien-être (Hammell, 2012). La participation active apporte donc davantage d'opportunités de favoriser le bien-être des patients par le biais des interactions sociales qu'elle génère (Hammell, 2012). Les activités proposées doivent pouvoir s'adapter au maximum de patients, qu'importe leurs déficits afin que chacun puisse réaliser des activités

attrayantes (Haymoz et al., 2021). Tout comme l'EE, le patient doit être accompagné par un ergothérapeute lorsqu'il commence l'intégration dans un secteur. Ceci dans le but que le professionnel évalue si le patient a les compétences nécessaires pour participer aux activités proposées et s'assurer que l'encadrement est optimal pour répondre aux objectifs spécifiques du patient.

6. CONCLUSION

Ce travail vise à établir des recommandations afin de mettre en place un EE et une participation active des patients sur la base de la littérature, des besoins des professionnels et des patients du CTR initialement à l'étude et de l'expérience des ergothérapeutes ayant déjà adopté une pratique favorisant l'engagement et l'équilibre occupationnel des patients.

La revue de littérature met en évidence que l'EE est une pratique innovante qui participe grandement au rétablissement des patients et qui leur offre de nouvelles opportunités de se rendre actif et de s'investir dans des activités qui ont du sens pour eux. Les occupations significatives jouent un rôle important dans le maintien de la santé et du bien-être et aident les patients à se mettre en action.

Les résultats de ce travail démontrent que la motivation des patients à prendre une part active à leur réadaptation dépend de plusieurs facteurs en lien avec le profil du patient. Puis, les professionnels des établissements interrogés ont déjà mis en place les prémices d'un EE, en laissant un certain nombre de possibilités occupationnelles en dehors des thérapies. Certains lieux sont également sur la voie de la participation active des patients, car ils les incluent à certaines tâches de l'établissement. Ensuite, la recension des écrits et les professionnels interviewés s'accordent pour dire que l'entourage est perçu comme une ressource et une source de motivation. Après, la littérature ainsi qu'un des professionnels interviewés mettent en lumière la nécessité de former le personnel et de mettre en place des formations continues. Puis, pour faire fructifier un tel projet, l'identification des personnes leaders est incontournable. Pour finir, l'un des professionnels et la littérature avancent que la mise en place d'un projet comme celui-ci n'est pas très coûteuse au niveau du matériel sans faire mention du coût que représenterait la formation du personnel.

Pour qu'un tel projet fonctionne sur le long terme, il est important que les activités proposées soient significatives pour les patients afin de les stimuler pour qu'ils se rendent actifs en dehors de thérapies. De plus, il est essentiel que les activités et l'environnement, dans la mesure du possible, soient accessibles. Pour finir, il est nécessaire que l'ensemble de l'équipe médicale soit formée aux deux approches et que le personnel non médical soit formé essentiellement à la participation active, dans laquelle il joue un rôle central. Cela afin que les patients bénéficient du meilleur encadrement possible dans leur réadaptation et que le projet ne s'essouffle pas.

Ce travail de Bachelor promeut la profession d'ergothérapeute en améliorant une pratique occupationnelle, encore méconnue des autres professions de la santé. De plus, il met en avant que l'EE et la participation active du patient peut apporter une plus-value à la

réadaptation en neurologie subaiguë spécifique aux personnes ayant subi un AVC en comparaison à l'approche classique. Cependant, de plus amples études doivent être réalisées pour attester de l'efficacité des deux concepts étudiés dans ce document à d'autres problématiques neurologiques. Bien que les entretiens aient été réalisés avec des lieux de pratique traitant diverses affections en neurologie, les données récoltées concernant l'EE traitent uniquement de la population post-AVC.

Ce travail apporte des réponses détaillées aux questions de recherche et démontre les bienfaits de ces deux concepts. Cependant, il subsiste quelques questions. La première interrogation touche au système tarifaire : est-ce que les heures passées dans l'EE et durant la participation active peuvent être comptabilisées dans le minutage imposé par les ST Reha ?

La deuxième question concerne les aspects légaux qui devront être investigués par les établissements avant la mise en place du projet : en effet, quelles sont les dispositions qui peuvent être prises en lien avec les règlements de l'établissement ?

Finalement, tous les lieux qui souhaitent mettre en place ce projet se doivent d'investiguer ces interrogations afin de mettre en place ces deux approches en respectant le cadre légal, assurantiel et le règlement interne de l'établissement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2016). *Code de déontologie*.
<https://caot.ca/site/pt/codeofethics?nav=sidebar>
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (3e éd.). *American Journal of Occupational Therapy* 68 (Suppl. 1), S1-S48. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Annoni, J.-M., & Colombo, F. (2011) *Troubles cognitifs et comportementaux après lésions cérébrale : impact sur la reprise professionnelle*.
https://www.revmed.ch/view/512116/4192667/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2011-17s_sa03_art03.pdf
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.M., Imbert, P. & Letrilliart, L. (2008). *Introduction à la recherche qualitative*. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
- Bigelius, U., Eklund, M., & Erlandsson, L. K. (2010). The value and meaning of an instrumental occupation performed in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 4-9. <https://doi.org/10.3109/11038120802714880>
- Bossy, R. & Rapin, P.-A. (2011). *Quel itinéraire de neuroréhabilitation pour les patients victimes d'un AVC ou d'un TCC ?* <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-293/Quel-itineriare-de-neurorehabilitation-pour-les-patients-victimes-d-un-AVC-ou-d-un-TCC>
- Christiansen, C. H. & Matuska, C. M. (2006). Lifestyle Balance: A Review of Concepts and Research. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 49-61, [doi: 10.1080/14427591.2006.9686570](https://doi.org/10.1080/14427591.2006.9686570)
- Clarke, C., Stack, C., & Martin, M. (2017). Lack of meaningful activity on acute physical hospital wards: Older people's experiences. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 15–23. Doi : <https://doi.org/10.1177/0308022617735047>
- Corbière, M., & Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2e éd.). Presses de l'Université du Québec.

