



Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie

**Reconstruction de l'identité occupationnelle chez le patient post-
AVC**

Évaluation comparative du niveau d'identité occupationnelle chez des
patients post-AVC en phase chronique et en phase subaiguë :
différences et implications pour la prise en soin.

Mémoire présenté et soutenu par
Théophile JANTY

En juin 2024

Mémoire dirigé par
BORDES Luc

Ergothérapeute D.E. Centre Hospitalier de Brive-la-Gaillarde, service de MPR

Remerciements

Ce mémoire marque la fin de trois très belles années, et je tenais à exprimer ma gratitude aux personnes m'ayant accompagné, de près ou de loin, dans la réalisation de ce travail.

Je souhaite donc sincèrement remercier,

Luc BORDES, mon directeur de mémoire, qui s'est beaucoup impliqué tout au long de l'année, m'apportant toute sa bienveillance, son expertise et sa patience.

Stéphane MANDIGOUT, d'avoir su me guider et me donner confiance tout au long de ce travail d'initiation à la recherche.

Les six personnes ayant subi un AVC, d'avoir accepté de prendre part à ce travail en partageant leur histoire avec beaucoup de courage.

Les formateurs de l'ILFOMER, en particulier SOMBARDIER Thierry, TOFFIN Patrick et BICHON Emilie pour leur écoute, leur aide, et leur accompagnement de qualité durant ces trois années de formations.

Les différents professionnels rencontrés en stage, qui m'ont grandement enrichi de leurs pratiques et participé à la construction de ma future identité professionnelle.

Mon père, ma mère et ma sœur, pour leur aide et leur soutien inconditionnel. Votre présence et vos encouragements ont été ma plus grande force.

Mes amis, et plus particulièrement Yo, Luc, Gom, Loulou, Marie, Hélo, Miette, Dub, Matt, Léo, Olympe, Océ et Le chef pour avoir créés dans ma mémoire des souvenirs qui ne s'effaceront jamais. Vous avez su rendre chaque journée chaleureuse malgré des températures Limougeaudes pas toujours coopératives. Je souhaite à chacun d'avoir des amis aussi attentionnés et drôles que les miens.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussigné Théophile JANTY

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le vendredi 31 mai 2024

Suivi de la signature.

Théophile janty

Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2024
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussigné Théophile JANTY
Etudiant de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : **Limoges**

Le : **26 mai 2024**

Signature de l'étudiant :

Théophile janty

Table des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

HAS : Haute Autorité de Santé

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OPHI-II : Occupationnal Performance History Interview - II

Table des matières

Table des Illustrations	9
Introduction.....	10
Cadre théorique.....	11
1. Notions d'identité, rupture et reconstruction	11
1.1. L'identité en sciences humaines et sociales, de multiples définitions	11
1.1.1. Les référents identitaires.....	11
1.1.2. Le versant psychologique	12
1.1.3. Le versant sociologique	12
1.2. L'identité en sciences de l'occupation	13
1.2.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine.....	13
1.2.2. L'identité occupationnelle.....	14
1.3. La rupture identitaire	15
1.4. Rupture identitaire avec un handicap acquis	15
2. L'Accident Vasculaire Cérébral	16
2.1. Epidémiologie	16
2.2. Différents types d'AVC.....	16
2.3. Impact de l'AVC sur les habiletés occupationnelles	16
2.3.1. Habiletés motrices.....	17
2.3.2. Habiletés opératoires	17
2.3.3. Habiletés de communication et d'interaction	18
2.4. Différentes phases de rééducation post AVC	19
2.4.1. La phase aigüe.....	19
2.4.2. La phase subaigüe	20
2.4.3. La phase chronique.....	20
3. L'ergothérapie	21
3.1. Intervention en ergothérapie.....	21
3.1.1. L'ergothérapie en phase subaigüe de l'AVC	21
3.1.2. L'ergothérapie en phase chronique de l'AVC.....	22
3.2. L'ergothérapie au service de la reconstruction identitaire	22
Problématisation.....	23
Cadre expérimental	24
1. Méthodologie d'enquête	24
1.1. Objectifs de l'enquête	24
1.2. Type de recherche	24
1.3. La population d'étude	25
1.3.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion	25
1.3.2. Mode de recrutement	25
1.3.3. Point éthique	26
1.4. Outil d'investigation.....	26
1.5. Outils d'analyse.....	26
1.5.1. Analyse du niveau d'identité occupationnelle.....	27
1.5.2. Analyse des facteurs influençant la reconstruction identitaire	27
Résultats.....	28
1. Présentation des patients participant à l'étude	28

2. Niveau d'identité occupationnelle	29
3. Facteurs influençant la reconstruction de l'identité occupationnelle	29
3.1. Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations	29
3.2. Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations	31
3.3. Les rôles sociaux et les relations	31
3.4. Les priorités et les obligations quotidiennes	32
3.5. Les routines	33
3.6. La perception et les interactions avec l'environnement et ses attentes	34
Discussion	35
1. Les objectifs de l'étude et réponse à la problématique	35
1.1. Corrélation entre les facteurs de l'identité occupationnelle et les différentes phases de l'AVC	35
1.2. Corrélation entre le niveau d'identité occupationnelle et les différentes phases de l'AVC	37
2. Réflexion professionnelle	38
3. Forces et limites	38
4. Perspectives	39
Conclusion	40
Références bibliographiques	41
Annexes.....	46

Table des Illustrations

Figure 1 : Schéma du MOH	14
Figure 2 : Critères d'inclusion et de non-inclusion	25
Figure 3 : Caractéristiques patients interrogés	28
Figure 4 : Niveau d'identité occupationnelle	29

Introduction

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est la seconde cause de décès chez la femme et la troisième chez l'homme. C'est également la première cause de handicap acquis non-traumatique en France ce qui constitue un réel enjeu de santé publique.

L'AVC peut entraîner des troubles moteurs, cognitifs et psychologiques. C'est pourquoi de nombreux soins de rééducation et de réadaptation sont généralement proposés afin de limiter les séquelles et de regagner en autonomie et en indépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Les prises en soin peuvent être longues car l'AVC est une maladie impliquant plusieurs phases, de la survenue de celle-ci jusqu'au suivi chronique.

L'AVC est un accident qui survient sans prévenir et bouleverse la vie des personnes touchées. Pour la plupart des patients avec qui j'ai été en contact lors de mes différents stages en ergothérapie, il y a clairement un avant et un après l'accident. Alors qu'au cours de leur vie, ces personnes se sont construites autour de routines, de rôles sociaux, de relations... Tout bascule du jour au lendemain effaçant leurs repères. Ainsi, au-delà des répercussions motrices, cognitives et psychologiques, c'est donc une part profonde de ce qu'ils sont qu'il est nécessaire de reconstruire : leur identité.

L'ergothérapeute intervient auprès des patients post-AVC dans leur reprise d'autonomie et d'indépendance au quotidien. Ce dernier pourrait avoir rôle à jouer dans l'accompagnement au niveau identitaire, et ce grâce au développement de modèles conceptuels prenant en compte cette dimension. C'est le cas du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) qui décrit la personne en tant qu'être occupationnel doté d'une identité occupationnelle qui lui est propre. Le MOH est également doté de nombreux outils dont l'ergothérapeute peut se servir afin d'adapter au mieux ses propositions d'accompagnement.

L'ergothérapeute serait donc-t-il en mesure d'accompagner les patients post-AVC dans la reconstruction de leur identité occupationnelle ? Y'a-t-il une phase de l'AVC plus importante qu'une autre pour travailler cette dimension ? Sur quels facteurs l'ergothérapeute doit-il intervenir ?

Ces différents questionnements ont suscité un immense intérêt chez moi et m'ont donné l'envie d'étudier plus en détail le sujet de la reconstruction de l'identité occupationnelle chez le patient post-AVC.

L'objectif de cette étude est donc d'analyser le niveau d'identité occupationnelle et ses facteurs de reconstruction directement avec des personnes ayant subi un AVC. L'intérêt va être d'identifier si l'ergothérapeute a sa place dans ce processus, et de savoir comment et à quelle phase de la maladie il peut agir.

Cadre théorique

1. Notions d'identité, rupture et reconstruction

1.1. L'identité en sciences humaines et sociales, de multiples définitions

« Toute utilisation de la notion d'identité commence par une critique de cette notion », ce sont les mots qu'a employés l'anthropologue et ethnologue français Claude Lévi-Strauss en 1977 et qui semblent être toujours d'actualité. (1) L'identité est un concept complexe et multidimensionnel, il existe de ce fait dans la littérature un très grand nombre de définitions. Celles-ci divergent selon l'angle par lequel cette notion est abordée, selon les auteurs mais aussi selon les approches. (2) Nous allons tout d'abord, nous baser sur les origines du terme « identité ». Celui-ci signifie à la fois la différence et être identique, l'identité serait alors le fait d'arriver à s'identifier aux autres tout en gardant sa singularité et sa distinction par rapport à eux. (3) Elle est donc en quelque sorte à l'intersection entre la sphère personnelle et la sphère sociale. (4)

Si nous nous concentrons sur la définition qu'en donnent les sciences humaines et sociales, il n'est pas possible de parler d'identité pour un objet comme pourraient le faire les sciences naturelles et physiques. En effet certaines conditions sont nécessaires. Il est impératif, pour que les « sujets » bénéficient d'une identité, qu'ils soient dotés d'une certaine conscience d'eux-mêmes, d'une conscience des situations et des autres. Ils doivent pouvoir être conscients des enjeux existentiels (projets) et être dotés d'une capacité d'action (volonté). (5)

L'identité est alors formée par un système de causalités prenant en compte des facteurs qui sont propre à la personne (les facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, affectifs, cognitifs...) et des facteurs extrinsèques (d'ordre relationnels, communicationnels, temporels, historiques, politiques, culturels...). Chacun de ces facteurs sont amenés à fluctuer dans le temps venant à faire évoluer constamment l'identité de la personne. (5)

Ces facteurs sont des éléments qui font partis de référents identitaires définis : les référents écologiques ; les référents matériels et physiques ; les référents historiques ; les référents psychoculturels et les référents psychosociaux. Ils vont permettre de se faire une idée de l'identité de la personne.

1.1.1. Les référents identitaires

Les référents identitaires ont été particulièrement développés par *Alex Mucchielli* dans son œuvre « L'identité ». (4) Cet ouvrage retranscrit et fait une synthèse des différents mouvements de pensées sur l'identité en tentant d'offrir une vision plus générale du concept.

Référents écologiques : Ils incluent le cadre de vie et les conditions environnantes qui influencent le fonctionnement de la personne, telles que ses activités, ses habitudes, et ses relations. Ces référents déterminent en grande partie la satisfaction ou l'insatisfaction de l'individu.

Référents matériels et physiques : Ils regroupent les possessions matérielles (objets, argent, vêtements, habitation), les potentialités (capacités physiques, intellectuelles, économiques), et les caractéristiques physiques (traits du visage, silhouette). Ces éléments sont observables sans connaître les origines de la personne.

Référents historiques : Ils concernent les origines et les événements marquants de la vie de l'individu, tels que la filiation, les influences familiales, et les traumatismes subis. Ces référents façonnent le développement de la personne.

Référents psychoculturels : Ils émergent des interactions avec l'environnement et incluent les croyances, la religion, les codes culturels, et les expressions artistiques. Ces référents déterminent la mentalité, le système affectif et cognitif, ainsi que les valeurs de l'individu.

Référents psychosociaux : Ils englobent les références sociales (statut, âge, sexe, profession, réseaux), les attributs de valeur sociale (diplômes, compétences, qualités), les aspects psychologiques (projets, habitudes, réflexions), et les potentialités futures (capacités, motivations, prises de risque)

1.1.2. Le versant psychologique

Il existe par conséquent un nombre incalculable d'éléments qui peuvent constituer une identité et celle-ci va donc varier en fonction de leurs diversités et spécificités propres. Dans une approche plus psychologique de l'identité, tous les éléments concrets qu'apportent les référents ne vont pas permettre de se rendre compte précisément de celle-ci. (6)

En effet, selon Erikson, l'identité ne peut pas exister sans les **sentiments d'identités**. (7) Ces derniers se définissent comme les ressentis qu'éprouve un individu en tant que continuité de soi à travers le temps. Ces sentiments s'associent à la perception d'occuper son propre corps, d'initier des actions, d'être le créateur de ses émotions et d'avoir le contrôle sur ses pensées. (8)

1.1.3. Le versant sociologique

En sociologie, la notion d'identité semblerait se construire par soi-même ainsi que par les autres donnant naissance à deux identités intrinsèquement liées : « l'identité sexuée » et « l'identité sociale ». (9)

Ainsi, l'identité basé sur soi-même peut être assimilé à celle évoqué en psychologie, appelée ici **identité « sexuée »**. Celle-ci se construit dès la naissance, par le biais de données « objectivables » (état civil), mais également par les interactions que l'enfant va avoir avec son milieu. (10) L'enfant va construire sa propre identité en interagissant avec les différents stimuli et en expérimentant ses premiers vécus corporels. (11) Enfin, c'est au cours de l'adolescence avec les changements physiques, physiologiques et le rapport à son propre corps que l'identité de soi va se développer. (12)

L'**identité sociale** quant à elle se développe comme son nom l'indique par le biais de l'interaction entre l'individu et l'autre. C'est un processus qui se déroule d'abord dans le cadre familial, puis, qui s'enrichit au fur et à mesure que la personne grandit (scolarité, loisirs, travail...). (10)

1.2. L'identité en sciences de l'occupation

L'identité a également une définition du point de vue des sciences de l'occupation.

Les sciences de l'occupation sont les sciences sur lesquelles les ergothérapeutes fondent leur pratique. Néanmoins, le terme « occupation » dans sa traduction littérale de l'anglais porte encore une connotation péjorative. (13) Le concept d'occupation tel qu'il est vu et employé en ergothérapie peut être défini ainsi : *"Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues."* (14)

1.2.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine

Le Modèle de l'Occupation Humaine aussi appelé MOH, est un modèle conceptuel en ergothérapie qui s'appuie justement sur les sciences de l'occupation. Il fut développé par Gary Kielhofner dans les années 80 et se trouve être un des modèles de référence utilisé par un grand nombre d'ergothérapeutes pour appuyer leurs pratiques. (15)

Le MOH se fonde sur une pratique centrée sur la personne et ses occupations. Il repose sur une interaction constante entre la personne (son être), l'activité (son agir) et le devenir.

« **L'être** » peut être divisé en trois aspects :

- La volition, celle-ci concerne la motivation et les processus de choix des activités.
- L'habituation qui englobe les habitudes qui organisent notre vie quotidienne y compris les rôles sociaux et culturels.
- Les capacités de rendement qui sont liées à l'action et dépendent des systèmes organiques ainsi que des systèmes musculosquelettique, neurologique, perceptif et cognitif. Elles sont à la fois objectives et subjectives, tenant compte des expériences et des sensations du patient. (16)

Ces trois composantes (volition, habitude et capacités de rendement) interagissent constamment avec l'environnement physique et social. L'environnement peut fournir des ressources et des opportunités, mais peut également être contraignant et exigeant.

L'adaptation du patient à son environnement se manifeste à travers son agir, qui contribue au développement de son identité et de ses compétences.

« **L'agir** » se décline également en trois niveaux :

- La participation, où le patient s'engage dans des activités ayant un sens pour lui, comme le travail ou les loisirs. C'est le niveau le plus abouti.
- Le rendement, qui correspond aux résultats observables dans les activités de la vie quotidienne. C'est le niveau intermédiaire.

- Les habiletés, qui englobe les compétences motrices, opérationnelles, d'interaction et de communication.

« **Le devenir** », c'est en s'appuyant sur l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle que la personne est amenée à développer son adaptation occupationnelle et ainsi se projeter dans l'avenir. (17)

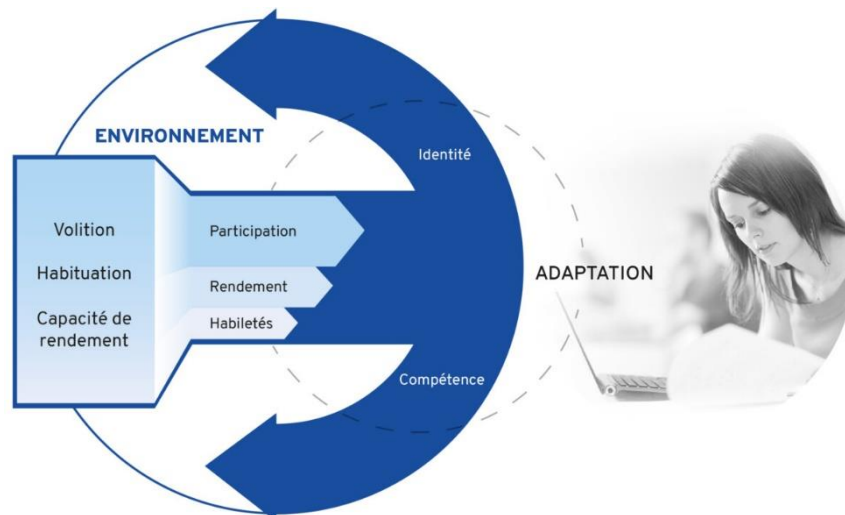


Figure 1 : Schéma du MOH

C'est un modèle qui prend donc en compte l'aspect identitaire des personnes et qui offre également la possibilité d'utiliser de nombreux outils d'évaluation associés.

