



**Institut de Formation en Ergothérapie de Paris**  
**Association pour le Développement, l'Enseignement et la**  
**Recherche en Ergothérapie**

*52 rue Vitruve, 75020 Paris.*

Années universitaires **2019-2022**

## **Engagement occupationnel post Accident Vasculaire Cérébral : Utilisation de l'approche CO-OP en ergothérapie.**

*Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5 S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche*

Présenté par **Elena JORAJURIA**

Sous la direction de :

**Nathalie MORANÇAIS**, ergothérapeute.

**Lisbeth CHARRET**, ergothérapeute et responsable pédagogique de l'IFE.

**Mémoire présenté en Juin 2022**

**Notes aux lecteurs :** « Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

« Raconte-moi, et j'oublierais.  
Montre-moi, et je me souviendrais.  
Laisse-moi faire, et je comprendrais. »

Confucius

## Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier Nathalie Morançais, pour sa disponibilité, son accompagnement et ses conseils durant la rédaction de ce mémoire.

J'aimerais ensuite, remercier Lisbeth Charret, référente pédagogique, de sa disponibilité lors des moments de doute et de la réassurance dont elle a su faire preuve durant ses trois années d'étude et plus particulièrement durant la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique et des intervenants de l'institut de formation pour la qualité des enseignements.

Enfin, je remercie ma famille pour le soutien moral et l'accompagnement dont ils ont fait preuve.



## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>6</b>
<b>1 L'accident vasculaire cérébral.....</b>	<b>6</b>
1) Epidémiologie de l'AVC .....	6
2) Mécanismes de l'AVC.....	6
3) Conséquences de l'AVC .....	7
a) Sévérité d'un AVC .....	7
b) Troubles associés.....	8
4) Le parcours de soin du patient AVC .....	9
a) Phase aiguë .....	9
b) Phase subaiguë.....	10
c) Phase chronique .....	11
5) AVC et activité de vie quotidienne .....	11
<b>2 Théorie de l'occupation : modèle pour l'ergothérapeute.....</b>	<b>12</b>
1) L'occupation .....	12
2) L'engagement occupationnel .....	13
<b>3 Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)</b>	
<b>14</b>	
1) Présentation de l'approche CO-OP .....	14
2) Les fondements de CO-OP .....	15
a) Une pratique centrée sur le client.....	15
b) Une pratique fondée sur le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO).....	16
c) Les théories de l'apprentissage.....	17
3) Le protocole de la CO-OP.....	19

a)	Les objectifs et prérequis .....	19
b)	Les caractéristiques de la CO-OP .....	20
4)	CO-OP et AVC .....	27
	<b>Méthodologie de recherche.....</b>	<b>29</b>
<b>1</b>	<b>Méthodologie d'enquête .....</b>	<b>29</b>
1)	La population d'enquête .....	29
2)	Le choix de l'outil d'enquête .....	29
3)	L'élaboration du guide d'entretien.....	30
4)	Prise de contact avec les ergothérapeutes .....	30
5)	Paramètres environnementaux .....	31
<b>2</b>	<b>Résultats et analyses.....</b>	<b>31</b>
1)	Profil des ergothérapeutes .....	31
2)	Analyses des questions spécifiques .....	32
a)	L'approche CO-OP .....	32
b)	Engagement occupationnel.....	37
<b>3</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>40</b>
1)	Evolution de l'hypothèse .....	40
2)	Limites méthodologiques de l'étude.....	41
a)	Choix du modèle .....	41
b)	Etendre l'échantillon des répondants.....	41
c)	Méthode d'investigation .....	42
3)	Réflexion et perspectives de recherches .....	42
	<b>Conclusion .....</b>	<b>43</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>45</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

## **Liste des acronymes**

- ✚ ADP : Analyse dynamique de la performance
- ✚ AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- ✚ AVQ : Activité de la Vie Quotidienne
- ✚ CO-OP : Cognitive Orientation to daily Occupational Performance  
(orientation cognitive au rendement occupationnel quotidien)
- ✚ ECQE : Echelle de Cotation de la Qualité de l'exécution
- ✚ HAD : Hospitalisation A Domicile
- ✚ HAD-R : Hospitalisation A Domicile de Rééducation et de Réadaptation
- ✚ HAS : Haute Autorité de Santé
- ✚ MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
- ✚ MCREO-P : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement  
Occupationnel et de Participation
- ✚ MOCA : Montréal Cognitive Assesment
- ✚ NIHSS : National Institutes of Health Stroke Scale
- ✚ PQRS : Performance Quality Rafting Scale
- ✚ SSR : Soins de Suite et de Réadaptation