- Curtin, M., Egan, M., & Adams J. (Eds.) (2017). *Occupational therapy for people experiencing illness, injury or impairment: Promoting activité and participation*. (7th ed.) United Kingdom: Elsevier.
- De Groot, M. H., Phillips, S. J. & Eskes, G. A. (2003). Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: implications for stroke rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84(11), 1714-1720. [https://doi.org/10.1053/S0003-9993\(03\)00346-0](https://doi.org/10.1053/S0003-9993(03)00346-0)
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificit  en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Eklund, M., Orban, K., Argentzell, E., Bejerholm, U., Tj rnstrand, C., Erlandsson, L. K. & Håkansson, C. (2017). The linkage between patterns of daily activités and Occupational balance : Applications within Occupational science and Occupational therapy practice. *Scandinavian journal of Occupational therapy*, 24(1), 41-56. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1224271>
- Fleming, J. M., Doig, E. & Katz, N. (2000). Beyond Dressing and Driving: Using Activité to Facilitate Community Integration in Neurorehabilitation. *Brain Impairment*, 1(02), 141–150. <https://doi.org/10.1375/brim.1.2.141>
- Gustafsson, L. & Bootle, K. (2013). Client and carer experience of transition home from inpatient stroke rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 35(16), 1380-1386. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.740134>
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305 <https://doi.org/10.1177/000841740407100509>
- Hammell, K. W. (2009). Self-Care, Productivity, and Leisure, or Dimensions of Occupational Experience? Rethinking Occupational “Categories.” *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 107–114. <https://doi.org/10.1177/000841740907600208>
- Hammell, K. R. W., & Iwama, M. K. (2012). Well-being and Occupational rights: An imperative for critical Occupational therapy. *Scandinavian journal of Occupational therapy*, 19(5), 385- 394. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.611821>

- Haymoz, L., Monney, M., & Schafer, N. (2021). *Favoriser l'engagement et l'équilibre occupationnel en centre de traitement et de réadaptation (CTR) – Tome II / Le point de vue des patients concernant la mise en place d'un environnement enrichi favorisant la participation*. [Travail de Bachelor non publié]. Haute école de travail social et de la santé Lausanne.
- Hebert, D., Lindsay, M. P., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P. G., Bagg, S., ... & Glasser, E. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(4), 459-484. <https://doi.org/10.1177/1747493016643553>
- Janssen, H., Ada, L., Bernhardt, J., McElduff, P., Pollack, M., Nilsson, M., & Spratt, N. J. (2014). An enriched environment increases activity in stroke patients undergoing rehabilitation in a mixed rehabilitation unit: a pilot non-randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation, an international multidisciplinary journal*, 36(3), 255-262. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.788218>
- Khan, F., Amatya, B., Elmalik, A., Lowe, M., Ng, L., Reid, I., & Galea, M. P. (2016). An enriched environmental program during inpatient neuro-rehabilitation: A randomized controlled trial. *Journal of rehabilitation medicine*, 48(5), 417-425. [Doi : 10.2340/16501977-2081](https://doi.org/10.2340/16501977-2081)
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 3(4), 67-82. [doi:10.3917/rpve.534.0067](https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067)
- Kristensen, H. K., Persson, D., Nygren, C., Boll, M., & Matzen, P. (2011). Evaluation of evidence within Occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian journal of Occupational therapy*, 18(1), 11-25. <https://doi.org/10.3109/11038120903563785>
- Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)
- Law, M., Steinweinder, S., & Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 81-91. <https://doi.org/10.1177/000841749806500204>
- Lou, M.-F., Tsai, P.-C., Yip, P.-K., & Tai, J. J. (2015). Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patients Preference and Adherence*, 9, 449-457. [doi: 10.2147/PPA.S77713](https://doi.org/10.2147/PPA.S77713)

- Lund, A., Mangset, M., Wyller, T. B. & Sveen, U. (2015). Occupational Transaction after Stroke Constructed as Threat and Balance. *Journal of Occupational Science*, 22(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.770363>
- McDonald, M, H., Hayward, K, S., Rosbergen, I, C, M., Jeffers, M. S., & Corbett, D. (2018). Is Environmental Enrichment Ready for Clinical Application in Human Post-stroke Rehabilitation. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12(135), 1-16. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00135>
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Haute École de travail social et de la santé.
- Meyer, S. (2020). *L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation*. *Ergothérapies*, 77, 37-44.
- Oestreicher, C., Pisaturo, M., Hausser, J., Bill, O., Toledo Sotomayor, G. & Niederhauser, J. (2017). Creation d'une « stroke unit » dans un hôpital de zone : une optimisation de la prise en charge des patients AVC. *Revue médicale Suisse*, 13, 1518-1521. <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-573/Creation-d-une-stroke-unit-dans-un-hopitalde-zone-une-optimisation-de-la-prise-en-charge-des-patients-AVC>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). *Constitution*. <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
- Park, J. (2019). Dual Task Training Effects on Upper Extremity Functions and Performance of Daily Activities of Chronic Stroke Patients. *Osong public health and research perspectives*, 10(1), 2. Doi : [10.24171/j.phrp.2019.10.1.02](https://doi.org/10.24171/j.phrp.2019.10.1.02)
- Perroud, C., Pittet, E., & Turrini, L. (2020). *Favoriser l'engagement et l'équilibre occupation au centre de traitement de réadaptation* [Travail de Bachelor non publié]. Haute école de travail social et de la santé Lausanne.
- Purcell, S., Scott, P., Gustafsson, L., & Molineux, M. (2019). Stroke survivors' experiences of occupation in hospital-based stroke rehabilitation: a qualitative exploration. *Disability and Rehabilitation*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1542460>
- Roberts, P., Robinson, M., Furniss, J. & Metzler, C. (2020). Occupational Therapy's Value in Provision of Quality Care to Prevent Readmissions. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(3), <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.743002>

- Rosbergen, I. C., Brauer, S. G., Fitzhenry, S., Grimley, R. S., & Hayward, K. S. (2017). Qualitative investigation of the perceptions and experiences of nursing and allied health professionals involved in the implementation of an enriched environment in an Australian acute stroke unit. *BMJ open*, 7(12), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018226>
- Rosbergen, I. C., Grimley R. S., Hayward, K. S., Walker, K. C., Rowley, D., Campbell, A. M., McGufficke, S., Robertson, S. T., Trinder, J., Janssen, H., & Brauer, S. G. (2017). Embedding an enriched environment in an acute stroke unit increases activity in people with stroke: a controlled before-after pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 31(11), 1516-1528. <https://doi.org/10.1177/0269215517705181>
- Teasell, R. & Hussein N. (2018). Background Concepts in Stroke Rehabilitation. In *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR)*. <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH3-NET.pdf>
- Tétreault, S. & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Townsend, E. & Wilcock, A. (2014). Occupational Justice and Client-Centered Practice: A dialogue in Process. In R, Fleming-Castaldy (Ed.), *Perspective for Activité-Based Practice: Foundation and Future of Occupational Therapy* (3e éd.). (pp. 391-398). Bethesda: American Occupational Therapy Association, Inc. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- Trombly, C. A. (1995). Occupation: Purposefulness and Meaningfulness as Therapeutic Mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 960-972. [doi: 10.5014/ajot.49.10.960](https://doi.org/10.5014/ajot.49.10.960)
- Van der Smagt-Duijnste, M. E., Hamers, J. P. H., Abu-Saad, H. H., & Zuidhof, A. (2001). Relatives of hospitalized stroke patients: their needs for information, counselling and accessibility. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 307-315. [doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01666.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01666.x)
- Wagman, P., Håkansson, C. & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in Occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