1.2.2. L'identité occupationnelle

L'identité occupationnelle est un concept à l'intersection entre les différents courants de pensées en sciences humaines. (18) Plusieurs critères la définissent, ils ont la particularité d'être liés aux activités et relations de la personne :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations.
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations.
- Les rôles sociaux et les relations.
- Les priorités et les obligations quotidiennes.
- Les routines.
- La perception et les interactions avec l'environnement et ses attentes.

Ces éléments s'accumulent au fil du temps, ainsi, chaque personne est amenée à se construire une identité et des compétences à travers de multiples participations occupationnelles. C'est par conséquent, en expérimentant, que la personne prend conscience de ses envies, de ses capacités et peut ainsi se projeter logiquement dans l'avenir.

L'identité occupationnelle sert donc de moyen à la personne de savoir qui elle est, et de savoir également ce qu'elle veut, peut et va devenir. (16)

Mais que ce passe t'il lorsqu'un évènement rompt ce continuum ? L'identité occupationnelle de la personne reste-t-elle la même ?

Malheureusement, certains évènements de vie qu'il n'est pas possible d'anticiper peuvent en effet venir bouleverser ce continuum. Ceci porte un nom : la rupture identitaire.

1.3. La rupture identitaire

La vie est généralement perçue comme une trajectoire linéaire, caractérisée par une continuité et une cohérence, mais elle peut être brusquement interrompue par des événements traumatisants, qu'ils soient choisis ou subis. (19)

Ces événements marquent une rupture nette entre le passé et le présent, et peuvent entraîner des conséquences profondes sur l'individu touché. Michael Bury identifie deux dimensions importantes de cette rupture : d'une part, ses répercussions pratiques sur la vie quotidienne de la personne, et d'autre part, sa signification personnelle, influençant la perception de soi et des autres. (20)

Pour les personnes vivant ces ruptures, elles s'accompagnent souvent de tensions, de fragilisation de l'identité, ainsi que de sentiments d'anxiété et de souffrance. (21)

Il est néanmoins important de reconnaître que les différents types de ruptures n'ont pas le même impact sur l'identité et ne nécessitent pas la même approche pour se reconstruire. Par exemple, l'acquisition soudaine d'un handicap peut entraîner des conséquences spécifiques qui exigent une attention particulière. En conséquence, il est crucial d'adapter les interventions et les soutiens en fonction des besoins spécifiques de chaque individu et de la nature de la rupture vécue.(22)

1.4. Rupture identitaire avec un handicap acquis

Le terme "handicap" est défini dans la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un "terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité ou les restrictions de participation" (23) qui résultent d'interactions entre une personne (souffrant d'un problème de santé) et les facteurs contextuels de cette personne (facteurs environnementaux et facteurs personnels).

Le terme "handicap acquis" quant à lui est utilisé pour désigner plus spécifiquement le handicap qui survient au cours de la vie adulte d'une personne à la suite d'un accident, d'une maladie ou du développement d'un problème de santé. (24) C'est le cas des personnes ayant subi un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). (25)

La survenue d'un AVC inflige un choc au sentiment de continuité de l'identité. (26) En effet, la personne touchée peut se retrouver brutalement confrontée à des déficiences plus ou moins graves impactant son autonomie dans les occupations et son mode de vie au quotidien. (27,28) Ces éléments vont porter atteinte à son identité et ainsi créer la rupture.

2. L'Accident Vasculaire Cérébral

L'Accident Vasculaire Cérébral est caractérisé par l'arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau d'une partie du cerveau entraînant un arrêt ou une forte diminution de l'approvisionnement du cerveau en oxygène et en nutriments. (25)

2.1. Epidémiologie

C'est la seconde cause de décès chez la femme et la troisième chez l'homme. C'est également la première cause de handicap acquis non-traumatique en France (25). A la suite d'un AVC, il est estimé que 20% des patients décèdent dans l'année qui suit. Pour les autres, 60% arrivent à récupérer leur indépendance qui n'est pas forcément la même qu'avant l'AVC et 40% gardent des séquelles lourdes. (29)

2.2. Différents types d'AVC

Il existe deux types d'AVC qui sont caractérisés par la manière dont ils sont provoqués : L'AVC ischémique et l'AVC hémorragique. (30)

L'AVC ischémique est la cause la plus fréquente, elle représente environ 80% à 85% des accidents vasculaires cérébraux.(31) Il est dû au rétrécissement des vaisseaux sanguins de la tête ou du cou. Ce rétrécissement résulte principalement de l'athérosclérose et de l'accumulation de cholestérol. Au fur et à mesure que le rétrécissement des vaisseaux progresse, le sang stagne, entraînant la formation de caillots sanguins. Ces caillots sanguins peuvent bloquer les vaisseaux dans la zone de formation (thrombose) ou se déloger et se loger dans une région distale (embolie), provoquant des dommages ischémiques dans les tissus cérébraux. (32)

L'AVC hémorragique quant à lui peut provenir de tout processus pathologique qui perturbe la circulation cérébrale et provoque ensuite des dommages aux tissus. (Traumatisme, malformation artérielle ou une hausse soudaine de la tension artérielle). (33) Il en existe deux types : l'hémorragie cérébrale (10% de tous les AVC) ou l'hémorragie intracérébrale (5% de tous les AVC). (34)

2.3. Impact de l'AVC sur les habiletés occupationnelles

La manifestation d'un AVC dépend de l'emplacement anatomique et de la gravité des lésions tissulaires. Il est à l'origine de nombreux troubles d'ordre moteurs, sensitifs, cognitifs et psychiques. Le cortex cérébral a des zones et des fonctions différentes, c'est généralement la zone fournie par la région vasculaire spécifique affectée qui va déterminer les troubles.(29) Certaines études et observations commencent néanmoins à tendre vers une autre compréhension du lien entre les lésions et les troubles par un système interrelié qui n'affecterait pas uniquement les fonctions associés à la zone touchée. (35)

L'AVC va néanmoins généralement provoquer des troubles. Ceux-ci vont impacter les habiletés de la personne touchée, entraînant ainsi un frein majeur à sa participation occupationnelle. (36) Les habiletés occupationnelles sont décrites dans le Modèle de l'Occupation Humaine et se déclinent en trois types : les habiletés motrices ; les habiletés opératoires et les habiletés de communication. (37)

2.3.1. Habiletés motrices

La survenue d'un AVC est susceptible de causer de nombreux troubles moteurs impactant les habiletés motrices. Les principaux troubles moteurs sont l'hémiplégie et l'hémi-parésie.(38)

L'hémiplégie est définie comme une paralysie des muscles d'un seul côté du corps, controlatéral au côté du cerveau où l'AVC s'est produit. (31) C'est une des séquelles la plus fréquente chez le patient post-AVC.(39) Les hémiplégies sont généralement accompagnées de troubles associés tel que des troubles du tonus musculaire et des syncinésies. (40) Ces troubles du tonus musculaires peuvent être liés à une augmentation ou une diminution de celui-ci. Les troubles liés à une augmentation du tonus sont appelés hypertonie spastique ou spasticité. Ils sont donc caractérisés par une augmentation du tonus musculaire entraînant des contractions involontaires permanentes, en l'absence d'effort, ayant un retentissement sur les rétractations musculaires. (41) A l'inverse, une diminution du tonus entraîne une hémiplégie dite « flasque », celle-ci entraîne une limitation considérable de la commande motrice volontaire. (42) Enfin, il se peut que l'hémiplégie entraîne des syncinésies. Ce sont des mouvements de co-contractions involontaires qui surviennent lorsque le patient atteint par l'AVC tente d'utiliser ses membres lésés. (41)

L'hémiplégie et ses troubles associés ne sont pas les seuls troubles moteurs qu'il est possible de retrouver chez le patient post AVC. En effet, il est possible que la paralysie soit incomplète et entraîne une faiblesse musculaire et non une limitation totale à la commande motrice. C'est ce que l'on appelle une hémi-parésie.(43)

Les troubles moteurs peuvent être accompagnés de troubles d'ordre sensitifs (44), eux aussi sont susceptibles d'impacter les habiletés motrices.

Les atteintes sensitives peuvent porter atteinte à la sensibilité superficielle de la peau. Celle-ci impliquant des mécanorécepteurs pour le toucher, des thermorécepteurs pour la sensation de chaleur ou de froid, et des nocicepteurs pour la douleur. Après un AVC, les patients peuvent présenter une diminution de cette sensibilité superficielle, ce qui se traduit par une hypoesthésie. Mais aussi des sensations anormales telles que des engourdissements, des picotements, ou des fourmillements, appelés paresthésies. (45)

D'autre part, la survenue d'un AVC peut avoir des retentissements sur la sensibilité profonde. Elle comprend des éléments tels que la kinesthésie (sens du mouvement des muscles), la statesthésie (sens de la position des articulations), la baresthésie (perception de la pesanteur et de la masse) et la stéréognosie (capacité à reconnaître et identifier les objets par le toucher). Les patients post-AVC peuvent également présenter des atteintes de cette proprioception, ce qui ajoute à la complexité de leur rééducation.(46)

2.3.2. Habiletés opératoires

Les habiletés opératoires selon le Modèle de l'Occupation Humaine comprennent quatre notions : les connaissances, l'organisation dans l'espace, l'organisation dans le temps et enfin les capacités pour la résolution de problèmes. (47)

Ces notions sont directement en lien avec certaines facultés cognitives, pouvant être gravement touchées lors d'un AVC. En effet, les troubles cognitifs sont très fréquents en post-AVC et font partie des handicaps dits « invisibles ». Ils peuvent entraîner des répercussions très importantes sur le quotidien de vie des personnes concernées. (48)

Les principaux troubles cognitifs provoqués par l'AVC et impactant les habiletés opératoires sont :

- Les troubles dysexécutifs : Ils se manifestent par des difficultés à s'adapter à des situations nouvelles ou complexes, une incapacité à prendre des initiatives, une tendance à persévérer sur des idées et à agir de manière précipitée. Ils peuvent également se manifester par un manque d'anticipation et de planification des actions, ainsi que des difficultés d'organisation, d'adaptation, d'inhibition et de flexibilité. (49)
- Les troubles attentionnels : Ils sont fréquents après un AVC, et affectent la capacité à se concentrer sur de longues périodes (attention soutenue), à filtrer les distractions (attention sélective) et à maintenir l'attention lors de doubles tâches (attention divisée).(50)
- Les troubles mnésiques : Allant de difficultés de rappel de l'information récente (mémoire de travail) à des déficits de mémoire à long terme (mémoire sémantique). Ces déficits peuvent affecter divers aspects de la vie quotidienne, notamment la capacité à se souvenir d'événements passés, à apprendre de nouvelles informations et à planifier des activités futures.(51)
- Les troubles visuospatiaux : sont fréquents chez les individus après un AVC, entraînant des difficultés dans la perception et la compréhension des informations visuelles et spatiales.(52) Les symptômes peuvent inclure des difficultés à estimer les distances, à reconnaître les objets et à s'orienter dans l'espace. (53) L'héminégligence visuospatiale en est la forme la plus fréquente.

La fatigue peut également être un facteur venant perturber les habiletés opératoires de l'individu. En effet, une fatigue persistante et excessive peut survenir après un AVC. Elle peut être physique, mentale ou les deux, et interférer avec les activités quotidiennes. Les causes incluent des dommages cérébraux, des troubles du sommeil et des problèmes émotionnels.(54)

2.3.3. Habiletés de communication et d'interaction

La survenue d'un AVC est également susceptible d'impacter les habiletés de communication et d'interaction. Celles-ci sont caractérisés par les capacités qui permettent à une personne d'interagir efficacement avec les autres et de transmettre des informations claires et compréhensibles. (55) Chez les personnes ayant fait un AVC, les troubles impactant ces capacités sont les troubles du langage et de la communication, les troubles du comportement, les troubles psychologiques ainsi que l'apathie. (56)

- Les troubles du langage et de la communication après un AVC comprennent l'aphasie, caractérisée par des difficultés à parler, comprendre, lire et écrire, ainsi que la dysarthrie, entraînant une articulation floue et une voix altérée. (57) Ils comprennent également l'apraxie de la parole qui se manifeste par des difficultés à planifier et à coordonner les mouvements nécessaires pour parler. Les personnes touchées peuvent également présenter des troubles de la compréhension et de la mémoire verbale, les empêchant de comprendre et de se souvenir des mots et des phrases.(58) De plus, des difficultés avec la communication non verbale, comme les gestes, les

expressions faciales et la posture, peuvent également être observées. Ces troubles, ont un impact significatif sur la communication et la qualité de vie des survivants d'AVC.

- Les troubles du comportement peuvent être causés par les lésions cérébrales, les réactions du patient face à ses troubles mais aussi par les réactions de l'entourage et des aidants. Ils peuvent se manifester par un émoussement affectif, des conduites agressives ou une intolérance à la frustration. (59)
- Les troubles psychologiques sont nombreux et la dépression en est la manifestation la plus fréquente.(60) Elle apparaît chez environ 35% des personnes ayant subi un AVC et a un réel impact négatif sur les récupérations cognitives, motrices ainsi que sur la qualité de vie. (61)
- L'apathie est une complication fréquente après un AVC, et bien qu'elle soit souvent associée à la dépression et à des problèmes cognitifs, elle peut également survenir indépendamment de ces conditions. Elle est étroitement liée à un déclin fonctionnel accru et se caractérise par un manque d'effort, d'initiative et de productivité, ainsi que par une diminution des intérêts et des objectifs. Les personnes apathiques peuvent également présenter un affect plat, une indifférence émotionnelle et des réponses limitées aux événements importants de la vie. (62)

Bien que non exhaustifs, ces troubles sont fréquemment retrouvés à la suite d'un AVC et ont un réel impact sur les habiletés de communication et d'interaction de la personne touchée.

Tous ces troubles engendrés par l'AVC vont toucher les habiletés de la personne et peuvent amener à une perte d'autonomie au quotidien remettant en question les habitudes de vie et donc l'identité de la personne concernée. (63) C'est pour cela qu'il est nécessaire de mettre en place une prise en soin complète et adaptée en fonction de la phase de l'AVC.

2.4. Différentes phases de rééducation post AVC

L'AVC est certes une maladie chronique, mais elle peut être séquencé en trois phases distinctes déterminante dans le parcours de rééducation, réadaptation et réinsertion du patient.

2.4.1. La phase aiguë

Les premières 24 heures suivant l'apparition de l'AVC sont appelées la phase hyperaiguë. Cette période comprend les soins d'urgence, le diagnostic, la décision d'administrer ou non une thrombolyse, et une évaluation de la gravité de l'AVC. Si la thrombolyse est administrée, le patient est directement admis en unités de soins intensifs neurovasculaires (USINV) pour une surveillance étroite.

La phase aiguë commence environ 24 heures après l'apparition de l'AVC et, pour les patients médicalement stables, dure jusqu'à 14 jours.(64)

La prise en soin en phase aiguë repose sur une approche multidisciplinaire et intégrée visant à minimiser les lésions cérébrales et à optimiser les résultats cliniques. Elle comprend une évaluation rapide et précise des symptômes et des facteurs de risque, suivie d'une intervention thérapeutique appropriée.(65) Les principales interventions en phase aiguë incluent la surveillance étroite des signes vitaux, la gestion des voies respiratoires et de la

pression artérielle, ainsi que la prévention des complications telles que les infections et les troubles de la déglutition.(66)

Les patients admis en phase aiguë bénéficient entre autres d'une évaluation neurologique approfondie et de mesures de rééducation précoces. Cette approche vise à optimiser les résultats à court et à long terme pour les patients victimes d'un AVC.

La prise en soin en phase aiguë des AVC implique une séquence de soins spécialisés. Les patients se présentent aux services d'urgence hospitaliers pour une évaluation initiale, puis sont dirigés vers des unités neurovasculaires (UNV) pour une prise en charge intensive.(67)

Après la phase aiguë, la rééducation se poursuit en phase subaiguë, assurée dans des centres spécialisés, où les patients continuent de recevoir des soins adaptés à leur état de santé pour maximiser leur rétablissement.