## INTRODUCTION

Soudain et imprévisible, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est en France, un problème de santé publique. En effet, on peut compter plus de 150 000 nouveaux cas chaque année. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2019), en France l'AVC représente la première cause de handicap acquis chez l'adulte, et la deuxième cause de mortalité. Ce nombre de cas important, amène l'ergothérapeute durant sa carrière à accompagner des patients victime d'AVC.

Dans ce mémoire, je m'intéresse tout particulièrement aux personnes ayant subi un AVC car du fait des différentes séquelles et notamment de l'anosognosie, de la fatigue, et des troubles cognitifs, les occupations et l'engagement de la personne peuvent être modifiés.

L'accompagnement d'un adulte ayant eu un AVC, est un travail pluridisciplinaire. En effet plusieurs professionnels de santé collaborent ensemble, selon le décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation de 2008, « L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins des compétences de masseur kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste et de psychologue ». L'ergothérapeute se distingue des autres professionnels de santé par sa capacité à se centrer sur les occupations de ses patients. Parmi les différents moyens existant, l'approche CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) est un outil qui permet à l'ergothérapeute d'accompagner son patient ou client dans la performance de ses activités quotidiennes. Initialement inventée au Canada pour des enfants présentant des troubles des apprentissages, cette approche se développe depuis plusieurs années pour une population plus large et notamment pour les adultes ayant eu un AVC.

C'est lors d'un stage dans une structure de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) que la notion d'engagement lors des séances de rééducation m'a posé question. Le patient suivi avait subi un AVC et semblait peu investi dans la rééducation. C'est alors que je me suis demandée si les objectifs travaillés étaient

vraiment importants pour lui et s'ils étaient signifiants. Je me suis donc questionnée sur les outils qui auraient pu faciliter cet engagement.

Après différentes recherches et réflexion, j'ai décidé d'orienter ma question de recherche sur :

**« Comment une approche CO-OP peut favoriser l'engagement occupationnel d'un patient adulte ayant eu un AVC lors d'un accompagnement en ergothérapie ? »**

Afin de répondre à cette question de recherche, j'ai tout d'abord élaboré un cadre conceptuel. Dans un premier temps, l'accident vasculaire sera défini, j'aborderai également les conséquences qu'il peut entraîner tant sur le plan physique que psychique. Puis je décrirai le parcours de soin et de rééducation du patient AVC. Ensuite, j'aborderai la théorie de l'occupation qui sert de modèle pour l'ergothérapeute. Pour se faire, les notions d'occupation et d'engagement occupationnel seront définies. Enfin, l'approche CO-OP sera présentée.

L'élaboration de ce cadre conceptuel m'aura permis d'émettre une hypothèse que je vérifierai grâce à une méthodologie de recherche.

Dans cette partie, je commencerai par décrire les modalités d'enquête. Puis mes résultats seront retranscrits, analysés de manière thématique et discutés.

# CADRE CONCEPTUEL

## 1 L'accident vasculaire cérébral

### 1) Epidémiologie de l'AVC

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé (2019), un accident vasculaire cérébral (AVC), survient lorsque la circulation sanguine vers ou dans le cerveau est interrompue causant le dysfonctionnement puis la dégénérescence de certaines parties du cerveau en quelques minutes (De Morand, 2014).

L'accident vasculaire cérébral est un problème de santé publique en France. En effet, l'AVC touche chaque année plus de 150 000 nouveaux patients. 90% des AVC surviennent chez des personnes ayant plus de 50 ans. De plus, c'est la première cause de mortalité chez la femme et la troisième chez l'homme.

A âge égal on compte deux fois plus de décès chez l'homme. C'est aussi la première cause de handicap acquis chez l'adulte avec une prévalence plus importante chez la femme. En effet, selon le Ministère des Solidarités et de la Santé (2020) la prévalence est de 56% chez les femmes et 44% chez les hommes.