- Wagman, P., Håkansson, C. & Jonsson, H. (2015). Occupational balance: A scoping review of current research and identified knowledge gaps. *Journal of Occupational Science*, 22(2), 160-169. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.986512>
- White J. H., Alborough, K., Janssen, H., Spratt, N., Jordan, L., & Pollack, M. (2013). Exploring staff experience of an “enriched environment” within stroke rehabilitation: a qualitative sub-study. *Disability and Rehabilitation, an international multidisciplinary journal*, 36(21), 1783-1789. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.872200>
- White, J. H., Bartley, E., Janssen, H., Jordan, L. A., & Spratt, N. (2015). Exploring stroke survivor experience of participation in an enriched environment: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation, an international multidisciplinary journal*, 37(7), 593-600. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.935876>
- Yazdani, F., Harb, A., Rassafiani, M., Nobakht, L. & Yazdani, N. (2017). Occupational therapists' perception of the concept of occupational balance. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(4), 288-297. [doi: 10.1080/11038128.2017.1325934](https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1325934)

ANNEXES

I. TABLEAU RÉCAPITULATIF DES TB I ET II

Mise en commun – Ressources / limites TBI + TBII

TBI + TBII

TBI (professionnels)

TBII (patients)

Catégories	Limites	Ressources	Piste
Infrastructures de l'hôpital	Jardins (thérapeutique / du CTR)		
	<p>p.45+54 : manque de possibilité de faire davantage de jardins : « il aurait apprécié avoir l'occasion de le faire plus souvent, car cela l'aurait motivé »</p>	<p>p.45 : présence d'un jardin thérapeutique et possibilité d'y accéder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es therap • Quelle d'hygi • lois/n • Quels appon • Pour • Quels therap • Duran • Indivie • Possi • (Obj • Est-ce therap • therap • Quelle s'en c • Que s
	Piscine		
	<p>p.53 : peu de libre accès ou accès limité à la piscine selon les indications</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es therap • Quelle d'hygi • lois/n • Quels appon • Pour • Quels therap • Quels therap • Duran • Indivie • Possi • (Obj • Quels dispo

			<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es comm perso • Quelle seul ? • Que s
	Fitness		
	p.48 : fitness peu exploité et fermé le week-end	p.48 : présence d'une salle de fitness	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle d'hygi lois/n • Quels appon • Pour • Quels thérap • Duran • Individ • Possi (Obj • Quels • Qu'es comm perso • Quelle seul ? • Que s
	Autres infrastructures		
p.56 : sous-utilisation des infrastructures disponibles (salle communautaire, fitness)	p.52 : présence : - atelier bois - grand terrain autour du CTR -Salle de bain de simulation	Atelier b <ul style="list-style-type: none"> • Quelle d'hygi lois/n • Quels appon • Pour • Quels thérap • Duran • Individ • Possi (Obj • Quels • Qu'es matér perso • Quelle seul ? • Qui a • Que s 	
			Grand ter

			<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce l'hôpital • Dans • Sous médecine cognitive • Est-ce communautaire restauration • Que s <p>Salle de b</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle d'hygiène lois/normes • Pour • Quelle thérapie • Que s
<p>Zones d'échange socialisation /</p>	<p align="center">Salle communautaire</p> <p>p.55 : salles communautaires sont peu accueillantes</p> <p>p.48+60 : pas de salle à disposition sur l'étage pour prendre des repas en commun</p> <p>p.48+60 : pas ou peu d'informations au sujet de la salle commune → découverte par un patient à la fin du séjour</p> <p>p.48+49+59 : peu d'espace offrant des opportunités d'échanges avec les autres patients. Les zones des rencontres cités sont : les ascenseurs, les locaux de thérapies, la chambre du patient et l'entrée du bâtiment pour les fumeurs : « <i>cependant, un autre participant explique que [les fumeurs], on n'avait pas le droit d'avoir une table devant l'hôpital</i> »</p>	<p>p.48 +60 : existence d'une salle commune</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es • Existe • patientes, • Communautaire actuelle matériel • Est-ce « découverte l'établissement • Est-ce des choses existantes • Est-ce accès • Communautaire quelle • Est-ce universelle salle ? • Que p stimuler ces s • Est-ce communautaire dans • Est-ce des p • Communautaire

			<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es d'acc • Est-ce peuv • d'écha • Quels d'activ • psych • Comm • Comm • popul • les po • sur l'E • Comm • protég • éthiqu
	Repas en commun		
	<p>p.46+59 : possibilité de prendre des repas en commun, mais peu mis en avant par les professionnels. Ceux-ci sont possibles le soir, mais pas à midi</p> <p>p.47 : les opportunités d'échanges lors des repas sont plutôt moindres</p>	<p>p.46 : possibilité de dresser une table dans le couloir pour la prise des repas en commun</p> <p>p.48+49 : souhait d'avoir la possibilité de pouvoir partager des repas avec l'entourage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce du pe • Comm • comm • Est-ce prend • indivi • Est-ce partic • (table • Où se table • Pour comm • Avant repas • Quelle d'hygi • lois/no comm • Est-ce avec • cafété • condi • l'avan • pour c
Interactions sociales			

	<p>p.48 : les opportunités d'échanger avec d'autres patients ayant eu ou non un AVC sont décrites comme faibles par tous</p>	<p>p.66 : importance des interactions sociales et de la participation en CTR</p> <p>p.48+61 : le soutien entre patients fait du bien : « ça fait du bien de pouvoir papoter et se soutenir l'un et l'autre. On est tous dans la même galère »</p> <p>p.48 : les progrès effectués par un patient sont remarqués par les autres patients. Ils s'encouragent mutuellement et passent d'agréables moments de détente</p> <p>p.49 : patients favorables à la mise à disposition d'une pièce permettant de se retrouver et d'échanger</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce niveau fait p • En qu impor AVC ?
	Bâtiment / situation géographique		
		<p>p.51 : proximité de la ville</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comn patient régler • Est-ce être p lieux s
	<p>p.55 : concept architectural et décoratif. Des directives sont à rester pour favoriser l'harmonie et l'esthétisme.</p> <p>p.55 : disposition de certaines salles est à revoir selon certains professionnels</p>	<p>p.51 : bâtiment neuf et esthétique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce « déco de l'é • Est-ce univer • Est-ce être fa • Qu'es actue • Qu'es patient • Quelle pourra • Quelle modif docur
<p>p.51 : chambres individuelles ou doubles</p>	<p>p.51 : chambres individuelles ou doubles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle Privé perso • Quels patient • Y a-t- patient langu 	