2.4.2. La phase subaiguë

La phase subaiguë après un AVC survient généralement après la stabilisation médicale initiale et dure de 14 jours à 6 mois (68), et est une étape cruciale où les patients nécessitent une rééducation intensive pour maximiser leur récupération fonctionnelle. Les patients sont souvent admis dans des structures spécialisées telles que les Services de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR), qui offrent un environnement propice à la rééducation et la réadaptation. Ces services fournissent des soins multidisciplinaires, avec des équipes de rééducateurs composées de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de neuropsychologues, de psychomotriciens et d'orthophonistes, qui travaillent en équipe pour élaborer des plans de soins individualisés. (68)

Durant cette phase, l'enjeu majeur est donc la récupération motrice et cognitive. C'est un processus complexe influencé par une multitude de facteurs neurologiques, physiologiques et environnementaux. Cette période est caractérisée par la plasticité cérébrale, où des réorganisations neuronales peuvent se produire en réponse à la rééducation et à la réadaptation (69). La récupération et la plasticité peut être influencée par des facteurs tels que l'intensité et la durée de la rééducation, la sévérité initiale de l'AVC, ainsi que les comorbidités et les caractéristiques individuelles du patient.

Lors de la phase subaiguë, les répercussions de l'AVC au niveau des habiletés occupationnelles peuvent être majeures et impacter tous les facteurs qui composent l'identité occupationnelle (Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations ; le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations ; les rôles sociaux et les relations ; les priorités et les obligations quotidiennes ; les routines et la perception et les interactions avec l'environnement et ses attentes). C'est donc lors de cette phase que va commencer le processus de reconstruction identitaire du patient.

2.4.3. La phase chronique

Selon la HAS, la phase chronique débute à 6 mois de l'AVC et dure le reste de la vie du patient. C'est une période très longue et la récupération est généralement moindre que dans la phase intensive de rééducation. Néanmoins, les recommandations de bonne pratique insistent sur le fait qu'il est important de poursuivre le travail de rééducation motrice et cognitive de manière adaptée afin de favoriser l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. (70)

Contrairement aux phases aiguë et subaiguë où l'accent est mis sur la stabilisation médicale et la réduction des incapacités, la phase chronique est marquée par une transition vers une prise en charge à plus long terme axée sur la réadaptation et la gestion des séquelles fonctionnelles. Outre le fait que certaines récupérations sont possibles, cette phase nécessite en particulier une approche de réadaptation prenant en compte les besoins individuels des patients, leurs objectifs de récupération et leur qualité de vie à long terme. (71)

Bien que certains patients puissent bénéficier d'hospitalisation de jour (HDJ) ou d'hospitalisation de semaine (HDS). L'accompagnement se fait souvent au domicile et les patients peuvent bénéficier d'une hospitalisation à domicile (HAD), de l'intervention de rééducateurs du secteur libéral et de l'intervention d'équipes mobiles de réadaptation réinsertion (EMRR). (72) Ainsi, le patient post-AVC en phase chronique se reconstruit progressivement au sein d'un environnement qui lui est propre.

3. L'ergothérapie

Les personnes victimes d'AVC sont donc souvent entourées de professionnels de la rééducation, parmi eux les ergothérapeutes jouant un rôle crucial dans la rééducation, la réadaptation et la réinsertion.

Selon le ministère de la santé et des sports, « *l'ergothérapeute est un professionnel de santé. L'ergothérapie exerce dans les secteurs sanitaire et social et se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne–activité–environnement.* » (73)

3.1. Intervention en ergothérapie

L'ergothérapeute va être amené à intervenir à différentes temporalités de l'AVC et les pratiques vont donc différer en fonction des objectifs du patient.

3.1.1. L'ergothérapie en phase subaiguë de l'AVC

Dans le cadre des recommandations de bonne pratique émises par la HAS en 2020 (72), les missions de l'ergothérapeute auprès des patients en phase subaiguë après un AVC sont clairement définies. Tout d'abord, l'évaluation initiale des déficiences et de la sévérité de l'AVC constitue une étape cruciale pour comprendre les besoins spécifiques du patient et élaborer un plan de traitement adapté. Ensuite, le repérage des difficultés liées à la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et à la restriction de participation à la vie sociale permet à l'ergothérapeute de cibler les domaines prioritaires pour l'intervention.

De ce fait, la rééducation et la réadaptation motrice et cognitive sont centrales dans la prise en soin et visent à maximiser son indépendance et sa qualité de vie. Parallèlement, l'ergothérapeute fournit un soutien pour aider le patient à regagner son autonomie et son indépendance au quotidien en facilitant l'accessibilité du domicile et en prescrivant des aides techniques appropriées. L'objectif de l'intervention de l'ergothérapeute auprès des patients en phase subaiguë serait de préparer un retour à domicile sécuritaire nécessitant un travail centré sur la récupération motrice et l'autonomie et l'indépendance dans les AVQ (Activités de la vie Quotidienne) nécessaires pour vivre au domicile. (74)

3.1.2. L'ergothérapie en phase chronique de l'AVC

La prise en soin en phase subaiguë vise à optimiser la récupération neurologique et à développer les compétences nécessaires pour réaliser les AVQ. Elle vise également à compenser les incapacités et à surmonter les obstacles à la réalisation des activités. (75) En revanche, la prise en soin en phase chronique se concentre sur l'intégration sociale et l'acquisition d'une autonomie physique, psychosociale, professionnelle et communautaire. Ainsi l'intervention de l'ergothérapeute auprès des patients post-AVC en phase chronique se concentre davantage sur l'activité et la participation. (76)

La prise en soin en ergothérapie des patients AVC en phase chronique est donc moins intensive qu'en phase subaiguë mais nécessite une approche très individualisée. De ce fait, l'utilisation de certains outils d'évaluation validés propres aux sciences de l'occupation permet d'identifier les besoins prioritaires des patients et de personnaliser les interventions en conséquence. (77) L'objectif étant d'accompagner le patient dans ses différents besoins au sein de son milieu de vie écologique.

3.2. L'ergothérapie au service de la reconstruction identitaire

A la suite d'un AVC, la personne va donc devoir se reconstruire une identité occupationnelle qui lui est propre, et l'ergothérapeute à sa place dans cet accompagnement.

Tout d'abord, une prise en soins centrée sur le patient permettrait d'aider la personne à gagner en autonomie, à renforcer son image d'elle et ainsi permettrait de reconstruire un sentiment fort d'identité conforme à ses attentes. (78,79) De manière traditionnelle, l'approche en rééducation se concentre sur la réduction des déficiences et des incapacités, ainsi que sur la promotion de l'autonomie dans les habitudes de vie et la participation sociale. Bien que ces interventions restent importantes, l'intervention implique également la recherche ou la création d'environnements propices, ceux qui offriront les meilleures chances de succès à la personne et favoriseront son développement. (80)

C'est par la suite par un travail de réadaptation autour des compétences, de l'environnement et de la participation occupationnelle que la personne va pouvoir se reconstruire une identité. A noter qu'il est plus aisé de travailler sur la reconstruction identitaire lorsque les capacités cognitives des personnes ne sont pas sévèrement altérées. (81)

Il n'est pas évident d'évaluer le niveau de reconstruction identitaire d'une personne et ceci a fait l'objet de travaux de la part de Gary Kielhofner, sociologue et théoricien du MOH. Ce dernier a développé un outil permettant d'évaluer l'identité occupationnelle d'une personne : l'OPHI-II. Cet outil se décline sous la forme d'un entretien semi-structuré retraçant l'histoire de la performance occupationnelle. Cette histoire permet par la suite d'évaluer l'adaptation occupationnelle de la personne, celle-ci se déclinant en trois échelles distinctes : l'identité occupationnelle ; la compétence occupationnelle et les milieux occupationnels. Ces trois échelles sont fiables et valides et une formation n'est pas nécessaire pour les faire passer de manière valide. (82)

Problématisation

Face à la complexité des conséquences physiques, cognitives et psychosociales engendrées par un AVC, la rééducation et la réadaptation se révèlent être des défis de taille tant pour les professionnels de la santé que pour les patients eux-mêmes. Le parcours des personnes atteintes d'AVC est long et composé de plusieurs phases : aiguë, subaiguë et chronique (68). De ce fait, la récupération fonctionnelle après un AVC ne se limite pas uniquement à la restauration des capacités motrices ou cognitives, mais implique également une réintégration réussie dans les activités de la vie quotidienne et dans la participation sociale, favorisant ainsi une bonne reconstruction de l'identité occupationnelle.

Cette dernière se construit au travers des différentes expériences occupationnelles de la personne et permet à l'individu de savoir qui il est. C'est par l'intermédiaire de l'identité occupationnelle que la personne va prendre conscience de ses envies, de ses capacités et pourra ainsi se projeter logiquement dans l'avenir. (37) Plusieurs facteurs liés aux occupations participent à la reconstruction de l'identité occupationnelle. Parmi ces facteurs, la vie sociale tiendrait notamment un rôle essentiel en apportant un soutien et donnant parfois un sens à certaines interactions occupationnelles.(18)

Enfin, la reconstruction est un processus long qui va de pair avec les différentes expériences de la personne. C'est pourquoi l'aspect de temporalité semble également central et déterminant.(28)

Du fait de ces différentes observations, la problématique suivante peut être formulée :

Le niveau d'identité occupationnelle et ses facteurs de reconstruction dépendent-ils de la phase de l'AVC ?

Hypothèse 1 : Le facteur influençant la reconstruction identitaire traitant des rôles sociaux et des relations tient une place plus importante en phase chronique qu'en phase subaiguë de l'AVC.

Hypothèse 2 : Le niveau d'identité occupationnelle est plus élevé en phase chronique de l'AVC.

Cadre expérimental

1. Méthodologie d'enquête

Pour mener à bien ce projet de recherche, il était nécessaire de définir un cheminement quant à la méthodologie à utiliser pour répondre à la problématique. Ce cheminement se déclinait en plusieurs étapes indispensables au bon déroulé de l'étude, il fallait en effet déterminer le ou les objectifs de l'enquête, la population et par quels moyens obtenir des résultats

1.1. Objectifs de l'enquête

L'objectif principal de cette enquête était d'observer et de comparer le niveau d'identité occupationnelle et ses facteurs de reconstruction chez des patients post-AVC en phase subaiguë et en phase chronique.

1.2. Type de recherche

Répondre aux objectifs principaux d'un travail de recherche nécessite de choisir une méthodologie adéquate. Il existe deux méthodes de recherche qui prévalent : la méthode quantitative et la méthode qualitative.

Le choix entre méthodes quantitative et qualitative dépend de la nature de la question de recherche, et les deux peuvent être complémentaires dans un même programme de recherche. Néanmoins, la recherche qualitative se révèle particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et difficiles à mesurer.(83)

Le sujet central de ce projet de recherche gravite autour de la reconstruction identitaire. C'est un sujet intrinsèquement lié aux sciences humaines et sociales et dont le point de vue subjectif de la personne concernée tient une place prépondérante. Ainsi, c'est le vécu de la personne touchée par l'Accident Vasculaire Cérébral, au détriment de la neutralité, qu'il nous semble important d'être pris en compte.

Le côté subjectif des variables que nous souhaitons évaluer nous a poussé par conséquent à utiliser une méthodologie de recherche **qualitative**. Elle visait à comprendre plus en détail les expériences personnelles et les rouages complexes de l'identité occupationnelle. Néanmoins un outil a été développé pour quantifier le niveau d'identité occupationnelle, de ce fait, une composante de type **quantitative** à également pu être utilisée.

De ce fait, la méthodologie utilisée est **mixte**.

Ainsi, des entretiens semi-structurés ont été réalisés pour répondre le plus précisément à la question de recherche. Les entretiens semi-structurés sont un bon compromis entre les entretiens libres et les entretiens structurés. Les différentes questions sont précisément orientées mais laissent la liberté à l'interrogateur de s'adapter au discours de la personne interviewée.

Ces questions ont été construites et posées selon l'outil OPHI-II du Modèle de l'Occupation Humaine. Il est basé sur un entretien semi-structuré avec le patient qui permet de coter les réponses sur une échelle de cotation. Ces résultats sont par la suite analysés par l'intermédiaire de clés d'analyse.(84)

L'étude qui a été menée était donc une étude observationnelle s'appuyant sur les ressentis des différentes personnes interviewées.

1.3. La population d'étude

L'étude traitait de la reconstruction identitaire des personnes ayant subi un Accident Vasculaire Cérébral. De ce fait, obtenir le point de vue des personnes étant directement confrontées à cette problématique nous a semblé plus pertinent qu'une analyse auprès des différents professionnels qui les accompagnent.

La problématique nous amène à recueillir les données de patients dont les survenues des AVC sont à des temporalités différentes.

Nous avons donc choisi de réaliser les entretiens semi-structurés avec :

- 2 patients dont la survenue de l'AVC est inférieure à six mois (phase subaiguë)
- 4 patients dont la survenue de l'AVC est supérieure à six mois (phase chronique)

1.3.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

La population cible de cette étude sont les personnes ayant fait un AVC, néanmoins, une méthodologie sur la base d'un entretien comporte de nombreux critères de non-inclusion.

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
AVC en phase subaiguë ou chronique	AVC en phase aiguë
Avoir les capacités cognitives pour comprendre et répondre aux questions	Troubles cognitifs majeurs et Aphasie sévère
Être d'accord et apte psychologiquement à évoquer son histoire de vie	Dépression post-AVC
Comprend et parle Français	Ne comprend pas et ne parle pas français

Figure 2 : Critères d'inclusion et de non-inclusion

1.3.2. Mode de recrutement

Pour trouver les patients post-AVC en phase subaiguë, nous avons pris contact avec les ergothérapeutes du service de Médecine Physique et de Réadaptation de l'Hôpital Jean Rebeyrol. Nous leurs avons renseignés nos critères d'inclusion et de non-inclusion. Ils nous ont par la suite dressé une liste de trois patients correspondant à ces critères et potentiellement enclin à accepter l'entretien.

Afin de trouver des patients post-AVC en phase chronique, nous nous sommes rapprochés de l'équipe mobile HEMIPASS 87. Cette équipe mobile intervient auprès de patients ayant fait un AVC dans leurs domiciles. Ainsi, de nombreuses personnes suivis par cette équipe se trouvent être en phase chronique de la maladie. Nous leurs avons donc

également fournis nos différents critères d'inclusion et de non-inclusion en vue d'obtenir les noms de certains patients à contacter.

1.3.3. Point éthique

La délimitation du champ de recherche était nécessaire pour déterminer si la Loi Jardé s'appliquait ou non. Cette étude ne vise pas à approfondir les connaissances en biologie ou en médecine, mais s'inscrit dans le domaine des sciences humaines et sociales. Elle ne va pas non plus modifier la prise en soin des patients interrogés. Trois ergothérapeutes ont souligné l'importance de ce domaine pour la profession, affirmant que les recherches peuvent porter sur les professionnels, les parents de patients ou les patients eux-mêmes, à condition que les objectifs et la méthodologie relèvent bien des sciences humaines et sociales. (85) Cela confirme ainsi que la loi Jardé ne s'applique pas dans ce cas. (Annexe I)

Enfin, tous les participants ont donné leur accord pour que l'entretien soit anonymisé, enregistré et retranscrit en signant un formulaire de consentement. (Annexe II)

1.4. Outil d'investigation

Nous avons donc utilisé le guide d'entretien de l'OPHI-II (outil décrit dans le cadre théorique).

La trame de l'entretien (Annexe III) devant être la plus adaptée possible à la population interrogée, les questions ont été écrites en s'appuyant sur la trame guide de l'OPHI-II prévue à cet effet afin de répondre le mieux possible à la problématique énoncée précédemment : **Le niveau d'identité occupationnelle et ses facteurs de reconstruction dépendent-ils de la phase de l'AVC ?**

L'identité étant centrale dans cette étude et l'outil se divisant en trois parties distinctes, nous avons écarté de la trame originale les questions permettant de répondre aux grilles des milieux occupationnels et de la compétence occupationnelle.

De plus, la durée de l'entretien complet s'étend de 60 à 90 minutes, c'est une durée qui peut être lourde à supporter, surtout pour des personnes se trouvant encore en phase subaiguë de leur AVC. Se focaliser sur l'identité occupationnelle a ainsi permis de réduire la durée des entretiens à environ 30 minutes.

1.5. Outils d'analyse

Pour examiner les six entretiens, nous avons utilisé le système de cotation de l'OPHI-II. Celui-ci comportait donc une grille d'analyse sur l'identité occupationnelle de 11 items. Ces items abordent différents points notamment sur les buts de la personne interrogée, son mode de vie, ses attentes face au succès, ses responsabilités, le jugement de ses capacités et de ses limites, ses valeurs, ses obligations, ses intérêts. Les items traitent également de l'efficacité et des choix occupationnels de la personne avant la survenue de l'évènement traumatique qu'est l'AVC.

1.5.1. Analyse du niveau d'identité occupationnelle

Le niveau d'identité occupationnelle peut s'évaluer par l'intermédiaire de deux outils à disposition de l'OPHI-II :

- Une grille d'analyse comprenant 11 items, chacun pouvant être cotés de 1 à 4. Pour réussir à coter avec justesse tous les items, il est nécessaire que les questions posées les abordent tous. De ce fait, nous avons fait correspondre chaque question posée aux différents critères de la grille. (Annexe III) Ce travail en amont a facilité et aidé le travail de cotation.
- Nous avons également utilisé une clé d'interprétation. En effet la grille d'analyse donne un score brut. Ce dernier va pouvoir être analysé par l'intermédiaire de cette clé afin de donner un score estimant la mesure réelle de l'identité occupationnelle de la personne.