### 2) Mécanismes de l'AVC

Deux catégories d'AVC constitués sont individualisées.

Premièrement l'AVC ischémique par infarctus cérébral représente 80% des cas dont 99% se situent dans le territoire artériel. Les principales causes sont l'athérosclérose par embolie à partir d'une plaque ou par thrombose et l'embolie d'origine cardiaque.

La deuxième catégorie d'AVC est l'AVC hémorragique qui représente 20% des cas. La cause majeure est l'hypertension artérielle, mais les malformations vasculaires ainsi que l'accident hémorragique post traumatiques augmentent aussi le risque de créer un AVC hémorragique.

### 3) Conséquences de l'AVC

#### a) **Sévérité d'un AVC**

La sévérité d'un AVC est variable, il peut aller de l'accident ischémique transitoire sans gravité, régressant en quelques minutes à l'AVC gravissime entraînant la mort en quelques heures ou encore l'AVC qui laissera des séquelles plus ou moins lourdes à vie. Selon l'Inserm (2019), un an après l'accident 20% des patients décèdent, 60% des patients récupèrent et 40% gardent des séquelles à vie.

La sévérité d'un AVC peut se classer en quatre catégories : AVC légers, AVC modérés, AVC sévères, état végétatif. Il est mesuré avec l'échelle National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), ce score est coté de 0 à 43 et comporte 13 items.

Un **AVC léger** se caractérise par « une seule déficience, une autonomie de marche, sans besoin d'évaluation écologique » (HAS,2020). Le score NIHSS est inférieur à 5. Pour cette catégorie, la place de la rééducation et/ ou de la réadaptation est moins importante compte tenu du processus de récupération spontané. Le bénéfice de la rééducation et/ ou de la réadaptation est donc faible.

Un **AVC** est dit **modéré** lorsqu'il y a « plusieurs déficiences ou un déficit du membre inférieur interdisant la marche, avec un potentiel de récupération, un projet d'autonomie probable. Le score de NIHSS est compris entre 5 et 14. Cette catégorie-là est celle qui selon l'HAS (2020) va « le plus bénéficier de la rééducation/réadaptation. »

Un **AVC sévère** se caractérise par « plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (mémoire, fonctions exécutives, langage) et/ou des troubles du comportement avec un potentiel de récupération limité, un projet d'autonomie partielle ou impossible. Le score de NIHSS est supérieur à 15. Pour cette catégorie, le potentiel de récupération d'indépendance fonctionnelle est faible.

Enfin, un état végétatif se catégorise par un **AVC gravissime** « pour lequel aucun projet d'autonomie n'est envisageable ». Le score de NIHSS est supérieur à 20. L'accompagnement s'effectue dans des filières spécifiques. (HAS,2020)

## **b) Troubles associés**

Les lésions post AVC peuvent être diverses et multiples, elles dépendent de la zone corticale lésée. En effet les conséquences post AVC sont polymorphes : déficit moteur marqué par une perte de sélectivité de l'activation musculaire volontaire, apparition de schémas moteurs réflexes dits primitifs, ainsi que d'un tonus musculaire anormal (De Morand, 2014).

Les séquelles les plus fréquentes et invalidantes sont l'hémiplégie et l'aphasie. Celle-ci se caractérise par un trouble du langage oral et écrit qui affectent l'expression et la compréhension. La majorité des patients récupère la capacité de marche, cependant la fonctionnalité du membre supérieur reste souvent altérée.

Chez un tiers d'entre eux, une aphasie sévère entraînant des incapacités à communiquer persiste en fonction du côté lésé. L'âge influe sur la capacité de récupération. De plus ces déficits peuvent être associés à des handicaps invisibles tels que des troubles praxiques, sensitifs, cognitifs ou perceptifs (De Morand, 2014).