	<p>p.52+48 : bilinguisme du CTR. Langue maternelle différente au sein d'une même chambre</p>	<p>p.52 : bilinguisme du CTR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qui s'... • les ch... • Quelle perso... • Comm... • entre... • même... • Est-ce d'écha... • une la... • dans... • Y a-t-... • cham... • comm... • aphas...
<p>AVQs / AIVQs / RAD / RAT</p>	<p>AVQs/AIVQs</p>		
		<p>p.45 : les soins personnels réalisés par les soignants font parties de la réadaptation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle au se... • en co... • égale...
		<p>p.51 : questionnaire autour de la conduite auto pour deux patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce inform... • condu... • Que f... • patien... • Qui é... • Quan... • autom... • patien... • Selon... • Qui tr... • condu... • patien... • maniè... • Ce qu... • qui, à... • Quelle... • pour p... • circula... • médic...
	<p>p.62 : AVQs et AIVQs ne sont pas suffisamment répétées et entraînées</p> <p>p.44 : AIVQs entraînées (lessive) pas toujours significatives pour les patients</p>	<p>p.44+51+52 : nombreuses séances de thérapie en lien avec les activités pratiquées à domicile (marche, tâches ménagères, cuisine et jardinage)</p> <p>p.44 : possibilité de faire la lessive seul</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels entraîn... • Est-ce les pa... • Comb... • duran... • Avec... • À que... • ils acc... • repas...

			<ul style="list-style-type: none"> • Quant • quelle • Les in • ouver • condi • Quelle • d'hygi • lois/n
	<p>p.45 : possibilité d'avoir accès à la cuisine thérapeutique uniquement sur demande</p> <p>p.45 : un seul patient a pu bénéficier de la cuisine en séance individuelle</p>	<p>p.45 : possibilité d'avoir accès à la cuisine thérapeutique</p> <p>p.45 : possibilité de réaliser un menu complet en séance individuelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es • Quelle • d'hygi • lois/n • Quels • appor • Pour r • Quels • thérap • Quels • activit • Pour r • Est-ce • comm • REHA • Possi • fréque • Que s
	RAD		
		<p>p.51+52 : un des participants émet qu'il est content de prolonger son séjour pour récupérer le maximum pour son RAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle • dema • Est-ce • dema • À qui • Quelle • prolon • Comb
		<p>p.52 : les patients se disent être suffisamment préparés pour leur RAD sachant qu'au moins un des proches sera présent</p> <p>p.51 : Le RAD est préparé en pluridisciplinaire</p> <p>p.52 : présence d'au moins un des proches au moment du RAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels • l'hôpit • qui pr • Quelle • évalu • Qui co • son e • Comn • les th • Est-ce • la pré • Est-ce • suivi ? • transr • Y a-t- • séjou

			<ul style="list-style-type: none"> • Qui d • Est-ce • 48h a
	p.52 : difficultés pour la reprise de certaines AIVQs une fois à domicile		<ul style="list-style-type: none"> • Quel • famille • Qui in • la ma
	p.51 : difficultés de généralisation des acquis au milieu écologique : « on nous apprend à s'habiller, à attacher nos chaussures à la one again, voilà c'est bien joli, mais au final quand on est tout seul à la maison, c'est encore mon mari qui m'aide à m'habiller ».		<ul style="list-style-type: none"> • Quels • CTR ? • Comm • quel e • Quels • meille
	RAT		
	<p>p.46 : question soulevée par les professionnels, mais considérée, par les patients, comme une perspective trop lointaine</p> <p>p.66 : peu d'activités en lien avec la réinsertion professionnelle sont proposées</p> <p>p.62 : RAT peut investiguer au CTR</p>	<p>p.66 : mise en avant de la réinsertion professionnelle</p> <p>p.51 : questionnement autour de la reprise professionnelle pour deux patients</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce • au CT • Est-ce • RAT ? • A que • AVC, • réinse • Quelle • aux p • profes • Quelle • propo • profes • Quelle • Identi • l'établ • Quels • pourr • patien • arrive • Y a-t- • post A
Thérapies / plannings	Planning / thérapies individuelles		
		<p>p.45+42+50 : temps de repos et d'accueillir des visiteurs les soirs et les week-ends : « [...], les participants sont alors satisfaits que les week-ends soient moins chargés en thérapies et donc, des moments plus propices au repos. Un participant explique que les week-ends lui permettent de « se régénérer un petit peu ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels • profes • Quels • garde • Comm • différe • Quelle • Quels • a pas • thérap

	<p>p.43+46 : pour certains patient les journées sont déjà bien remplies. « <i>A contrario, un participant en âge AI souligne que les journées étaient longues durant les quatre premières semaines au CTR : « au début, c'était très long, il y avait très peu de thérapies ». De plus, il exprime également avoir dit au médecin : « moi, je veux avoir des thérapies, je veux que mon planning soit plein, je ne suis pas là pour être en vacances donc il faut y aller ». Néanmoins, il émet l'hypothèse que cela était peut-être dû à de nombreux jours fériés et week-ends qui peuvent avoir ralenti le rythme de son traitement. Par la suite, ses demandes ont été prises en compte, car le nombre de thérapies journalières a été augmenté : « à la fin, j'en avais sept par jour » soulève ce dernier.</i></p> <p>p.46 : « <i>Pendant les quatre [premiers] jours, ils n'ont rien fait, j'avais l'impression de perdre du temps, c'était très très long. Au tout début, il y avait une fois la physio et une fois l'ergo par jour ».</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> • Quelle requis • Qu'es travail • Quelle rapide • patient fonction • Pour week-intérê
	<p>p.45 : les repas sont à heures régulières</p> <p>p.47 : les moments de repas sont stressants si le patient a besoin d'une pause avant de reprendre les thérapies de l'après-midi</p> <p>p.59+43 : il n'y a qu'une heure de pause à midi : « <i>D'autre part, les personnes interrogées déclarent qu'il y a rarement des temps de pause entre les différentes séances. »</i></p>	<p>p.45 : les repas sont à heures régulières</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans pourr
	<p>p.43 : thérapies intensives « <i>Cependant, deux participants expriment qu'il y avait beaucoup de séances dès le début du séjour, mais disent qu'ils s'y sont</i></p>	<p>p.43 : thérapies intensives → moins d'ennui : « <i>Cependant, deux participants expriment qu'il y avait beaucoup de séances dès le début du séjour, mais disent</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans d'élar • Quelle horair