1.5.2. Analyse des facteurs influençant la reconstruction identitaire

Les facteurs composant l'identité occupationnelle sont au nombre de six (37):

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations.
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations.
- Les rôles sociaux et les relations.
- Les priorités et les obligations quotidiennes.
- Les routines.
- La perception et les interactions avec l'environnement et ses attentes.

De ce fait, afin de recevoir un maximum d'éléments de réponse au cours des entretiens et de faciliter l'analyse qualitative, ces facteurs ont été reliés aux différentes questions. Le lien avec les questions est explicité sous le nom de « Facteurs » dans la trame d'entretien. (Annexe III)

L'analyse et l'interprétation des résultats permettront également de saisir l'histoire de vie et l'impact de l'AVC sur les participants.

Résultats

1. Présentation des patients participant à l'étude

	Pierre	Jean	Virginie	Marc	François	Jeanne
Date de survenue de l'AVC	22/02/2024	06/01/2024	10/12/2008	23/11/2022	13/07/2021	03/05/2022
Type d'AVC	Ischémique	Ischémique	Hémorragique	Ischémique	Ischémique	Hémorragique
Phase de l'AVC au moment de l'entretien	Subaiguë	Subaiguë	Chronique	Chronique	Chronique	Chronique
Âge	59 ans	72 ans	60 ans	57 ans	80 ans	75 ans
Lieu de vie actuel	Service de rééducation	Service de rééducation	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile
Troubles causés par l'AVC	Hémi-parésie gauche	Hémi-parésie gauche	Syndrome cérébelleux, trouble de la sensibilité profonde	Hémiplégie gauche	Hémi-parésie gauche	Troubles mnésiques (travail, court terme)
Catégorie socioprofessionnelle	Artisan	Retraité	Profession intermédiaire	Cadre	Retraité	Retraîtée
Situation familiale	Célibataire, deux enfants (30 et 31 ans)	Célibataire, pas d'enfants	Mariée, deux enfants (26 et 32 ans)	Marié, deux enfants. (25 ans)	Marié	Mariée
Durée de l'entretien	29 min	28 min	32 min	34 min	47 min	32 min

Figure 3 : Caractéristiques patients interrogés

Les prénoms cités dans l'étude ont été modifiés afin de respecter l'anonymat de ces personnes

Lors des entretiens, six patients ont été interrogés. Deux d'entre eux étaient en phase subaiguë de l'AVC et quatre étaient en phase chronique. Les patients en phase subaiguë étaient en hospitalisation complète et avaient tous les deux réalisés des visites à domicile en compagnie des ergothérapeutes du service en vue du retour à domicile. Les patients en phase chroniques quant à eux ont tous réintégré leur domicile.

2. Niveau d'identité occupationnelle

	Note totale	Mesure de l'identité occupationnelle	Ecart type
Pierre	28	45	4
Jean	30	49	4
Virginie	41	81	5
Marc	33	58	5
François	42	85	6
Jeanne	30	49	4

Figure 4 : Niveau d'identité occupationnelle

La « Note totale » est le score obtenu à la suite de la cotation dans la grille d'analyse (Annexe IV.II). Elle permet d'obtenir la « Mesure de l'identité occupationnelle » par l'intermédiaire de la clé d'interprétation (Annexe IV.III).

La « Mesure de l'identité occupationnelle » reflète le niveau de reconstruction de l'identité occupationnelle de la personne. Cette mesure va de 0 à 100. Plus elle s'approche des 100 et plus le niveau d'identité occupationnelle est bon.

Moyenne de la mesure de l'identité occupationnelle :

- Phase subaiguë : **47 / 100**
- Phase chronique : **68,25 / 100**
- Globale : **61,17 / 100**

3. Facteurs influençant la reconstruction de l'identité occupationnelle

3.1. Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations

Phase subaiguë :

Tout d'abord, le premier axe qui a été soulevé par les patients interrogés en phase subaiguë concerne l'acceptation des limitations : « J'ai pas le choix, si je commence à réfléchir à ce que je n'arriverais pas à faire je pèterais un plomb » ; « Faut faire avec ce que l'on a maintenant » (Pierre).

De plus, la volonté de progresser semble être majeure et au centre des préoccupations : « Ce que je recherche dans l'immédiat, c'est récupérer les fonctions de ma jambe et de mon bras. Il faut repartir de zéro, essayer petit à petit de remonter la pente » (Jean). Les deux patients interviewés sont encore hospitalisés en service de rééducation dans un cadre de soin relativement intensif mais tendent vers un retour à domicile et mentionnent l'importance de continuer de fournir des efforts pour récupérer d'un point de vue fonctionnel : « J'ai fait beaucoup de progrès depuis que je suis arrivé (environ 1 mois), maintenant il me reste plus qu'à peaufiner, c'est le plus dur » (Pierre) ; « Il faut repartir de zéro, essayer petit à petit de remonter la pente et je fais preuve de patience et de volonté pour y arriver » (Jean).

Néanmoins, le sentiment de capacité est ébranlé et semble être préoccupant en vue du retour aux occupations : « J'avais plein d'activités mais là ça m'a freiné, je ferais pas les activités que je faisais avant » (Jean) ; « Je suis passé à mon jardin dimanche dernier parce que j'avais pas mal de trucs à faire et vous savez ce que j'ai fait ? Rien. J'ai rien pu faire. Faut faire avec ce que l'on a maintenant. » (Pierre)

Phase chronique :

Concernant les patients se trouvant en phase chronique de l'AVC, l'accent est mis sur la constatation des progrès réalisés malgré les difficultés persistantes : « Je déambule avec ma canne, j'y arrivais même pas avant, donc je me rend compte qu'il y'a des progrès » (Marc) ; « J'ai une progression lente mais c'est une belle progression. » ; « J'ai presque repris normalement mes activités. » (François). De plus, la quête de nouvelles activités peut être une nouvelle source motivationnelle : « Si on me met en invalidité j'ai envie de me lancer dans le handisport ou le coaching. » (Marc)

Certains patients évoquent également des difficultés à accepter les changements dans leur capacités et leur rythme de vie pouvant affecter leur sentiment d'efficacité dans les occupations. C'est ce qu'évoque Jeanne lorsqu'elle fait part de son ressenti dans ses occupations quotidiennes : « C'est l'impression que mes mouvements sont ralentis qui est difficile à accepter, j'ai plus la même spontanéité qu'avant. » et c'est également ce qu'évoque Marc lorsqu'il parle de ses anciens loisirs « C'est difficile à l'admettre mais je ne peux pas m'y rendre comme je conduis plus. »

Synthèse des sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations :

En phase subaiguë, les patients se concentrent sur la reconnaissance des progrès et la volonté de progresser malgré les limitations et les troubles causés par l'AVC, tandis qu'en phase chronique, ils constatent les progrès réalisés et expriment leur désir de s'engager dans de nouvelles activités. Néanmoins c'est également la phase où les personnes font face aux difficultés persistantes et à la nécessité d'accepter certains changements.

3.2. Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations

Phase subaiguë

Au niveau du sens et de la satisfaction ressentis dans les occupations, Pierre, se trouvant en phase subaiguë exprime une attitude positive et une volonté de se battre face à sa situation. Il se concentre sur l'importance d'avancer malgré les obstacles rencontrés : « Il faut positiver, c'est primordial. Si vous êtes négatifs vous êtes finis. »

Phase chronique :

Les patients en phase chronique témoignent majoritairement de la manière dont leur vie a changé suite à l'AVC, mais ils cherchent à trouver de nouveaux sens et satisfactions dans les activités qu'ils peuvent encore pratiquer : « Je fais maintenant du sport adapté, ça m'apporte le besoin de me dépenser, le besoin d'être en contact avec la vie sociale, de faire partie d'associations » (Virginie) ; « Je me suis même dit à un moment donné : « quel est l'instrument qui va pouvoir remplacer le piano et qui va pouvoir me faire faire de la musique ? » » (François) ; « J'essaye d'avoir une certaine culture, de m'instruire, ça me passionne et ça c'est quelque chose que je ne prenais pas le temps de faire avant. » (Marc)

De plus, Marc évoque que les activités simples du quotidien peuvent être source de satisfaction : « Maintenant je ne cherche pas les exploits et chaque petite chose réussie du quotidien est une grande satisfaction. »

Certains patients en phase chronique font preuve de positivité et tentent de trouver un sens nouveau aux occupations : « J'ai encore des difficultés mais j'ai fait « feu de tout bois » » (François) ; « Il faut que j'apprennes à vivre différemment » (Marc) ; « Ma vie ne s'arrête pas là, j'essaye de rester positif, de me battre." (Marc)

Néanmoins, Jeanne et Virginie évoquent la peur de refaire un AVC venant perturber les occupations : « Je lis, je vais au cinéma, je rencontre des gens mais je ne suis plus comme avant, j'ai cette peur en moi, j'ai la crainte de faire un autre AVC et cette peur me paralyse. » (Jeanne) ; « Le stress du travail, je l'ai remplacé par la peur d'avoir un second AVC. » (Virginie)

Synthèse du sens et de la satisfaction éprouvés dans les occupations :

Les participants en phase subaiguë se concentrent davantage sur la positivité et la combativité pour faire face à la situation actuelle. Bien que cette notion revienne aussi en phase chronique, ces derniers témoignent d'une adaptation plus concrète à leur nouvelle réalité. Néanmoins la peur de récurrence peut freiner cette quête de sens et de satisfaction.

3.3. Les rôles sociaux et les relations

Phase subaiguë :

Sur le plan des rôles sociaux, le retour au travail est évoqué par Pierre : « J'aimerais retravailler, je dis bien « aimerais », parce qu'il faut de l'argent pour vivre. »

Les patients font également face à des réactions émotionnelles de leur entourage suite à leur AVC et sont confrontés à des ajustements dans leurs relations personnelles : « J'ai une amie qui a perdu pieds en me voyant, ça été difficile mais je l'ai rattrapée. » (Pierre) ; « J'ai un

copain qui s'est occupé de la maison pendant mon absence et j'espère que les aides vont arriver rapidement parce que ça me pèse de lui laisser tout faire. » (Jean)

Phase Chronique :

Les participants en phase chronique font état des changements dans leurs relations familiales, notamment avec leurs enfants : « Ma fille est adolescente, ça a entraîné une rupture de la relation. Avant c'est moi qui l'emmenais à la piscine et voir ses copines. Désormais, je ne conduis pas, je ne travaille pas, je ne fais plus rien. Alors elle s'est tournée vers son père. » (Virginie). Certains faisant état de la sur implication de leurs proches aidants : « Mes proches ont peur pour moi mais maintenant j'ai besoin d'être libéré » (Marc) ; « Mon compagnon s'est épuisé » (Jeanne).

Après l'AVC, certains patients en phase chronique interrogés se sont tournés vers des activités associatives et du bénévolat pour maintenir leur vie sociale et retrouver un sentiment d'utilité et de contribution à la société : « Je me suis rapprochée d'associations « France AVC Limousin », cette association elle s'occupe des survivants d'AVC, je me suis impliquée dedans, je suis actuellement la secrétaire de cette association. » (Virginie) ; « J'aimerais m'investir pour les autres, transmettre mon expérience et aider. » ; « Je ne suis pas un exemple mais j'ai vécu quelque chose qui peut se partager avec d'autres personnes et qui peut démontrer qu'il y'a une issue. » (Marc)

François évoque un moyen de se reconstruire en s'investissant dans des activités intellectuelles et sociales, tels que la lecture, l'écriture, les cercles de parole et l'engagement dans la vie associative : « je me suis regagné moi-même ». De quelle manière ? D'abord en lisant, en écrivant, j'ai fait des articles dans des revues, j'ai relu beaucoup de philosophie, beaucoup de psychologie, je suis rentré dans des cercles de parole, je suis rentré dans la vie en société encore davantage." Enfin, selon Virginie, « la vie sociale, c'était un but, c'était repartir dans la vie. C'est pour ça je pense que j'ai fourni autant d'efforts en rééducation. ».

Synthèse des rôles sociaux et relations :

En phase subaiguë, les participants sont confrontés aux répercussions directes sur leur travail et leurs relations personnelles. Au contraire, en phase chronique, la majorité des patients signifient avoir le recul de l'impact de l'AVC sur les rôles sociaux. Ils soulignent de ce fait l'importance de réinvestir des rôles et de développer leur vie sociale.

3.4. Les priorités et les obligations quotidiennes

Phase subaiguë :

Pierre réoriente ses priorités, mettant davantage l'accent sur la famille plutôt que sur le travail : « Quand vous êtes passés par là je pense qu'il faut profiter du temps qu'il nous reste, maintenant moi je sais que c'est la famille. Avant c'était le boulot, faire plaisir aux clients. » Tandis que Jean place ses priorités dans les récupérations fonctionnelles « Avant de penser à autre chose je veux réussir à marcher et à me débrouiller par moi-même » et dans la préparation de son retour à domicile : « J'ai pris la décision de vendre la maison de mes parents parce que je ne suis plus capable de l'entretenir »

Phase chronique :

En phase chronique, Marc fait ressortir la réflexion sur l'avenir professionnel et la question des ressources financières : « Si je reprends une activité professionnelle, c'est pour l'aspect financier. » C'est un point que Virginie a évoqué et estime avoir été délestée d'un poids à ce niveau-là : « Je suis reconnue en tant qu'accident du travail. Au regard des autres je ne suis pas dépendante des aides versées par l'état. »

Enfin, les participants se trouvant à la retraite n'ont pas donné d'éléments de réponse probants en lien avec les priorités et les obligations quotidiennes.

Synthèse sur les priorités et les obligations quotidiennes :

En phase aiguë tout comme en phase chronique, les résultats au niveau des priorités et des obligations quotidiennes sont très différents d'un patient à un autre. Seule la thématique de la reprise professionnelle est évoquée à plusieurs reprises.

3.5. Les routines

Phase subaiguë :

Les patients interrogés en phase aiguë expriment le désir de redevenir autonomes dans les activités de la vie quotidienne : « J'aimerais reconduire, j'aimerais redevenir autonome » (Pierre) ; « Il me tarde de prendre le relais et de m'en sortir tout seul. » (Jean).

Ils envisagent de fournir des efforts supplémentaires pour sortir du « confort » de l'hospitalisation et rétablir leurs routines habituelles : « Moi j'étais bien ici, dans ma zone de confort il va falloir que je fasse plus d'efforts » (Pierre) mais sont également en attente d'aide pour leur routine quotidienne : « J'attends de voir l'assistante sociale et je vais essayer de mettre le maximum d'aides en place. » (Jean)

Phase chronique :

Certains patients en phase chronique évoquent l'acceptation des limitations post-AVC, et l'acceptation dans les habitudes de vie quotidienne. En effet, Virginie mentionne : « Mais au niveau de ce que je faisais, c'est-à-dire la bureautique, je suis très ralentie à cause de ma main et ça c'est difficile à accepter » ; « J'étais contente de rentrer chez moi, j'étais confrontée aux difficultés mais ça m'a permis de progresser même si c'était difficile. ». De même, Marc exprime : « Maintenant réussir à mettre mes chaussettes ça devient un plaisir personnel » ; « Il faut apprendre à vivre d'une manière beaucoup plus statique. »

En ce qui concerne l'adaptation et la réadaptation, les participants signalent avoir bénéficié de l'aide d'associations et de leurs proches pour faire face aux changements dans leurs routines. Néanmoins certains décrivent leur sentiment de dépendance, comme le soulignent certains participants : « Le côté noir de ma situation c'est le fait de me sentir dépendant des autres » (Marc) ; « Le quotidien, ça a été un peu la galère pour moi. C'était la galère quand j'étais seul, mais je me suis fait aider » (François).

Le sujet de la rééducation et l'adaptation aux difficultés émerge également, comme en témoignent plusieurs patients : « dès qu'il faut porter quelque chose, c'est moi. Je porte tout, je porte des livres et mais ils tombent, j'essaie de porter quelque chose mais ça tombe. Tout ça me fait avancer. » (François) ; « Je me suis regagné moi-même » (François) ; « En fait pour

tout vous dire, je n'avais pas fait le deuil de mon AVC avant mon retour à domicile. C'est là que je me suis aperçu qu'il y avait un avant et un après et les soins de rééducation sont une passerelle entre ces deux vies. » (Virginie) ; « Eviter de tomber dans la facilité. Le lave-vaisselle c'est chiant à faire mais c'est aussi une satisfaction quand tu as réussi à le faire quoi. » (Marc)

Synthèse des routines :

En phase subaiguë, les patients expriment un fort désir de retrouver leur autonomie dans les activités de la vie quotidiennes, tout en reconnaissant la nécessité de fournir des efforts supplémentaires pour rétablir leurs routines habituelles après l'hospitalisation. Ils attendent également de l'aide pour une mise en place sereine du retour au domicile.

En revanche, en phase chronique, certains patients évoquent l'acceptation des limitations post-AVC et des ajustements dans leurs habitudes de vie. Certains patients ressentent un sentiment de dépendance envers les autres pour accomplir ces tâches. En ce qui concerne l'adaptation et la réadaptation, les participants en phase chronique soulignent l'importance de la rééducation et de l'adaptation aux nouvelles circonstances de vie.

3.6. La perception et les interactions avec l'environnement et ses attentes

Phase subaiguë :

Jean, qui est en phase subaiguë et actuellement hospitalisé mentionne l'aménagement de leur environnement comme principale préoccupation : « J'ai fait équiper ma maison de plain-pied avec l'ergo donc je suis opérationnel pour rentrer et me débrouiller. » (Jean) De plus, l'environnement semble être un facteur motivationnel pour reprendre les activités de la vie quotidienne : « Quand je serais dans mon espace je retrouverais mes repères, ce que je faisais avant et c'est comme ça que ça va revenir. » (Jean)

Phase chronique :

Les interactions avec l'environnement matériel ont été peu développées par les participants en phase chronique. Uniquement Marc a donné son avis sur son logement : « Ma maison est adaptée, je m'y sens bien » ainsi que sur l'accessibilité de ville et les répercussions sur ses habitudes : « Tu vas au cinéma, rien n'est pensé pour les personnes en situation de handicap. » ; « Je me baladais en ville avant mais rien n'est adapté, je ne m'y rends presque plus. »

Synthèse de la perception et des interactions avec l'environnement et ses attentes :

En résumé, en phase subaiguë, les participants adaptent leur environnement pour favoriser leur autonomie, tandis qu'en phase chronique l'accent est mis sur les défis rencontrés dans des environnements inadaptés.

Discussion

Dans cette partie, la mise en relation des résultats de l'enquête avec la littérature scientifique apportera des éléments de réponse à la problématique. Nous analyserons de ce fait les résultats et validerons ou invaliderons les hypothèses énoncées en amont. L'analyse de ces résultats ouvrira une réflexion sur la pratique professionnelle en ergothérapie. Enfin, cette étude sera examinée dans ses points forts, ses limites et ses perspectives d'ouverture.

1. Les objectifs de l'étude et réponse à la problématique

Cette étude avait plusieurs objectifs :

- Observer et comparer les facteurs de reconstruction de l'identité occupationnelle chez des patients post-AVC en phase subaiguë et en phase chronique.
- Observer et comparer le niveau d'identité occupationnelle chez le patient post-AVC en phase subaiguë et en phase chronique.

Les résultats obtenus par l'intermédiaire de l'OPHI-II ont permis de répondre à ces deux principaux objectifs. Ils ont apporté des éléments concrets et vont nous permettre de répondre aux deux hypothèses qui émanaient de la problématique suivante : **Le niveau d'identité occupationnelle et ses facteurs de reconstruction dépendent-ils de la phase de l'AVC ?**

1.1. Corrélation entre les facteurs de l'identité occupationnelle et les différentes phases de l'AVC

Nous allons vérifier dans cette partie notre première hypothèse : « Le facteur influençant la reconstruction identitaire traitant des rôles sociaux et des relations tient une place plus importante en phase chronique qu'en phase subaiguë de l'AVC ». Pour y parvenir, nous allons interpréter les résultats obtenus et les confronter à la littérature scientifique.

Si nous nous intéressons aux différentes recommandations de bonne pratique émises par la HAS au sujet de l'accompagnement des personnes ayant fait un AVC (68,70,72). La distinction est souvent faite entre les patients en phase subaiguë et les patients en phase chronique. Il en ressort principalement :

- Phase subaiguë : L'objectif principal est la récupération motrice et cognitive. Les principaux soins incluent l'évaluation des déficiences, le repérage des difficultés liées à la perte d'autonomie et à la restriction de participation sociale, la rééducation et la réadaptation pour maximiser l'indépendance et la qualité de vie, et le soutien à l'autonomie pour faciliter le retour à domicile en toute sécurité
- Phase chronique : La prise en soin se concentre sur la réadaptation à long terme et la gestion des séquelles fonctionnelles, nécessitant une approche individualisée basée sur les besoins et objectifs des patients. La prise en soin se focalise sur l'intégration sociale, l'autonomie physique, psychosociale, professionnelle et communautaire, et s'appuie sur des outils d'évaluation pour personnaliser les interventions et accompagner le patient dans son environnement.

De ce fait, selon les recommandations de la HAS, la question des rôles sociaux et des relations est abordée en phase chronique et non en phase subaiguë.

Les résultats des entretiens montrent qu'en phase subaiguë, bien que les participants aient évoqué des changements dans leurs rôles sociaux et leurs relations, l'accent semble être davantage mis sur la nécessité de retrouver une autonomie fonctionnelle et de rétablir les routines quotidiennes. Les réflexions sur les relations et les rôles sont principalement axés sur les répercussions sociales plutôt que sur les aspects concernant une restructuration des rôles ou un réinvestissement dans les relations. Cependant, il est important de noter que les participants en phase subaiguë interrogés se trouvent encore en hospitalisation complète. Ils ont souvent évoqué des préoccupations immédiates liées à la rééducation et à l'adaptation à leur nouvel état de santé, ce qui pourrait expliquer en partie pourquoi les questions relatives aux rôles sociaux et aux relations sont moins fréquemment abordées dans cette phase. En ce sens, les travaux de Kathy Charmaz (86,87) suggèrent que la reconstruction de l'identité après la survenue d'une maladie chronique nécessite un processus d'acceptation en plusieurs étapes. En premier lieu la personne fait l'expérience des différents troubles physiques, psychologiques et cognitifs engendrés par la maladie. Par la suite, la personne évalue les pertes et gains dans le but de réviser ses objectifs identitaires. Enfin la personne accepte les conséquences de la maladie et peut se projeter vers une reconstruction par de nouvelles expériences occupationnelles. De ce fait, les patients interrogés se trouvant en phase subaiguë ne seraient pas encore dans les dispositions optimales pour s'investir pleinement au niveau de leur participation sociale.

Tout comme en phase subaiguë, les participants en phase chronique ont évoqué des changements dans leurs rôles sociaux et leurs relations, mettant en avant des dynamiques familiales altérées, une surcharge émotionnelle pour les proches aidants, ainsi que des ajustements dans leurs interactions sociales.

Néanmoins, c'est avec les participants se trouvant en phase chronique de l'AVC que la thématique de la reconstruction par les activités sociales a émergé. Certains participants ont exprimé une volonté de s'engager dans des activités associatives et du bénévolat pour retrouver un sentiment d'utilité et de contribution à la société. Cet aspect est abordé dans les travaux de Lyons et al. (88) mettant en avant que l'engagement dans les rôles et les relations sociales renforcent le sentiment d'identité chez des personnes atteintes de maladies potentiellement mortelles. Basé sur le MOH et son concept de « l'être », de « l'agir » et du « devenir », l'occupation sociale favoriserait la projection dans le « devenir » en offrant des opportunités de nouveaux apprentissages et un sentiment d'apport au bien être des autres.

Les résultats des entretiens montrent donc que l'aspect des impacts de l'AVC sur rôles sociaux et des relations est prégnant pour tous les participants interrogés. Cependant, l'aspect de reconstruction par les rôles et les relations émerge en phase chronique lorsque les participants ont accepté la maladie et sont prêts à s'investir dans leur devenir.

Lors des entretiens certains patients ont évoqué se servir de la reprise des rôles et des activités sociales comme des objectifs occupationnels donnant du sens à leur rééducation.

Ainsi, au vu des résultats et de la littérature, le facteur de reconstruction identitaire lié aux rôles sociaux et aux relations semble être plus prégnant en phase chronique de l'AVC. Il est possible que son importance soit également significative en phase subaiguë mais moins

souvent exprimée en raison des priorités immédiates des patients. De ce fait, il semble que notre première hypothèse peut être validée.

1.2. Corrélation entre le niveau d'identité occupationnelle et les différentes phases de l'AVC

Dans cette partie, nous allons vérifier notre seconde hypothèse en confrontant les résultats obtenus avec la littérature scientifique. Rappel de notre seconde hypothèse : « Le niveau d'identité occupationnelle est plus élevé en phase chronique de l'AVC. »

Tout d'abord, les résultats obtenus par l'intermédiaire de l'OPHI-II ont montré une moyenne de la mesure de l'identité occupationnelle supérieur en phase chronique de l'AVC par rapport aux participants en phase subaiguë. Il n'y a pas de corrélations claires entre le niveau d'identité occupationnelle et les informations personnelles et socioculturelles telles que l'âge, le type d'AVC, le lieu de vie actuel, les troubles causés par l'AVC, la catégorie socioprofessionnelle ou la situation familiale. Les résultats montrent une variation significative des scores d'identité occupationnelle au sein de chaque groupe de ces facteurs, suggérant que la phase de l'AVC (subaiguë vs chronique) est un facteur plus déterminant dans le niveau d'identité occupationnelle que les autres variables examinées

Selon Gary Kielhofner (37), notre participation aux occupations aide à créer notre identité. Ainsi l'identité occupationnelle est définie comme un sens de qui l'on est et de ce que l'on souhaite devenir en tant qu'être occupationnel, généré par son histoire de participation occupationnelle. L'histoire occupationnelle se construit au gré des expériences en s'appuyant notamment sur les habiletés, les compétences et sur la performance occupationnelle.

De ce fait, un patient en phase subaiguë se trouvant encore hospitalisé dans un service de rééducation n'a généralement pas la même expérience occupationnelle qu'une personne en phase chronique de son AVC ayant regagné son domicile. Les résultats montrent en effet que les patients en phase subaiguë n'ont pas eu l'opportunité et le temps de réinvestir leurs activités et évoquent en conséquence les occupations qu'ils voudraient faire et non celles qu'ils ont vécues.

Il est également important de relever que les différences de temporalité en termes de date de survenue chez les individus en phase chronique de l'AVC sont très importantes s'étendant parfois à plusieurs années. Une personne chronique ayant fait un AVC il y'a six mois n'a pas le même recul qu'une personne atteinte depuis trois années (28). Les résultats montrent également que les deux patients ayant la plus grande mesure d'identité occupationnelle sont aussi ceux dont la survenue de l'AVC est la plus ancienne.

L'analyse des résultats obtenus et la littérature, permettent de répondre à la seconde hypothèse. En effet, les résultats obtenus sont en corrélation avec la littérature scientifique et tendent à affirmer que la reconstruction de l'identité occupationnelle est liée au facteur temporel. Ainsi, nous pouvons valider le fait que le niveau de reconstruction identitaire serait plus élevé en phase chronique qu'en phase subaiguë de l'AVC.

2. Réflexion professionnelle

La compréhension par les professionnels de santé de l'expérience des survivants d'AVC en matière de rupture de l'identité occupationnelle pourrait contribuer à optimiser les objectifs de rééducation et de réadaptation des patients post-AVC.

De ce fait, la prise en soin axée sur les occupations pourrait offrir aux patients post AVC la possibilité de poursuivre une identité occupationnelle souhaitée. (89) De plus, la participation occupationnelle et l'interaction sociale devraient être des aspects essentiels de la réadaptation post-AVC.

Parmi les différents professionnels qui accompagnent le patient post-AVC l'ergothérapeute intervient tout au long du parcours et peut jouer un rôle crucial au niveau de la reconstruction de l'identité occupationnelle. Ce dernier fonde justement sa pratique autour des occupations significatives de la personne. Ainsi, en s'appuyant sur des modèles conceptuels tel que le MOH, l'ergothérapeute a les compétences pour centrer sa pratique sur la personne et orienter la rééducation et la réadaptation vers les objectifs occupationnels qui font sens pour le patient.

De plus, les ergothérapeutes disposent d'un grand nombre d'outils validés tel que l'OPHI-II. Permettant de personnaliser les prises en soins et de les adapter en fonction des besoins des patients et ce tout au long du parcours de soin.

Les recommandations de bonnes pratiques dressent une liste exhaustive d'actes et d'accompagnements. Il semble donc crucial de réussir à déterminer lesquels proposer afin de cibler les besoins particuliers de chaque patient et ainsi les accompagner au mieux vers le réinvestissement et la reconstruction de leur identité occupationnelle.

3. Forces et limites

La méthodologie d'enquête présente plusieurs forces significatives. Tout d'abord, l'utilisation d'une méthodologie qualitative est particulièrement adaptée à l'exploration des aspects subjectifs et complexes de la reconstruction identitaire, qui sont difficilement mesurables de manière quantitative. Les entretiens semi-structurés utilisés permettent de guider les discussions tout en offrant la flexibilité nécessaire pour approfondir les expériences personnelles des participants. L'utilisation de l'OPHI-II constitue une autre force de cette méthodologie. Cet outil validé apporte une structure rigoureuse pour évaluer l'identité occupationnelle, ce qui renforce la crédibilité et la fiabilité des données recueillies.

Cependant, la méthodologie comporte également plusieurs limites. La taille de l'échantillon, limitée à six patients, restreint la portée et la généralisation des résultats. Un échantillon plus large aurait permis de renforcer la validité des conclusions. De plus, la composition déséquilibrée de l'échantillon, avec deux patients en phase subaiguë et quatre en phase chronique, peut introduire un biais et affecter la comparaison entre les deux groupes.

Les critères d'inclusion et de non-inclusion, bien que nécessaires pour cibler une population spécifique, excluent certaines populations, comme les patients ayant des troubles cognitifs majeurs, une aphasie sévère ou une dépression post-AVC, limitant ainsi la compréhension globale des défis de la reconstruction identitaire post-AVC.

Enfin, bien que l'utilisation d'une méthodologie qualitative soit une force, la nature subjective des entretiens entraîne une variabilité dans les réponses, dépendant de l'interprétation personnelle des participants et des intervieweurs, ce qui peut affecter la fiabilité des conclusions. De plus, bien que détaillée, l'analyse qualitative des entretiens est susceptible d'interprétation subjective, ce qui peut encore affecter la fiabilité des conclusions.

4. Perspectives

Pour enrichir et approfondir cette étude sur la reconstruction identitaire des patients post-AVC, plusieurs perspectives peuvent être envisagées.

Tout d'abord, il serait pertinent d'élargir l'échantillon afin d'augmenter la validité externe des résultats. Une étude à plus grande échelle permettrait de mieux représenter la diversité des expériences des patients post-AVC et de renforcer les conclusions. De plus, inclure des patients présentant différents niveaux de sévérité des troubles cognitifs et de l'aphasie, ainsi que ceux souffrant de dépression post-AVC, offrirait une vision plus complète des défis de la reconstruction identitaire. Cela permettrait d'examiner comment ces facteurs spécifiques influencent l'identité occupationnelle.

De plus, réaliser une étude longitudinale en suivant les mêmes patients sur une période prolongée permettrait d'observer l'évolution de leur reconstruction identitaire. Cela aiderait à identifier les changements et les facteurs influençant ces transformations sur le long terme.

Comparer les résultats avec ceux d'autres groupes de patients ayant subi des traumatismes différents, par exemple des patients ayant eu des blessures médullaires, pourrait offrir des connaissances intéressantes sur les spécificités de la reconstruction identitaire post-AVC. En outre, étudier l'impact de différentes interventions de réadaptation, telles que l'ergothérapie, la psychothérapie ou la kinésithérapie, sur la reconstruction identitaire pourrait fournir des informations précieuses sur les approches les plus efficaces pour soutenir les patients post-AVC.

De plus, explorer comment les facteurs culturels influencent la reconstruction identitaire pourrait être une piste intéressante, car les attitudes envers la maladie, la réadaptation et le soutien social varient selon les cultures et peuvent avoir un impact significatif sur l'expérience des patients. (80)

Aborder d'autres concepts du MOH tel que la volition pourrait aider apporter des éléments nouveaux sur la compréhension du processus de reconstruction de l'identité occupationnelle.

En explorant ces perspectives, il serait donc possible de développer une compréhension plus complète et nuancée de la reconstruction identitaire chez les patients post-AVC, ainsi que de mieux adapter les interventions.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche visait à explorer et comparer les facteurs de reconstruction de l'identité occupationnelle ainsi que le niveau d'identité occupationnelle chez des patients post-AVC en phase subaiguë et en phase chronique. Les résultats obtenus ont permis de répondre à la problématique initiale et d'offrir une réflexion sur les pratiques professionnelles en ergothérapie.

En effet, les analyses des entretiens et l'utilisation de l'OPHI-II semblent montrer que les facteurs de reconstruction identitaire diffèrent selon la phase de l'AVC. La littérature scientifique, ainsi que les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), sont en adéquation avec ces observations en soulignant que les objectifs de rééducation évoluent avec le temps. La réévaluation régulière des objectifs occupationnels du patient en fonction de ce qui fait sens pour lui est donc primordiale.

Quant au niveau d'identité occupationnelle, les résultats semblent montrer qu'il est généralement plus élevé chez les patients en phase chronique par rapport à ceux en phase subaiguë. Cette observation s'aligne avec les théories de Gary Kielhofner sur l'importance de l'expérience occupationnelle dans la formation de l'identité.