	<p><i>habitués au fil du temps. L'un d'eux cite : « au début c'était un peu dur, mais après ça allait, on s'habitue ».</i></p> <p>p.50 : patients ayant demandé des adaptations de planning afin d'avoir du temps de pause entre les thérapies</p>	<p><i>qu'ils s'y sont habitués au fil du temps. L'un d'eux cite : « au début c'était un peu dur, mais après ça allait, on s'habitue ».</i></p> <p>p.43 : possibilité d'adapter le planning et flexibilité des horaires</p> <p>p.47 : planning précis de la semaine (heure et lieu des thérapies)</p> <p>p.45 : le temps de thérapie est de 45 minutes entre 3 et 5 fois par jour</p> <p>p.42 : organisation de la journée variable en fonction du niveau d'indépendance et d'autonomie</p> <p>p.60+42+43 : temps libre : « par ailleurs, tous rapportent qu'après les diverses séances de rééducation de l'après-midi, ils ont du temps à disposition pour se reposer et/ou effectuer des activités de leur choix »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qui p • Comn • Quels plann • Est-il en co • charg (temp • Quel thérap • Comn thérap • Quels en réa • de thé • Est-ce partic
	<p>p.42 : aucune thérapie les week-ends</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pour week- • Est-ce spécif • Y a-t-maxim • en réa • fériés
	<p>p.51+54+61 : rigidité/peu de flexibilité des horaires des professionnels et des thérapeutes</p> <p>p.59+42 : les routines hospitalières des professionnels influencent le rythme des patients</p>	<p>p.42 : les routines hospitalières des professionnels influencent le rythme des patients : Soins-thérapies-repas-repos-thérapies puis temps libre à partir de 17h30 / 18h : souper / temps libre</p> <p>p.45 : certains patients font spontanément des activités en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es travail • Est-il besoin • Existe philos • Quels patient

	<p>p.48 : le temps que les patients passent en chambre soit sans interaction, soit assis</p>	<p>dehors des thérapies (lire, regarder la télévision, tricoter, téléphoner aux proches, fumer et soins personnels)</p>	
	<p>Thérapies de groupe</p>		
	<p>p.44 : tous les patients ont assisté au moins une fois à un groupe cuisine durant leur séjour</p> <p>p.44 : manque d'opportunités de participer au groupe cuisine</p>	<p>p.46 : des thérapies en groupe sont mises en place</p> <p>p.44 : tous les patients ont assisté au moins une fois à un groupe cuisine durant leur séjour</p> <p>p.44 : existence d'un groupe de marche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle respe • Quels patien • À que thérap • Pour • Pour • Com • en gro • Quelle autre • Quelle thérap • Y a-t-unique • Le pa non ?
	<p>p.46+51+59+60 : co-thérapies</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es • Quels une c • Pour • Quels co-thé • Quelle • Com • Quan comp • REHA thérap 	
<p>Caractéristiques personnelles des patients</p>	<p>p.52 +54+55 : profil du patient : selon le degré de gravité de l'AVC et de ses déficits fonctionnels</p>	<p>p.52 +54+55 : profil du patient : selon le degré de gravité de l'AVC et de ses déficits fonctionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels réalis • tranch • Quelle impac • Est-ce quest • Com • prises traiter • propo fonction • Avec
	<p>p.47+61 : occupationnel</p>	<p>équilibre partiellement</p>	

	atteint selon les patients et leur problématique p.50 : capacités physiques et mentales des patients		
		p.50 : capacités physiques et mentales des patients	
	p.46+50 : fatigue : « <i>c'est plus peut-être une fatigue du cerveau un peu parce que voilà c'est pas une fatigue qui est tellement physique ... c'est plus une fatigue [...] psychique.</i> » Un autre décrit que cette FPA s'ajoute tout de même à une fatigue physique présente suite aux nombreuses thérapies p.50 : causes de fatigue citées par un des patients : « <i>nombre de thérapie, déplacements en FR, participation à des thérapies de groupe, moment où le nombre important de distractions lui demande plus de concentration et d'énergie</i> » p.50 : deux participants affirment que cette fatigue est toujours présente, même à domicile	p.50 : les patients développent des stratégies de gestion de la fatigue et de leur emploi du temps	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle entrep la FPA ? • Les p FPA ?
	p.48 +43 : âge du patient	p.48 +43 : âge du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle patient sein c • Quels réalis tranch
	p.53+44 : motivation	p.53+44 : motivation	<ul style="list-style-type: none"> • Quels une p récup
	p.43 : genre	p.43 : genre	<ul style="list-style-type: none"> • Quel
		p.43 : les patients sont satisfaits de leur séjour, car il répond à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Quels évoqu • Est-ce quest ajuste
	p.44 : préférences des patients : « <i>Un patient dit avoir eu l'opportunité de participer à un groupe de marche, mais ce n'était pas un souhait et préférerait les séances individuelles</i> »		<ul style="list-style-type: none"> • Quels group • Quels • Est-ce

	<p>p.52 : sens des activités pour le patient</p> <p>p.52 : « un patient dit préférer réaliser des exercices de type biomécanique »</p>	<p>p.52 : sens des activités pour le patient</p> <p>p.52 : « un patient exprime ne porter aucun intérêt aux exercices biomécaniques »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle une re
Caractéristiques personnelles des professionnels		p.52 : solidarité et esprit d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Quels cohés
	p.56 : trop de maternage de la part des soignants auprès des patients		
		<p>p.46 : tous les patients se sentent soutenus et entendus par l'équipe interdisciplinaire</p> <p>p.43+49+60 : le personnel médical est considéré comme empathique</p> <p>p.49 : bonne reconnaissance de la fatigue et du besoin de repos de la part du personnel soignant</p>	
Entourage	Importance		
		<p>p.51+43+51 : familles identifiées comme une ressource par certains professionnels : « j'avais de la chance d'avoir mon mari et mon fils qui étaient là tous les après-midis, mais je pense que pour ceux qui sont seuls, ça doit être long ». « J'ai eu beaucoup de chance d'avoir mon mari, je pense que s'il avait pas été là, j'aurais pas pu rentrer, vraiment »</p>	
		<p>p.63 : présences des familles lors des thérapies en encourageante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle thérapie peuve • Selon • À que • Quels pour l • Est-ce proch • Comb à la th • Quelle d'hygi lois/n • Qu'en (restr

		<p>p.47 : Une personne souligne également que les congés au domicile sont non seulement utiles pour les participants, mais également pour l'entourage, afin qu'ils soient également conscients du besoin d'aide et de la charge de travail que le participant représentera lors du retour à domicile</p>	
	Inclusion dans le processus de réadaptation		
	<p>p.45+47+58 : les possibilités d'inclusion des proches sont peu utilisées</p> <p>p.63 : investissement des familles plus ou moins variable</p>	<p>p.45 : l'observation et la participation aux thérapies sont proposées aux familles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Com... CTR 1 • Quelle... d'hygi... lois/n... • Quelle... thérap... peuve... • Selon... • À que... • Y a-t-... partic... est ex... • Qui d... proch... • Com... aux p... avec ... • Qui in... de pa... • Com... l'entor... etc.) ? • À que... devier... • L'ent... une jo... • Est-ce... proch...