Cependant, cette étude comporte certaines limites significatives et n'apportent pas un niveau de preuve suffisant. Nous sommes donc contraints d'émettre certaines réserves quant à la généralisation des conclusions. De ce fait, d'autres projets de recherche sur ce sujet ayant de plus grands niveaux de preuve permettraient une meilleure compréhension de ce processus.

La prise en compte en tant qu'ergothérapeute de l'identité occupationnelle du patient dans les prises en soin en phase subaiguë et en phase chronique semble très intéressant et vecteur d'une possible meilleure prise en soin du patient.

Ce travail d'initiation à la recherche a suscité en moi un très grand intérêt. En effet, découvrir l'ergothérapie à travers le prisme du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) m'a sans nul doute grandement enrichi, tant au niveau des connaissances que de mes convictions en tant que futur professionnel de santé. J'ai pris conscience de l'importance des avancées en sciences de la réadaptation et de la nécessité de maintenir une veille scientifique.

Enfin ce travail m'a donné l'opportunité de découvrir le monde de la recherche, me donnant soif de poursuivre d'autres travaux à l'avenir, contribuant ainsi modestement au monde de la recherche et à mon propre développement professionnel et personnel.

Références bibliographiques

1. Denieuil PN. L'identité selon Claude Lévi-Strauss. De la substance à la structure. 2009;
2. Dubar C. Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité. 2007;
3. Marc E. La construction identitaire de l'individu. In: Identité(s). 2016.
4. Mucchielli A. L'Identité. 2021.
5. Mucchielli A. L'identité. 1999.
6. Mucchielli A. Les fondements de l'identité psychosociologique. In 2013.
7. Blanchet P, Francard M. APPARTENANCE (SENTIMENT D'). In 2003.
8. Codol JP. Une approche cognitive du sentiment d'identité. 1 févr 1981;
9. Taylor S. Identity Construction. In: Tracy K, Sandel T, Ilie C, éditeurs. 2015.
10. Pernet C, Savard D. 2. Construction identitaire et handicap. In 2009.
11. Mahler M. Symbiose et séparation-individualisation. 2013;
12. Périer A. L'embarras du corps dans la construction identitaire transgenre à l'adolescence. In 2023.
13. Morel-Bracq MC. Sciences de l'occupation pour les ergothérapeutes.
14. Pierce D. Occupational Science for Occupational Therapy. 1 oct 2013;
15. Morel-Bracq MC. Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In 2017.
16. Taylor RR. MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. 2017.
17. Villaumé A. Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. 1 févr 2019;
18. Christiansen C. Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. 1999.
19. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn.* 1982;4(2):167-82.
20. Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociol Health Illn.* 1991;13(4):451-68.
21. Colin D. Mouvement de grandir et quête d'une identité personnelle : le modèle développemental d'Erikson. *Contraste.* 2016;44(2):75-91.
22. Flis-Trèves M. Les ruptures. In: Ruptures. Presses Universitaires de France; 2013. p. 1-4. (Hors collection).
23. OMS. Handicap. 2001;

24. Levack WM. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7).
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. Accident vasculaire cérébral (AVC).
26. Marchetti É. Être psychologue dans un service hospitalier de cardiologie. *J Psychol.* 2007;252(9):35-8.
27. sticker HJ. La brisure du handicap en cours de vie. Aspects anthropologiques. In: *Quand le handicap s'invite au cours de la vie.* 2019. p. 51-7. (Connaissances de la diversité).
28. Nemraoui F. Conflits de l'identité suite à un AVC survenant chez des sujets jeunes (18-45 ans). *Topique.* 2022;156(3):109-20.
29. Sacco RL. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *Stroke.* juill 2013;44(7):2064-89.
30. Health P. World Health Organization (WHO) Definition of Stroke - Public Health. 2020.
31. Baer G, Durward B. Stroke. In: *Physical Management in Neurological Rehabilitation.* 2004. p. 75-101.
32. Chen X. A comprehensive review of stroke: Types, epidemiology, pathophysiology, and risk factors. *Meyafarqin Med J.* 30 avr 2023;2(1):15-8.
33. Guzik A, Bushnell C. Stroke Epidemiology and Risk Factor Management. *Contin Lifelong Learn Neurol.* févr 2017;23(1):15.
34. Tranchant C. *Livre de l'interne - Neurologie.* Lavoisier; 2012. 546 p.
35. Bates E, Wilson SM, Saygin AP, Dick F, Sereno MI, Knight RT, et al. Voxel-based lesion-symptom mapping. *Nat Neurosci.* mai 2003;6(5):448-50.
36. Nicaise S. Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC de Muriel Darmon : la fabrication sociale du neurologique. *La Découverte,* 2021, 317 pages. *Rev Fr Aff Soc.* 2021;(3):347-53.
37. Kielhofner G. *A Model of Human Occupation: Theory and Application.* 2002.
38. American Stroke Association. Hemiparesis. 2024.
39. Inserm. Accident vasculaire cérébral (AVC) - anté. 2024.
40. Morand A de. *Pratique de la rééducation neurologique.* Elsevier Health Sciences; 2022. 357 p.
41. Daviet JC, Dudognon PJ, Salle JY, Munoz M, Lissandre JP, Rebeyrotte I, et al. Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. Bilan et prise en charge. *EMC - Kinésithérapie - Médecine Phys - Réadapt.* janv 2006;1(1):1-24.
42. Hiengkaew V, Vittayasoontorn P, Meenathanin P, Kaewtong A. Joint Range of Motion in Flaccid Hemiplegia. *Hong Kong Physiother J.* 1 janv 2003;21(1):15-21.
43. Bourbonnais D, Noven SV. Weakness in Patients With Hemiparesis. *Am J Occup Ther.* 1 mai 1989;43(5):313-9.

44. Kessner SS, Bingel U, Thomalla G. Somatosensory deficits after stroke: a scoping review. *Top Stroke Rehabil.* 17 févr 2016;23(2):136-46.
45. Bigley GK. Sensation. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, éditeurs. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations.* 3rd éd. Boston: Butterworths; 1990.
46. Jones LA. Peripheral Mechanisms of Touch and Proprioception. *Can J Physiol Pharmacol.* mai 1994;72(5):484-7.
47. Taylor RR. MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. 2017.
48. Sagnier S, Munsch F, Bigourdan A, Debruxelles S, Poli M, Renou P, et al. The Influence of Stroke Location on Cognitive and Mood Impairment. A Voxel-Based Lesion-Symptom Mapping Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 1 mai 2019;28(5):1236-42.
49. Cumming TB, Marshall RS, Lazar RM. Stroke, Cognitive Deficits, and Rehabilitation: Still an Incomplete Picture. *Int J Stroke.* 1 janv 2013;8(1):38-45.
50. Joseph PA, Sorita É, Douguet AS, Le Guet JL, Taruella A, Mazaux JM, et al. Rééducation des troubles des fonctions exécutives et de l'attention après AVC. In: Davenne B, Le Breton F, éditeurs. *Accident vasculaire cérébral et médecine physique et de réadaptation: Actualités en 2010.* Paris: Springer; 2010. p. 93-101.
51. Barker-Collo S, Feigin VL, Parag V, Lawes CMM, Senior H. Auckland Stroke Outcomes Study. *Neurology.* 2 nov 2010;75(18):1608-16.
52. Luauté J, Halligan P, Rode G, Rossetti Y, Boisson D. Visuo-spatial neglect: A systematic review of current interventions and their effectiveness. *Neurosci Biobehav Rev.* 1 janv 2006;30(7):961-82.
53. Jehkonen M, Laihosalo M, Kettunen JE. Impact of neglect on functional outcome after stroke – a review of methodological issues and recent research findings. *Restor Neurol Neurosci.* 1 janv 2006;24(4-6):209-15.
54. Kouki N, Mahboubi H, Saloua F, Mahmoud MSB, Jamoussi H, Ali NB, et al. Handicap invisible en post-AVC : la fatigue. *Rev Neurol (Paris).* 1 avr 2023;179:S130.
55. Kielhofner G, Forsyth K. The Model of Human Occupation: An Overview of Current Concepts. *Br J Occup Ther.* 1 mars 1997;60(3):103-10.
56. Gaete JM, Bogousslavsky J. Post-stroke depression. *Expert Rev Neurother.* 1 janv 2008;8(1):75-92.
57. Palmer R, Dimairo M, Cooper C, Enderby P, Brady M, Bowen A, et al. Self-managed, computerised speech and language therapy for patients with chronic aphasia post-stroke compared with usual care or attention control (Big CACTUS): a multicentre, single-blinded, randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* 1 sept 2019;18(9):821-33.
58. Jacquin-Courtois S. L'enjeu cognitif post AVC : focus sur les troubles du langage et les troubles dysexécutifs. *Bull Académie Natl Médecine.* 1 mai 2022;206(5):604-11.
59. Daviet JC, Joste R, Salle JY. Les troubles du comportement et les troubles cognitifs post AVC. In: *L'AVC, de la rééducation à la réadaptation 31èmes journées d'étude de l'AIIR.* Limoges, France; 2013.

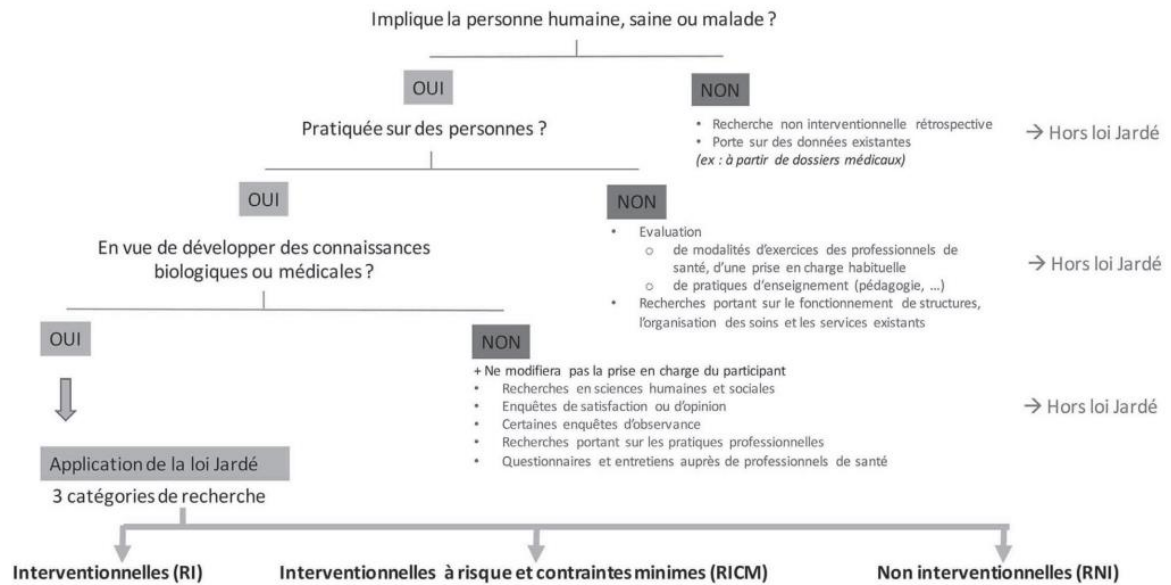
60. Medeiros GC, Roy D, Kontos N, Beach SR. Post-stroke depression: A 2020 updated review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;66:70-80.
61. Schulte-Altedorneburg M, Bereczki D. [Post-stroke depression]. *Orv Hetil*. 24 août 2014;155(34):1335-43.
62. Jorge RE, Starkstein SE, Robinson RG. Apathy following Stroke. *Can J Psychiatry*. 1 juin 2010;55(6):350-4.
63. Bembem L, Kaisser L, Kalis C, Rozenberg J. 2. Accompagner le quotidien et la fragilité. In: *Accompagnement institutionnel d'adultes en situation de handicap*. Toulouse: Érès; 2019. p. 87-142. (Connaissances de la diversité).
64. Richards CL, Malouin F, Nadeau S. Stroke rehabilitation. In: *Progress in Brain Research*. Elsevier; 2015. p. 253-80.
65. Sztajzel R, Sarasin F. Accident vasculaire cérébral : prise en charge en urgence. *Rev Médicale Suisse*. 2003;61(2446):1503-6.
66. Heuschling A. Accident vasculaire cérébral : de la prise en charge précoce à la rééducation. *Rev Med Brux*. 2013;
67. Ameli. *Traitement de l'AVC*. 2023.
68. HAS. *Recommandation de bonne pratique*. 2013;
69. Clarke S, Bindschaedler C, Crottaz-Herbette S. Impact of Cognitive Neuroscience on Stroke Rehabilitation. *Stroke*. mai 2015;46(5):1408-13.
70. HAS. *AVC : premières recommandations sur la rééducation à la phase chronique*. 2022.
71. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. *Stroke*. sept 2005;36(9):e100-43.
72. HAS. *Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC*. 2020;
73. Hernandez H. L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt*. 1 déc 2010;30(4):194-7.
74. Levack WMM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: How clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Educ Couns*. 1 nov 2011;85(2):206-13.
75. Apollon-Roy D, Miéville C, Poissant L. Portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes en réadaptation post-AVC. *Rev Francoph Rech En Ergothérapie*. 16 déc 2021;7(2):63-84.
76. Tessier. *L'organisation et le prestation des services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches*. 2012.
77. Cup EHC, Scholte op Reimer WJM, Thijssen MCE, van Kuyk-Minis MAH. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clin Rehabil*. 1 juin 2003;17(4):402-9.

78. Gardien E. Soins et rééducation au péril de l'intimité partagée. In: Soins et rééducation au péril de l'intimité partagée. France; 2009.
79. Piet-Robion C, Joyeux F, Jokic C. Prise en soins des patients avec un traumatisme crânien : quelles rééducations cognitives ? Comment s'adapter ? Rev Neuropsychol. 2019;11(4):279-87.
80. Fougeyrollas P, Dumont C. Construction identitaire et résilience en réadaptation. Frontières. 2009;22(1-2):22-6.
81. Roussennac V. L'accompagnement psychologique des victimes d'un traumatisme crânien. Aide-Soignante. 1 août 2014;28(159):13-4.
82. Apte A, Kielhofner G, Paul-Ward A, Braveman B. Therapists' and Clients' Perceptions of the Occupational Performance History Interview. Occup Ther Health Care. janv 2005;19(1-2):173-92.
83. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.
84. Kielhofner G, Dobria L, Forsyth K, Basu S. The Construction of Keyforms for Obtaining Instantaneous Measures from the Occupational Performance History Interview Rating Scales. OTJR Occup Particip Health. janv 2005;25(1):23-32.
85. Pouplin S, Chaillot F, Chavoix C. Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France : la loi Jardé et son évolution. ErgOThérapies. 2019;72:61-5.
86. Charmaz K. Identity Dilemmas of Chronically Ill Men. Sociol Q. 1 mai 1994;35(2):269-88.
87. Charmaz K. The Body, Identity, and Self: Sociol Q. 1995;36(4):657-80.
88. Lyons M, Orozovic N, Davis J, Newman J. Doing-Being-Becoming: Occupational Experiences of Persons With Life-Threatening Illnesses. Am J Occup Ther. 1 mai 2002;56(3):285-95.
89. Martin-Saez MM, James N. The experience of occupational identity disruption post stroke: a systematic review and meta-ethnography. Disabil Rehabil. 10 avr 2021;43(8):1044-55.

Annexes

Annexe I. Champ d'intervention Loi Jardé	47
Annexe II. Formulaire de consentement	48
Annexe III. Trame d'entretien	49
Annexe IV. Exemple d'analyse d'entretien : Entretien 3 / Virginie	52
Annexe IV.I. Entretien retranscrit.....	52
Annexe IV.II. Grille d'analyse.....	55
Annexe IV.III. Clé d'interprétation.....	58

Annexe I. Champ d'intervention Loi Jardé



Annexe II. Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement destiné aux personnes participant à l'étude et répondant aux critères d'inclusion et de non inclusion.

- **Objectif du travail d'initiation à la recherche :**

Ce travail d'initiation à la recherche a pour objectif d'étudier et d'observer le niveau de reconstruction identitaire et ses facteurs de reconstruction à la suite d'un Accident Vasculaire Cérébral.

- **Personnes responsables de l'étude :**

- JANTY Théophile, étudiant en troisième année d'ergothérapie à l'ILFOMER de Limoges.

Téléphone : 0768390175

- BORDES Luc, ergothérapeute Diplômée d'Etat exerçant dans le service de MPR au Centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde (19).

- **Nature et durée de la participation**

L'entretien s'effectuera de la manière suivante : je vais vous poser quelques questions sur lesquelles nous allons échanger sur une durée d'environ 30 minutes.

Les questions aborderont vos habitudes de vie et vos ressentis quant à la survenue de l'AVC dans votre quotidien.

- **Retrait de participation :**

La participation ou non à cet entretien est libre et volontaire. Vous pouvez également vous retirer au à n'importe quel moment de l'entretien. De même, vous êtes en droit de ne pas répondre à une ou plusieurs questions.