	<p>p.47 : les réunions en présence de la famille sont uniquement sur demande : <i>« Il aurait apprécié que son entourage prenne plus souvent part aux colloques patient-médecin »</i></p> <p>p.53+59 : horaires des colloques de familles le matin : <i>« Un participant explique que les colloques ont lieu le matin et que son entourage n'était pas présent ».</i></p>	<p>p.45+60+47 : colloque de familles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels colloques ? • Comment par qui ? • Comp de la
<p>Communication</p>	<p>Professionnels envers les patients</p>		
	<p>p.56 : mauvaise communication et manque de stimulation envers les patients pour l'utilisation des infrastructures</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce lieux ?
	<p>p.46 : manque d'informations sur l'AVC et ses causes : <i>« un participant n'a pas eu suffisamment d'information et qu'actuellement, il se demande toujours s'il est responsable de son AVC ».</i> <i>« J'aimerais savoir pourquoi c'est arrivé, est-ce que c'est moi qui ai fait une faute ... ça je ne sais pas encore ».</i></p> <p>p.46 : <i>« trois participant ont quand même dû poser des questions afin d'obtenir plus d'informations »</i></p> <p>p.43 : Incompréhension d'un des patients en arrivant au CTR sur la raison pour laquelle il n'avait pas beaucoup de thérapies en début de prise en charge. D'autant plus que, lors de son hospitalisation en soins aigus, les professionnels lui ont expliqué <i>« qu'il faut aller très vite, qu'il y a que quelques mois pour récupérer et que les heures sont comptées ».</i> Pourtant le client a bénéficié de peu de thérapies au début de son séjour ce qui a généré du stress.</p>	<p>p.46 : <i>« trois participants expliquent avoir rapidement compris les informations données sur les diverses atteintes causées par l'AVC ».</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment patient ? • Qu'es au CT utilité ? • Quelles exist patient ? • Est-ce infras oui, p • Qui es des é ce qu • Quelles comm l'entor etc.) • Quelles comm profes • Est-ce pour é • Est-ce poser Quant • Par q elles a colloq • Y a-t- Suisse AVC/

	<p>p.46 : les thérapeutes du CTR devraient mettre moins de pression aux patients dès le début, en leur disant que le premier et le deuxième mois sont cruciaux, alors qu'ils ne sont pas en mesure de fournir aux patients le nombre de thérapies idéal. « <i>Ils mettent la pression</i> »</p>		
	Professionnels envers l'entourage		
	<p>p.53 : absence de communication avec l'entourage. « <i>Aucun patient ne mentionne l'inclusion de leur entourage lors des discussions concernant leur RAD avec les soignants et les médecins</i> »</p> <p>p.47+58 : manque d'information de la part du personnel soignant envers l'entourage. « <i>Les quatre participants déclarent que ce sont eux qui ont expliqué la plupart des informations sur leur AVC à leur entourage</i> »</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Si les inform • Est-ce transr • Qu'es l'entor • Qu'en
	Entre professionnels		
<p>p.56 : organisation, communication et collaboration semblent être problématiques pour certains entre les secteurs</p>	<p>p.60 : colloques interprofessionnels ainsi qu'une réunion d'entrée au début de l'hospitalisation</p>		
Droits et devoirs des patients et du personnel	Droits et devoirs des patients		
		<p>p.46 : le patient a le droit à maximum 2 séances de physiothérapie, 1 séance d'ergothérapie, 1 séance de logopédie et 1 séance de neuropsychologie tous les jours, sauf le week-end</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es • Est-ce • À quo • Quels • Quelle sur le • Y a-t-menti • autori
		<p>p.47+43+47+50 : possibilité de prendre un congé de 48 heures à domicile + questionnaire au retour</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle respe • Qui d • Quels congé

			<ul style="list-style-type: none"> • Pour • Quel • réada • Comb • duran • Pourc • congé • Quel • est-il • Où le • (cercl • etc.) • Qui es • Que s 	
		p.48+42+45 : possibilité de faire de exercices en dehors des temps de thérapies	<ul style="list-style-type: none"> • Quels • Pour • Quels 	
	p.45 : les patients ne peuvent pas sortir du périmètre du CTR non-accompagné	p.45 : droit de sortir en extérieur seul ou avec les visites	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es • Quelle • respe • Fréqu 	
		p.46 : possibilité de sortir en semaine pour aller au restaurant avec l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Quels • ce typ • Quelle • respe • À que • Pour • Fréqu 	
	Droits et devoirs du personnel soignant			
		p.46 : ergothérapeutes et logopédistes font plusieurs thérapies en contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es • conte • Quelle • d'hygi • lois/no • Quels • conte • Quel • réalis • Pour • Est-ce • ce typ 	
	p.52 : professionnels peu informés sur les possibilités d'effectuer des thérapies à l'extérieur		<ul style="list-style-type: none"> • Quelle • respe • Quels • Avec 	
	p.52 : obligation de se former	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle • entrep • réada • Quelle 		

			<ul style="list-style-type: none"> • Quel (cont) • Qu'es travail forma • Est-ce payée alloué perso • Qui a dans • Y a-t- forma
	Droits des patients et du personnel soignant		
		<p>p.46+52 : possibilité de faire des évaluations à domicile qui permettent d'identifier les facilitateurs et obstacles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels évalu • Comm PESA • Quelle EAD ? • Y a-t- d'une • Quel réalis
	<p>p.52+44 : possibilité de sortir durant les thérapies : « tous ont eu la possibilité de sortir en extérieur seul ou accompagné d'un thérapeute ou dans le cadre d'un groupe ou d'une thérapie »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle respe • Quels • Avec • Fréqu sortie • Est-ce autori • Que s patient 	
Hiérarchie	<p>p.55 : certains professionnels ne se sentent pas soutenus par la hiérarchie</p> <p>p.55 : hiérarchie stricte et échelonnée</p> <p>p.55 : les supérieurs ne sont pas suffisamment spécialisés dans les domaines spécifiques</p>	<p>p.51 : certains professionnels se sentent soutenus et écoutés par la hiérarchie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comm sein d • Vers c tourne • Est-ce représ • Quelle (Publi • Comb • Comm • Quels • Quel • Quelle • Quel • Son s • Doit-e