- **Confidentialité :**

Les informations recueillies lors de cet entretien sont strictement confidentielles. Aucune donnée vous concernant et permettant de vous identifier ne sera divulguées.

- **Enregistrement audio de l'entretien :**

Cet entretien sera, si vous êtes d'accord, enregistré afin de garantir une analyse complète de tous les sujets abordés. Je retranscrirai ensuite à l'écrit cet enregistrement.

Signature du participant :

Je soussigné _____ déclare avoir lu le document et accepte de participer au travail de Théophile JANTY

Date et signature :

Signature de l'étudiant :

Je soussigné *JANTY Théophile*, atteste avoir expliqué au participant tous les termes de ce formulaire.

Date et signature :

Annexe III. Trame d'entretien

Entretien identité occupationnelle OPHI-II

Ceci est une trame qui oriente l'entretien, les questions sont susceptibles de changer en fonction des réponses et de la situation de la personne interrogée.

Semi directif

1 – Bonjour, je m'appelle Théophile JANTY, je suis étudiant en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de Limoges. Je réalise dans le cadre de mes études un travail de recherche qui porte sur la reconstruction de l'identité après un AVC. Pour cela nous allons échanger pendant environ 30 minutes sur votre quotidien, vos relations, etc. N'hésitez surtout pas à me faire comprendre si vous ne comprenez pas le sens de mes questions. Du coup est ce que vous avez des questions avant qu'on commence l'entretien ?

Est-ce que vous pouvez vous présenter et me raconter le parcours de votre vie ?

Item 7 ; 11

2 – Comment en êtes-vous venu à avoir ce travail ? et qu'est-ce que vous en avez retiré ?

Item 9 ; 10 ; 11

3 – J'ai conscience que l'AVC a du bouleverser beaucoup de choses, quels ont été selon vous les plus grandes répercussions sur votre quotidien ?

Item 5 ; 7 ;

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations
- Les rôles sociaux et les relations
- Les routines
- La perception et les interactions avec l'environnement et ses attentes

4 – Comment aujourd'hui arrivez-vous à gérer les responsabilités en tant que (mari, père, travailleur, associatif...) ?

Item : 4 ; 6 ; 7

Facteurs :

- Les rôles sociaux et les relations
- Les priorités et les obligations quotidiennes
- Les routines

5 – Avez-vous des loisirs ou des activités qui vous tiennent à cœur ?

Item : 2 ; 8

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations
- Les rôles sociaux et les relations

6 – Vous arrive-t-il d'avoir des buts personnels, des plans pour le futur ?

Item : 1 ; 2 ; 8

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Les priorités et les obligations quotidiennes
-

Observable au cours de l'entretien

Item : 3 ; 5 ; 6

Directif si l'échange n'est pas assez précis

1 – Parlez-moi un peu de vous, travaillez-vous actuellement ?

Item : 7

Facteurs :

- Les priorités et obligations quotidiennes

2– Avez-vous fait des études et travaillé dans le passé ?

Item : 9 ; 10 ; 11

3 - Comment en êtes-vous venu à avoir ce travail ? et qu'est-ce que vous en avez retiré ?

Item : 9 ; 10 ; 11

4 – Êtes-vous responsable d'enfant, conjoint ?

Item : 4 ; 7

Facteurs :

- Les rôles sociaux et relations
- Les priorités et obligations quotidiennes

5 - Désormais vous (travaillez/êtes à la retraite...), est-ce que vous sentez que quelque chose a changé dans votre quotidien depuis la survenue de l'AVC ?

Item : 4 ; 5

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations
- Les rôles sociaux et les relations
- Les routines
- La perception et les interactions avec l'environnement et ses attentes

6 – Comment gérez-vous les tâches/responsabilités du quotidien ?

Item : 3 ; 4 ; 5

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations
- Les routines
- Les priorités et obligations quotidiennes
- La perception et les interactions avec l'environnement et ses attentes

7 - Décrivez moi une journée ordinaire dans la semaine.

Item : 2

Facteurs :

- Les routines
- Les priorités et obligations quotidiennes

8 - Le week-end est-il différent ?

Item : 2

Facteurs :

- Les routines
- Les priorités et obligations quotidiennes

9 – Êtes-vous satisfait de votre routine quotidienne ?

Item : 2 ; 3

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations

10 – (si oui) Qu'est-ce qui vous plaît dans cette routine ?

Item : 2

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations

11 - (si non) Qu'est-ce qui vous déplaît dans cette routine ?

Item : 3

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations

12 – Était-elle la même avant l'AVC ?

Item : 9 ; 10

Facteurs :

- Les routines
- Les priorités et obligations quotidiennes

13 – (si non) En quoi était-elle différente ?

Item : 9 ; 10 ; 11

Facteurs :

- Les routines
- Les priorités et obligations quotidiennes

14 – Avez-vous des loisirs ou des activités qui vous tiennent à cœur ?

Item : 8

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations
- Les rôles sociaux et les relations

15 – Qu'est-ce que vous aimez dans cette activité ?

Item : 8

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations
- Les rôles sociaux et les relations

16 – Avez-vous des objectifs pour le futur ?

Item : 1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 8

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations
- Les priorités et les obligations quotidiennes

17 – (Si oui) Quels sont-ils ?

Item : 1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 8

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Le sens et la satisfaction éprouvés dans les occupations
- Les priorités et les obligations quotidiennes

18 – (Si non) Qu'est-ce qui vous freine à en avoir ?

Item : 1 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8

Facteurs :

- Les sentiments de capacité et d'efficacité dans les occupations
- Les priorités et les obligations quotidiennes

Annexe IV. Exemple d'analyse d'entretien : Entretien 3 / Virginie

Annexe IV.I. Entretien retranscrit

T : Bonjour, je m'appelle Théophile JANTY, je suis étudiant en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de Limoges. Je réalise dans le cadre de mes études un travail de recherche qui porte sur la reconstruction de l'identité après un AVC. Pour cela nous allons échanger pendant environ 30 minutes sur votre quotidien, vos relations, etc. N'hésitez surtout pas à me faire comprendre si vous ne comprenez pas le sens de mes questions. Du coup est ce que vous avez des questions avant qu'on commence l'entretien ?

Virginie : Non c'est plutôt vous qui en avez.

T : Oui, c'est moi qui en ai effectivement ! Donc premièrement, est-ce que vous pouvez me raconter un peu le parcours de votre vie ?

Virginie : Avant l'AVC ?

T : Oui

Virginie : Alors c'est une vie euh, mariée, 2 enfants 45 ans à l'époque j'avais mes 2 enfants de 11 et 17 ans lors de mon premier AVC ma fille était en 6e et mon fils passait son bac de français. Et moi je travaillais depuis plus de 20 ans dans une société de travaux publics je m'occupais du marché public d'appel d'offres. Mon AVC est survenu sur mon lieu de travail, c'est un accident de travail lié au stress.

T : Votre AVC a été reconnu comme accident du travail ?

Virginie : Oui le professeur qui m'a diagnostiqué il m'a dit que si je n'avais pas eu autant de stress au travail je n'aurai sûrement pas fait un AVC. Et cet AVC a bien été reconnu en tant qu'accident du travail. J'avais 45 ans 2 enfants un travail et j'avais aucune possibilité de prédire ce qui allait m'arriver... Un AVC assez costaud, un mois de réanimation et un an ici en rééducation.

Et moi qui m'occupait de marché public, de rentabilité, de choses à faire, je suis angoissé à la base mais je suis en très bonne santé alors je suis tombé de haut.

T : D'accord et l'AVC a mis tout en tout entier de parenthèses ?

Virginie : En sortant de l'hôpital, je me suis retrouvé malade parmi les bien portants. Je ne pouvais plus travailler, je ne pouvais plus conduire. Donc je me suis rapproché d'associations « France AVC Limousin », cette association elle s'occupe des survivants d'AVC, je me suis impliqué dedans, je suis actuellement la secrétaire de cette association.

Si vous voulez, j'ai remplacé ma vie sociale. Avant j'avais le travail mais j'ai perdu la vie sociale sans mon travail. J'ai remplacé la vie du travail par la vie associative.

T : OK. Et vous avez réussi à trouver la satisfaction autant que dans votre travail ?

Virginie : Non, non, pas autant non, c'est différent, très différent.

T : Différent dans quel sens du coup ?

Virginie : Parce qu'être dans une association, ce n'est pas être au travail hein, c'est pas pareil le travail, vous avez une hiérarchie, une tâche à respecter, des obligations. Alors qu'une association, c'est en fonction des projets futurs mais c'est bien plus libre. Bien que

T : Ok, et est-ce qu'en plus de votre activité associative vous avez des loisirs ou des activités qui vous tiennent à cœur ?

Virginie : J'ai découvert en 2015 grâce à Hémipass l'activité physique adaptée. Avant je faisais de la kiné mais en 2015 j'ai commencé à faire de l'APA et ça a tout changé.

Théophile

Vous faites tout type de sport ?

Virginie :

Je fais du pilate et de la gym douce trois fois par semaine.

T : Et ça vous apporte quoi dans votre quotidien ?

Virginie : Ah et bien déjà physiquement, j'ai remplacé une séance de kiné, avant j'avais deux séances de kiné, j'en ai plus qu'une. Et ça m'apporte le besoin de me dépenser, le besoin d'être en contact avec la vie sociale, de faire partie d'association.

Virginie : Je suis allé voir l'assistante sociale et j'ai le droit à sept heures d'accompagnement par semaine...8 heures. Pour l'accompagnement à la vie sociale. Ça me permet de me rendre à l'association France AVC.

T : Donc vous vous servez de votre auxiliaire de vie pour vous rendre à l'association ?

Virginie : Oui c'est ça c'est un accompagnement à la vie sociale, pour garder le lien social après l'AVC.

Théophile : Pour vous c'était important de garder ce lien social avant tout ?

Virginie : Ah oui, ah oui. Parce que finalement après cet accident, j'avais tendance à me refermer sur moi-même. C'est la psychiatre qui me suivait qui m'a poussé à me refaire une vie sociale.

T : Elle est peut-être un peu difficile la question que je vais vous poser, mais qu'est ce qui a été le plus bénéfique selon vous entre les récupérations purement physiques et la création d'un nouveau cercle social ?

Virginie : Les deux ensembles, ce qu'il faut savoir c'est qu'à l'hôpital, je m'étais juré de remarquer et je voulais retravailler. Pour moi, la vie sociale, c'était un but, c'était repartir dans la vie. C'est pour ça je pense que j'ai fourni autant d'efforts en rééducation.

Mais à côté de ça j'ai de la chance, financièrement je m'en sors bien parce que mon accident est reconnu comme accident du travail.

T : Et du coup, le fait que soit passé en accident du travail et que le côté financier était moins important, ça vous a aidé ?

Virginie : Ah oui, oui oui, parce que aussi par rapport au regard des autres je ne suis pas dépendante des aides versés par l'état. C'est une reconnaissance de ce qui m'est arrivé et ça ça a une très grande importance.

T : Et donc cet AVC il a dû impacter plus que le travail, comment ça s'est passé au niveau de la famille et de votre rôle de mère ?

Virginie : Tout à fait, au niveau de la famille déjà ma fille est adolescente, ça a entraîné une rupture de la relation. Avant c'est moi qui l'emmenais à la piscine et voir ses copines. Désormais, je ne conduis pas, je ne travaille pas, je ne fais plus rien. Alors elle s'est tournée vers son père.

T : Comment vous l'avez vécu ça ?

Virginie : C'était très dur vraiment mais c'est revenu. En fait quand je suis parti à l'hôpital elle avait 11ans et quand je suis retourné à la maison elle en avait 13. Elle était en pleine crise d'adolescence. Moi j'avais changé et elle aussi, c'était très très dur psychologiquement de m'éloigner de ma fille à cause de cet AVC. Mais on s'est rapproché une fois qu'elle est partie à Toulouse, qu'elle est devenue adulte et qu'elle a compris ce qui m'était arrivé.

T : Et concernant vos autres proches ça s'est passé comment ?

Virginie : C'est très bien passé. La maladie c'est quelque chose qui fait peur, qui fait fuir. Alors qu'avec mon mari ça nous a rapproché. Et mon fils a beaucoup de qualités humaines, il a vite compris et m'a soutenu.

T : Si j'ai bien compris, ça a touché à votre rôle place dans la famille en tant que mère. Dans quelle mesure diriez-vous que ça a modifié votre rôle de mère ?

Virginie : Avant on faisait donc beaucoup de choses ensembles, on allait en ville, je l'emmenais chez ses copines et c'est son papa qui a pris le relai, elle s'est rapprochée de son papa et éloigné de moi.

Ma fille c'était une grande partie de ma vie sociale, à côté de ça je travaillais énormément et le reste du temps je m'occupais de l'administratif à la maison.

T : C'est vous qui faisiez tout à la maison au niveau de la gestion et de l'entretien ?

Virginie : Alors non j'avais déjà une aide-ménagère trois heures par semaine parce que je n'avais pas le temps de m'en occuper, je bossais à fond. Donc oui voilà j'avais déjà trois heures d'aide pour faire le ménage.

Mais au niveau de ce que je faisais, c'est-à-dire la bureautique, je suis très ralenti à cause de ma main et ça c'est difficile à accepter.

T : D'accord je comprends, et dans quelle mesure l'AVC a-t'il touché à votre autonomie au domicile ?

Virginie : J'ai un déficit sensitif donc on a fait installer un monte escaliers car je suis incapable de monter sans. Après je suis autonome pour la toilette et pour me déplacer c'est le principal. Et je n'ai jamais vraiment cuisiné donc ça ça n'a pas changé.

Et on a adopté un chien à la SPA, les enfants sont partis donc c'est important ça apporte beaucoup de présence.

T : Donc là si j'ai bien compris, votre AVC a principalement touché votre vie sociale et votre capacité à vous occuper des tâches administratives c'est ça ?

Virginie : Oui c'est ça, mais j'ai réussi à réinvestir ma vie sociale maintenant. Par contre je n'ai jamais été dépressive, j'ai toujours gardé une colère en moi que j'ai utilisé pour avancer.

T : Elle avait quel motif cette colère ?

Virginie : C'était une colère parce que je me disais « pourquoi moi ? », je suis en bonne santé, je fais du sport, je ne fumais pas, je ne buvais pas, j'avais le travail, la vie, quelques petits moments au restau'. J'étais en colère, je me suis dit « pourquoi moi ? » et « à quoi bon d'avoir une vie saine pour attraper un truc comme ça ». Mais maintenant j'ai la réponse. Un jour un médecin m'a dit : « Virginie, si vous n'aviez pas été en bonne santé physique, vous ne seriez peut-être plus là aujourd'hui. » Donc sûrement que le fait que je sois en bonne santé au final m'a aidé, mais j'ai quand même encore la colère de me dire « pourquoi moi ? », cette colère j'ai appris à vivre avec c'est comme ça. J'avais quarante-cinq ans, deux enfants, un mari, un travail, la vie était parfaite pour moi, j'avais juste le stress du travail.

T : Le stress que vous aviez prenait une grande place dans votre vie ?

Virginie : Oh c'était assez stressant oui mais vous savez, si à chaque fois que j'avais été stressé j'avais fait un AVC, croyez-moi, j'en aurais eu plusieurs. Non mais, j'avais un supérieur qui me harcelait mais je m'en rendais pas compte. Moi, j'étais apprécié par mes patrons, lui était là parce que son père les connaissait bien. Et il se vengeait sur moi, je m'en rendait pas compte. Je m'en suis rendu compte tout bêtement quand je suis revenu à mon travail après mon AVC, j'ai deux de mes remplaçantes qui se sont barrées à cause de lui. Donc c'est là que je me suis dit « Virginie, elles ont été plus intelligentes que toi », moi j'étais forte de ma relation avec mon patron, fort de la satisfaction que j'avais de ce travail, je ne voulais pas céder.

T : Et donc maintenant que vous ne travaillez plus, est-ce que désormais ce stress n'est plus présent ?

Virginie : Alors en effet j'ai plus le stress du travail, mais vous savez, je suis d'une nature très anxieuse et ce stress du travail, je l'ai remplacé par la peur d'avoir un second AVC, la peur d'en avoir un autre.

T : Comment elles se manifestent ces angoisses ?

Virginie : Anxiété permanentes, des ruminations, beaucoup de ruminations, l'anxiété de sortir. Des difficultés à me concentrer sur quelque chose sans y penser. Je dors même sous anxiolytique pour éviter les angoisses au milieu de la nuit. Avant je n'en prenais pas.

T : Et au niveau de vos loisirs vous m'avez dit faire du sport adapté et être dans l'associatif c'est ça ? Qu'est ce que vous en retirez ?

Virginie : Oui l'activité physique adapté est un loisir clairement. Et m'investir dans France AVC ça m'a beaucoup apporté. J'ai rencontré beaucoup de gens qui sont dans le même cas que moi, on a des points communs, on a la même maladie, on a survécu, on sait qu'on a tous été capable de survivre à un AVC. On sait qu'on a une force intérieure qui nous permet de lutter contre la maladie. On partage des repas, des permanences, des activités.