			<ul style="list-style-type: none"> • Doit-e minim • Perso projet
	p.55 : certaines décisions hiérarchiques ne correspondent pas aux besoins du terrain		<ul style="list-style-type: none"> • Comn prises • Est-ce et éco
Financement / budget	p.53 : séjours de plus en plus courts		<ul style="list-style-type: none"> • Quelle
	p.54 : précision sur les professionnels pour effectuer leur travail plus rapidement → manque de temps pour les professionnels d'effectuer les tâches quotidiennes		<ul style="list-style-type: none"> • p.53 : projet
	p.54 : restrictions budgétaires particulièrement pour les ressources humaines → manque d'effectif influençant le planning des patients		<ul style="list-style-type: none"> • Réalis
	p.54 : difficultés d'obtention de fonds pour un projet		<ul style="list-style-type: none"> • Quelle • Comn projet • Qui d mis e • Comb
	p.54 : attribution des budgets par secteurs		<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es • Comn budge • Comb • Comn budge • Existe chaque • Est-ce budge
Ethique	p.57 : vision classique de l'hôpital qui est remise en cause		<ul style="list-style-type: none"> • Quelle comp • Qu'en l'hôpit • Quelle • Quelle • Quelle neuro • Que c station • Quel soign • Comn

	p.57 : faire travailler les patients		<ul style="list-style-type: none"> • Quels chang • Quelle respe • Comn • et leu • Quels • Pour • Est-ce nous • patient
	p.46 : Un participant reproche au CTR de ne pas lui avoir fourni suffisamment d'informations sur les conséquences d'un AVC. « Selon lui, aucun professionnel de la santé du CTR ne lui a clairement fait comprendre qu'il ne pourrait pas tout récupérer et retrouver ses capacités telles qu'elles l'étaient avant son AVC ». Malgré cela, il est tout de même conscient que le personnel médical ne peut pas être trop direct afin de ne pas décourager certains patients		<ul style="list-style-type: none"> • Qui p • à don • et des • Comn • séque • déont • Est-ce être fr
Système de santé suisse	p.56+61 : contraintes DRG Réha à prendre en compte		<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es • Est-ce • À quo • Quels • Quelle • sur le
	p.56 : déclassement du patient en lit d'attente		<ul style="list-style-type: none"> • Qu'es • Qu'es • décla • Y a-t- • de lit • Quan • un pa • Quels • Qu'es • patient • Comn • Comn
	p.61 : thérapies au CTR en comparaison aux recommandations		<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce • « déro • les pa • Y a-t- • séjou • Qui d

			<ul style="list-style-type: none"> • Quelle une p
Projet	Questionnements / craintes		
	<p>p.53 : difficultés de mener des projets à terme</p> <p>p.53 : les professionnels qui démissionnent partent avec leur projet</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Quels s'adre • Pourc • Comrn
	<p>p.54 : limites réglementaires en lien avec l'hygiène et la sécurité (produits de nettoyage, contrôle d'hygiène, responsabilité du CTR, etc.)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Quels du CT • Quels • Qui es problé
	<p>p.54 : temps administratif nécessaire pour les projets : procédures et autorisations prennent du temps</p>		
	<p>p.55 : défi de trouver des personnes motivées et déterminées</p>	<p>p.56+58 : personnel motivé à s'engager dans ce projet, si soutien de la hiérarchie et financier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comrn le pro
	<p>p.57 : projet perçu comme utopiste par certains professionnels</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Quelle comp
	<p>p.53 : activités proposées doivent être adaptées à toutes les générations et catégories d'âge</p>	<p>p.53 : activités proposées doivent être adaptées à toutes les générations et catégories d'âge.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle impac • Qu'es fonction • Quelle • Quels réalis • tranch
	<p>p.53 : Risque d'être trop confrontant/fatiguant si le patient y participe en début de prise en charge</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Quels donne • projet • Quelle • Quan • ou en • Quelle des d • patien
<p>p.54 : pression de rendement. « L'un prend pour exemple la cuisine, et doute de la faisabilité de participer activement à la confection des repas. Cuisiner lui prend beaucoup de temps et cela le stresserait de devoir faire au plus vite »</p>			

	<p>p.54 : Un des patients se dit que : « <i>cela (projet) demanderait un nombre élevé de soignants pour accompagner les patients et cela encombrerait le personnel de cuisine ainsi que les locaux, pas forcément adaptés à accueillir autant de monde</i> »</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Or, le travail d'accompagnement des patients est un travail de soins et de soins de personnes. Or, le travail d'accompagnement des patients est un travail de soins et de soins de personnes. Or, le travail d'accompagnement des patients est un travail de soins et de soins de personnes.
Propositions / suggestions			
		<p>p.50+52 : plusieurs activités en cuisine et à la cafétéria pourraient être proposées, car le travail ne manque pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les activités proposées ? • Où se déroulent-elles ? • Quelles sont les personnes impliquées ? • Pour quelle durée ? • Qui sont les bénéficiaires ? • Quelles sont les modalités de mise en œuvre ?
		<p>p.65 : plusieurs activités sont évoquées par les professionnels (sport, yoga, jardinage, musique et activités créatrices)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sont-elles réalisées ? • Quelles sont les modalités de mise en œuvre ?
	<p>p.52 : obligation de former le personnel non médical</p>	<p>p.52 : obligation de former le personnel non médical</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les modalités de formation ? • Est-ce que cela est réalisable ? • Quelles sont les personnes impliquées ? • Quelles sont les modalités de mise en œuvre ?
	<p>p.54 : participation variable en fonction des capacités physiques et cognitives des patients</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les modalités de mise en œuvre ? • Quelles sont les personnes impliquées ? • Quelles sont les modalités de mise en œuvre ? • Quelles sont les personnes impliquées ? • Quelles sont les modalités de mise en œuvre ? • Quelles sont les personnes impliquées ?
		<p>p.53 : les patients pensent également que des adaptations en fonction de chaque patient seraient nécessaires.</p>	
		<p>p.53 : Intérêt des patients pour le projet en précisant que les activités soient variées et pour lesquelles ils ont un réel intérêt : « <i>ça dépend des hobbies de chaque personne</i> ». « <i>L'adhésion des patients de l'hôpital au projet dépend de si ce dernier leur</i></p>	

		<p><i>permet de rencontrer leurs intérêts personnels »</i></p> <p>p.53 : « Deux participants estiment que prendre part à des activités qu'ils apprécient serait bénéfique pour eux, afin d'augmenter leur motivation ainsi que diminuer leur ennui »</p> <p>p.55 : les activités proposées par les clients sont en adéquation avec le lieu du CTR et ses infrastructures. Idées proposées : les tâches ménagères, les possibilités de faire le ménage en chambre, faire son lit, la cuisine ainsi que la lessive, bricoler, jardiner, cuisiner, salle commune pour échanger</p>	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

II. GUIDE D'ENTRETIEN

Les professionnels interviewés ont lu le document explicatif au préalable de l'entretien. L'interview est inspirée des thématiques ressorties par les patients et les professionnels du CTR à l'étude.

Introduction

1. Comment sont abordés/intégrés les AVQ et AIVQ en ergothérapie ?
 - Comment sont abordés/intégrés les AVQ et AIVQ par l'équipe interdisciplinaire ? *(Evaluation, entraînement, transmission interdisciplinaire, stimulation des thérapeutes des soins vs maternage, types d'activités proposées)*
 - Comment le RAD est-il préparé ? *(Evaluation indirecte, évaluation directe, mise en situation, intégration des proches, etc.)*
 - Qu'en est-il du RAT ? *(En parlez-vous ? Qui le fait ; médecin vs équipe interdisciplinaire ? Comment préparer ce suivi depuis l'hôpital ?)*
2. Au sein de votre institution, quelles sont les possibilités occupationnelles des patients en dehors des thérapies ? *(WE, après 17h, participation à la vie de l'hôpital, lieux de rencontres, matériel et infrastructures à dispo, condition de sécurité, hygiène, etc.)*
3. Comment et par qui les thérapies sont-elles planifiées ? *(Planification externe, souhait des thérapeutes, durée des thérapies, co-thérapies, exigences minimales des caisses maladie, ST reha, adaptabilité en fonction de l'état du patient, etc.)*
4. Comment l'entourage est-il intégré dans le processus de réadaptation ? *(Information, communication, participation aux thérapies, disponibilité du personnel, brochure, etc.)*

5. Est-il possible pour les patients de sortir de l'hôpital que ce soit en semaine ou en week-end? (*Congé, WE, durée, conditions, accompagnement et quel type, responsabilités, autorisations*)

Au vu du projet plus global dans lequel ce travail de Bachelor s'inscrit : qui serait de mettre en place dans la pratique un environnement enrichi et une participation active du patient au sein d'un CTR à l'étude sur la base des recommandations élaborée par ce travail, la question suivante vous est posée :

6. Lorsqu'un projet veut être mis en place, comment procédez-vous? (*Démarches, protocole, soutien de la hiérarchie, aspect financier*)

Conclusion

III. DOCUMENT EXPLICATIF POUR LES INSTITUTIONS INTERVIEWÉES

Document explicatif concernant le travail de Bachelor III sur la mise en place d'un environnement enrichi et d'une participation active au sein d'un CTR en Suisse Romande

Lausanne, 14 septembre 2022

Concerne : Travail de Bachelor III sur la mise en place d'un projet d'environnement enrichi et de participation active de patients.

Madame, Monsieur

Ce travail de Bachelor vise à établir des recommandations générales sur la mise en place d'un environnement enrichi et d'une participation active des patients à la vie d'un hôpital en Suisse Romande. L'objectif de ces recommandations étant de guider les différents lieux de neuroréadaptation en Suisse Romande et en Suisse Allemande qui souhaiteraient mettre en vigueur une pratique favorisant davantage l'engagement et l'équilibre occupationnel de leurs patients.

Cet objectif est né de la constatation que les patients hospitalisés sont peu mobiles et restent passablement inactifs en dehors des thérapies. En effet, la plupart du temps, l'environnement physique et institutionnel ne permettent pas aux patients de s'engager suffisamment dans des activités significatives ainsi que d'exercer des interactions sociales pendant et en dehors du temps de thérapie. De plus, l'approche biomédicale est encore très présente dans la pratique des ergothérapeutes comparé à une approche occupationnelle. Bien que la littérature démontre que s'engager dans des occupations en lien avec leur quotidien permettrait d'améliorer la généralisation des acquis et par conséquent de réaliser une meilleure transition entre le milieu hospitalier et le milieu écologique.

Afin que ce travail de Bachelor se construise sur des bases solides, il s'articule sur la base de deux précédents travaux ayant relaté les besoins, envies et ressentis des professionnels et des patients d'un CTR en Suisse Romande qui souhaiterait mettre en place un environnement enrichi ainsi qu'une participation active des patients. Ces trois travaux de Bachelor forment ensemble un projet de mise en place concrète des deux éléments cités en amont.

Finalement, afin de préciser les recommandations et permettre à ce CTR à l'étude et à d'autres de mettre en place un EE ainsi qu'une participation active des patients, des entretiens semi-structurés avec des ergothérapeutes de différents lieux de réadaptation en neurologie en Suisse Romande et en Suisse Allemande seront réalisés. Ils permettront de relater l'expérience de ces lieux ayant une approche centrée sur l'équilibre et l'engagement occupationnel des patients afin de compléter et d'enrichir les recommandations.

Nous nous tenons à disposition pour tout complément d'informations.

Avec nos meilleures salutations,

Andréa Lagger et Victoria Mohler.

Étudiantes en 3^{ème} année d'ergothérapie à la Haute école de travail social et de la santé, HETSL, HES-SO.

Catherine Genet, directrice du travail de Bachelor.

Ergothérapeute, MSc, Maître d'enseignement HES, Filière ergothérapie à la Haute école de travail social et de la santé, HETSL, HES-SO.

catherine.genet@hetsl.ch

Amandine Ramseier, co-directrice du travail de Bachelor.

Ergothérapeute à l'HFR Morat-Meyriez.

amandine.ramseier@h-fr.ch

IV. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement concernant le travail de Bachelor III sur la mise en place d'un environnement enrichi et d'une participation active au sein d'un CTR en Suisse Romande

Madame, Monsieur,

Ce travail de Bachelor vise à établir des recommandations générales sur la mise en place d'un environnement enrichi et d'une participation active des patients à la vie d'un hôpital en Suisse Romande. L'objectif de ces recommandations étant de guider les différents lieux de neuroréadaptation en Suisse Romande et en Suisse Allemande qui souhaiteraient mettre en vigueur une pratique favorisant davantage l'engagement et l'équilibre occupationnel de leurs patients.

Voici ci-dessous les conditions générales pour participer à cet entretien individuel semi-structuré.

- Les participants ont la possibilité d'interrompre l'entretien ainsi que de se retirer de la recherche en tout temps sans subir de préjudices.
- Les noms des participants et ainsi que les institutions de santé ne seront pas mentionnés afin de respecter le secret professionnel.
- L'enregistrement des divers entretiens individuels est réalisé à des fins d'analyse et ne peut être accessible qu'aux étudiantes-chercheuses. Ces informations seront conservées, traitées puis détruites à la fin du Travail de Bachelor.
- Les participants peuvent demander à tout moment un complément d'information sur l'étude.

En signant ce formulaire de consentement, les participants déclarent leur consentement à participer à ce projet qui a été approuvé par la directrice et la co-directrice du travail de Bachelor (respectivement, Mme Genet Catherine et Mme Ramseier Amandine). Par ailleurs, tout questionnement a été éclairé.

Participants

Nom, Prénom

Signature :

Responsable de la recherche

Nom, Prénom

Signature :

Lieu et date : _____