T : En fait ça vous a aidé à créer un réseau social c'est ça ?

Virginie : Oui c'est ça, et puis on se soutien en permanence.

T : Et le fait de rentrer à domicile, vous l'avez vécu comment ?

Virginie : J'étais contente de rentrer chez moi, j'étais confronté aux difficultés mais ça m'a permis de progresser même si c'était difficile. En fait pour tout vous dire, je n'avais pas fait le deuil de mon AVC avant mon retour à domicile. C'est là que je me suis aperçu qu'il y avait un avant et un après et les soins de rééducation sont une passerelle entre ces deux vies. Vous savez, j'aime beaucoup la phrase qui dit : « On a deux vies, et la deuxième commence quand on se rend compte qu'on en a qu'une », je trouve qu'elle illustre bien l'AVC finalement.

Annexe IV.II. Grille d'analyse

ÉCHELLE D'IDENTITÉ OCCUPATIONNELLE				
Item		Critère	Commentaires	
A des buts et des projets personnels	1	4	<input type="checkbox"/> Ses buts / projets personnels représentent un défi, demandent ou exigent un effort. <input type="checkbox"/> Il est enthousiaste / stimulé par rapport à ses objectifs futurs / projets personnels.	
		3	<input checked="" type="checkbox"/> Ses objectifs / projets personnels conviennent à ses forces / ses limites. <input checked="" type="checkbox"/> Suffisamment motivé face au futur pour surmonter ses craintes et relever les défis <input type="checkbox"/> Motivé à travailler à ses buts / projets personnels.	
	1	2	<input type="checkbox"/> Ses buts / projets sont en-deçà ou au-dessus de ses capacités. <input type="checkbox"/> Pas très motivé à travailler sur ses buts/ projets personnels. <input type="checkbox"/> Difficulté à penser à ses buts / ses projets personnels / son avenir. <input type="checkbox"/> Engagement / intérêt / motivation limité (e).	
		1	<input type="checkbox"/> Incapable d'identifier ses buts / projets personnels. <input type="checkbox"/> Ses buts / projets personnels visés sont irréalistes étant donné les habiletés présentes. <input type="checkbox"/> Ses buts n'ont peu ou pas de relations avec ses forces et ses limites. <input type="checkbox"/> Il manque d'engagement ou de motivation par rapport à son avenir. <input type="checkbox"/> Il n'est pas motivé en raison de buts / projets personnels contradictoires / démesurés.	
Nomme un style de vie souhaité	2	4	<input type="checkbox"/> Extrêmement engagé dans son mode de vie actuel. <input type="checkbox"/> A des convictions profondes sur la façon de vivre. <input type="checkbox"/> Identifie une forte préférence en ce qui concerne son futur mode de vie. <input checked="" type="checkbox"/> Identifie une ou plusieurs occupations très significatives. <input checked="" type="checkbox"/> A une idée claire de ses priorités pour gérer / occuper son temps.	
		3	<input type="checkbox"/> Identifie le mode de vie qu'il désire avec quelques craintes ou insatisfactions. <input type="checkbox"/> A une bonne idée de ses priorités pour gérer / occuper son temps. <input type="checkbox"/> Identifie une ou plusieurs occupations qui sont assez importantes et significatives. <input checked="" type="checkbox"/> Généralement heureux de son mode de vie actuel.	
	2	2	<input type="checkbox"/> Difficultés à identifier le mode de vie qu'il désire dans le futur. <input type="checkbox"/> Beaucoup de craintes ou d'insatisfactions par rapport à son mode de vie actuel. <input type="checkbox"/> Difficulté à identifier comment gérer / occuper son temps. <input type="checkbox"/> Difficulté à identifier les occupations significatives courantes / perte d'enthousiasme pour celles-ci.	
		1	<input type="checkbox"/> Extrêmement malheureux de son mode de vie actuel / de ses routines. <input type="checkbox"/> Ne peut identifier un futur mode de vie significatif. <input type="checkbox"/> Ne peut identifier des occupations stimulantes / satisfaisantes. <input type="checkbox"/> Ne peut envisager comment gérer / occuper son temps.	
A des attentes face à des réussites	3	4	<input type="checkbox"/> Extrêmement confiant dans sa capacité à surmonter les obstacles / les limites / les échecs. <input checked="" type="checkbox"/> Recherche les défis. <input checked="" type="checkbox"/> Croit fortement à son efficacité personnelle. <input type="checkbox"/> Sensation de mener sa vie. <input checked="" type="checkbox"/> Accepte les circonstances hors de son contrôle sans se décourager.	
		3	<input type="checkbox"/> Confiant de surmonter les obstacles / les limites / les échecs. <input type="checkbox"/> Fait face aux défis avec l'espoir de succès. <input type="checkbox"/> S'attend à du succès dans plusieurs domaines. <input type="checkbox"/> A un sentiment d'efficacité personnelle adéquat.	
	3	2	<input type="checkbox"/> doute de son habileté à se contrôler / affronter les obstacles / les limites / les échecs. <input type="checkbox"/> Incertain de ses chances de succès. <input type="checkbox"/> Difficulté à demeurer confiant de surmonter les obstacles / les limites / les échecs. <input type="checkbox"/> Facilement découragé quand fait face à un défi.	
		1	<input type="checkbox"/> Vue pessimiste de ses capacités à performer. <input type="checkbox"/> Se sent impuissant. <input type="checkbox"/> Se sent incapable de se contrôler. <input type="checkbox"/> Se sent impuissant à influencer les résultats. <input type="checkbox"/> Abandonne devant les obstacles / les limites/ les échecs.	

4 = exceptionnel ; 3 = approprié ; 2 = quelques difficultés ; 1 = difficultés extrêmes

ÉCHELLE D'IDENTITÉ OCCUPATIONNELLE (suite)				
Item		Critère	Commentaires	
Accepte ses responsabilités	4	<input checked="" type="checkbox"/> Accepte une responsabilité raisonnable de ses actions personnelles.		
		<input checked="" type="checkbox"/> Recherche / utilise le feed-back pour s'améliorer.		
	3	<input type="checkbox"/> Accepte la responsabilité de la plupart de ses actions personnelles.		
		<input type="checkbox"/> Ne se blâme / ne se critique pas démesurément. <input type="checkbox"/> Peut utiliser le feed-back pour modifier ses stratégies.		
4	2	<input type="checkbox"/> Tendance à éviter de prendre la responsabilité de ses actions personnelles.		
		<input type="checkbox"/> Blâme les autres / les circonstances pour ses échecs personnels. <input type="checkbox"/> Se blâme / se critique démesurément. <input type="checkbox"/> Tendance à nier / se sent dépassé par le feed-back		
1	1	<input type="checkbox"/> Prend peu ou pas la responsabilité de ses échecs personnels. <input type="checkbox"/> Se déprécie systématiquement. <input type="checkbox"/> Évite/ne peut utiliser le feed-back efficacement <input type="checkbox"/> Utilise systématiquement les autres / les circonstances pour éviter de prendre ses responsabilités		
Évalue ses capacités et ses limites à leur juste valeur	4	<input type="checkbox"/> Reconnaît / accepte volontiers ses limites tout en mettant l'emphase sur ses points forts.		
		<input checked="" type="checkbox"/> Reconnaît volontiers comment ses capacités peuvent compenser ses limites. <input checked="" type="checkbox"/> Estime ses capacités de façon réaliste, en choisissant les occupations appropriées / en faisant les efforts requis.		
	5	3		<input type="checkbox"/> Reconnaît avoir quelques limites. <input type="checkbox"/> Tendance raisonnable à sur ou sous estimer ses habiletés. <input type="checkbox"/> Connaissance adéquate de ses capacités / ses limites pour choisir des occupations appropriées / pour faire l'effort requis.
				<input type="checkbox"/> Sur ou sous estime ses capacités ce qui le conduit à des occupations inappropriées. <input type="checkbox"/> Difficulté à reconnaître / à compenser ses limites par ses capacités.
1	1	<input type="checkbox"/> Ne réussit pas à estimer ses capacités de façon réaliste. <input type="checkbox"/> Incapable de reconnaître / de compenser ses limites par ses capacités.		
A des engagements et des valeurs	4	<input checked="" type="checkbox"/> Fort sens de ce qui est important par rapport à ce qui détermine ses choix de vie. <input checked="" type="checkbox"/> Ses engagements vont fortement dans le sens de l'orientation de ses buts et objectifs. <input type="checkbox"/> Morale/principes personnels clairs qui lui permettent d'avoir un bon respect de soi.		
		3		<input type="checkbox"/> Identifie quelques valeurs qui influencent ses choix occupationnels. <input type="checkbox"/> Ses engagements vont dans le sens de ses buts et objectifs. <input type="checkbox"/> Morale / principes personnels qui lui permettent d'avoir un respect de soi adéquat.
	6			2
		1		
Admet ses obligations et s'identifie à des rôles	4		<input type="checkbox"/> Se perçoit dans une gamme de rôles. <input type="checkbox"/> A un fort sens d'identité provenant de ses rôles. <input type="checkbox"/> Fortement engagé dans ses rôles.	
		3	<input checked="" type="checkbox"/> Se perçoit dans un ou plusieurs rôles. <input checked="" type="checkbox"/> Retire une identité adéquate de ses rôles. <input type="checkbox"/> Engagé dans ses rôles.	
	7		2	
		1		

4 = exceptionnel ; 3 = approprié ; 2 = quelques difficultés ; 1 = difficultés extrêmes

ÉCHELLE D'IDENTITÉ OCCUPATIONNELLE (suite)			
Item		Critère	Commentaires
A des intérêts 8	4	<input checked="" type="checkbox"/> Est fortement attiré par une ou plusieurs activités qui motivent ses choix. <input checked="" type="checkbox"/> Ses intérêts mettent en valeur ses capacités / ses opportunités.	
	3	<input type="checkbox"/> Ses intérêts guident adéquatement ses choix. <input type="checkbox"/> Est attiré par les occupations qui correspondent à ses capacités / ses opportunités.	
	2	<input type="checkbox"/> Difficulté à identifier ses intérêts. <input type="checkbox"/> Peu attiré par les occupations qui correspondent à ses capacités. <input type="checkbox"/> Ses intérêts ne correspondent pas bien à ses habiletés / à ses opportunités.	
	1	<input type="checkbox"/> Incapable d'identifier des intérêts. <input type="checkbox"/> Ses intérêts ne sont pas en relation avec ses habiletés / à ses opportunités d'engagement.	
S'est déjà perçu comme étant efficace (passé) 9	4	<input checked="" type="checkbox"/> Avait un fort sens de responsabilité personnelle. <input checked="" type="checkbox"/> S'attendait à du succès dans les situations comportant un défi.	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Se sentait à la hauteur des responsabilités qui lui étaient confiées. <input type="checkbox"/> Espérait du succès dans les situations comportant un défi.	
	2	<input type="checkbox"/> Se sentait incompetent face aux responsabilités qui lui étaient confiées. <input type="checkbox"/> Devenait découragé quand il faisait face à des situations comportant un défi.	
	1	<input type="checkbox"/> Manquait de sens de responsabilités. <input type="checkbox"/> Se sentait désespéré.	
A déjà trouvé un sens et une satisfaction dans son style de vie (passé) 10	4	<input type="checkbox"/> Était extrêmement heureux de son mode de vie antérieur. <input type="checkbox"/> Trouvait beaucoup de satisfaction / de sens à sa vie. <input type="checkbox"/> Avait une forte identité occupationnelle.	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Était généralement heureux dans ses rôles bien qu'il (elle) voulait changer certaines choses. <input checked="" type="checkbox"/> A eu un bon nombre d'expériences occupationnelles significatives / satisfaisantes.	
	2	<input type="checkbox"/> Était quelque peu malheureux dans ses rôles. <input type="checkbox"/> Avait des difficultés à identifier ses intérêts. <input type="checkbox"/> Avait de la difficulté à trouver satisfaction / sens à sa vie.	
	1	<input type="checkbox"/> Était extrêmement malheureux dans ses rôles / dans son mode de vie. <input type="checkbox"/> Était incapable d'identifier ses intérêts. <input type="checkbox"/> Était incapable de trouver un sens à sa vie.	
Est capable de faire des choix occupationnels (passé) 11	4	<input checked="" type="checkbox"/> A été engagé / stimulé par le déroulement sa vie. <input type="checkbox"/> A fait d'excellents choix occupationnels par rapport au déroulement de sa vie. <input checked="" type="checkbox"/> Ses choix occupationnels antérieurs étaient réalisables.	
	3	<input type="checkbox"/> Était adéquatement motivé par le déroulement de sa vie. <input type="checkbox"/> A fait des choix occupationnels adéquats par rapport au déroulement de sa vie.	
	2	<input type="checkbox"/> Avait de la difficulté à identifier / à s'engager dans le déroulement de sa vie. <input type="checkbox"/> A fait des choix occupationnels qui ont interféré avec le déroulement de sa vie. <input type="checkbox"/> Le déroulement de sa vie a abouti à des choix occupationnels négatifs.	
	1	<input type="checkbox"/> Le déroulement des événements de sa vie n'était pas motivant (ex. : tragiques, se percevait comme une victime). <input type="checkbox"/> Il était incapable d'envisager le déroulement de sa vie. <input type="checkbox"/> A évité de faire ou a fait de très pauvres choix occupationnels.	

4 = exceptionnel ; 3 = approprié ; 2 = quelques difficultés ; 1 = difficultés extrêmes

Annexe IV.III. Clé d'interprétation

		Échelle d'identité occupationnelle							
		Noter le client ici ↓							
Version 2.1	A des buts et des projets personnels	1	2	3	4				
	Détermine un style de vie occupationnel souhaité	1	2	3	4				
	S'attend à réussir	1	2	3	4				
	Accepte la responsabilité	1	2	3	4				
	Évalue ses aptitudes et ses limites	1	2	3	4				
	S'investit et a des valeurs	1	2	3	4				
	Se reconnaît une identité et des obligations	1	2	3	4				
	A des intérêts	1	2	3	4				
	Se sentait efficace (passé)	1	2	3	4				
	Trouvait un sens et une satisfaction dans son style de vie (passé)	1	2	3	4				
	Faisait des choix occupationnels (passé)	1	2	3	4				
Note totale		41				Mesure du client			
Écart-type		5				Écart-type			
Mesure du client		81				Note totale			
Écart-type		5				Écart-type			

Reconstruction de l'identité occupationnelle chez le patient post-AVC

INTRODUCTION : L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est la première cause de handicap acquis non-traumatique en France et représente un enjeu majeur de santé publique. La survenue d'un tel évènement provoque une rupture de l'identité occupationnelle et contraint la personne à une reconstruction de cette dernière. La prise en considération de l'identité occupationnelle pourrait permettre d'optimiser la prise en soin. **OBJECTIF** : Cette étude a pour but d'observer et de comparer le niveau d'identité occupationnelle et ses facteurs de reconstruction chez des patients post-AVC en phase subaiguë et en phase chronique.

METHODOLOGIE : L'étude s'est déroulée sous la forme d'entretiens semi-dirigés auprès de personnes ayant subi un AVC et se trouvant en phase subaiguë ou chronique de la maladie. L'utilisation de l'OPHI-II, outil validé, a permis d'orienter les questions et de mesurer le niveau d'identité occupationnelle de chaque personne interviewée. **RESULTATS** : L'analyse des résultats a permis d'identifier les facteurs de reconstruction identitaire prépondérants en fonction de la phase de l'AVC et a mis en exergue l'aspect de temporalité dans le processus de reconstruction. **CONCLUSION** : Le niveau d'identité semble augmenter avec le temps, au gré des expériences occupationnelles. De plus, les facteurs impliqués dans la reconstruction varient en fonction de la phase de l'AVC et des occupations signifiantes de la personne.

Mots-clés : [Accident Vasculaire Cérébral, identité occupationnelle, rééducation, réadaptation, ergothérapie, OPHI-II]

Reconstruction of Occupational Identity in Post-Stroke Patients

CONTEXT : Stroke is the leading cause of acquired non-traumatic disability in France and represents a major public health issue. The occurrence of such an event disrupts occupational identity, necessitating its reconstruction. Considering occupational identity could optimize patient care. **GOAL** : This study aims to observe and compare the level of occupational identity and its reconstruction factors in post-stroke patients in the subacute and chronic phases. **METHODS** : The study was conducted through semi-structured interviews with individuals who had experienced a stroke and were in either the subacute or chronic phase of the illness. The use of the validated OPHI-II tool guided the questions and measured the level of occupational identity of each interviewee. **RESULTS** : Analysis of the results identified the predominant factors in identity reconstruction depending on the phase of the stroke and highlighted the role of temporality in the reconstruction process. **CONCLUSION** : The level of occupational identity appears to increase over time through occupational experiences. Moreover, the factors involved in reconstruction vary depending on the phase of the stroke and the individual's meaningful occupations.

Keywords : [Stroke, Occupational identity, rehabilitation, occupational therapy, OPHI-II]