Parmi ces troubles nous pouvons retrouver :

- **L'anosognosie** : absence de prise de conscience ou une prise de conscience amoindrie des troubles (Stirati-Buron et al., 2008).
- **Les troubles des fonctions exécutives** : ensemble des processus impliqués dans la régulation et le contrôle du comportement (Censabella, 2007).
- **Les troubles mnésiques.**
- **L'héminégligence** : méconnaissance de l'hémicorps paralysé (HAS, 2012).
- **Les troubles de la concentration**
- **L'asthénie** : fatigue anormale, persistant même après le repos (Amélie, 2022).
- **L'hémianopsie latérale homonyme** : amputation du même hémichamp visuel, pour chacun des deux yeux (Perez et al., 2014).
- **La diplopie** : vision double d'un objet unique (*Diplopie*, 2022).
- **L'anxiété.**
- **L'irritabilité.**

Les autres risques liés à l'AVC sont la dépression, qui survient chez environ 30% des patients dans l'année suivant un AVC. Elle va non seulement altérer la qualité de vie du patient, mais aussi sa capacité à récupérer de l'AVC.

On trouve également les troubles cognitifs, mineur ou plus sévère : en effet, le risque de développer une démence est multiplié par cinq après un AVC et il est lié à l'âge du patient au moment de l'AVC.

On compte aussi parmi les risques, les troubles de la marche et de l'équilibre qui sont associés à un risque important de chutes. Enfin les crises d'épilepsie liées à la cicatrice cérébrale de l'AVC et qui imposent la mise en place d'un traitement spécifique.

#### 4) Le parcours de soin du patient AVC

Selon l'HAS (2019), l'organisation des soins a une influence sur la récupération post AVC, quelle que soit la sévérité de l'AVC, un accompagnement pluridisciplinaire et coordonné est indispensable.

##### **a) Phase aigüe**

Selon l'agence nationale des accréditations et d'évaluation de la santé (ANAES,2006), la **phase initiale** est la période des 15 jours après l'AVC en hospitalisation de court séjour. Cet accompagnement précoce est indispensable pour diminuer la mortalité, réduire la dépendance et favoriser la reprise de l'autonomie. La prise en charge se réalise dans des unités neurovasculaires (UNV) spécialisées. Cette phase peut se diviser en deux parties : la **prévention** et le **traitement des complications immédiates** et la **rééducation précoce**.

Lors de la première partie, l'équipe pluridisciplinaire veille à prévenir et traiter les problématiques de positionnement et d'installation du patient, les troubles de la déglutition, les thromboses veineuses périphériques et embolies pulmonaires, à la dénutrition, aux complications cutanées et orthopédiques, aux douleurs et aux troubles psycho-affectifs.

Les objectifs de rééducation précoce sont multiples, ils prennent en compte les fonctions motrices, la déglutition, les fonctions sphinctériennes et les fonctions supérieures ou troubles cognitifs tel que l'anosognosie et l'héminégligence (ANAES, 2006).

### ***b) Phase subaiguë***

Selon la Haute Autorité de Santé, la **phase subaiguë** correspond à la période des 3 à 6 mois qui suivent l'AVC. Lors de cette phase l'objectif est de **gagner au maximum en autonomie**. Les soins de rééducation et de réadaptation sont dispensés dans différentes structures :

- **En hospitalisation complète** afin de réaliser de la rééducation intensive au sein de services spécialisés comprenant des équipes pluridisciplinaires. Cet accompagnement se fait dans des structures de soin de suite et de réadaptation (SSR) spécialisées (affection du système nerveux, personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance) ou dans des SSR non spécialisés. L'hospitalisation complète est recommandée en cas d'AVC modérés ou sévères. En effet, conformément à l'article D. 6124-177-24, chaque jour ouvré, le patient doit avoir au moins deux séances de rééducation dont une individualisée (ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008).
- A domicile en mettant en place une **hospitalisation à domicile de rééducation et de réadaptation** (HAD-R). Convient pour les AVC légers à modérés lorsque la situation médicale ne nécessite pas un suivi médical rapproché, des soins complexes ou de multiples interventions de rééducation.
- **A domicile en ambulatoire**, cette manière de procéder fait intervenir les professionnels de proximité. Cet accompagnement est difficile à mettre en place mais permet de faciliter la réadaptation et le maintien des acquis car il est réalisé dans les conditions de vie réelles du patient.
- **En hôpital de jour** lorsque le patient est autonome pour se déplacer vers les lieux de rééducation (ou que la mise en place d'un taxi ou d'une ambulance est possible) et que le retour à domicile est possible. Le patient peut alors bénéficier du plateau technique du SSR tout en vivant chez lui. (HAS, 2020)

### **c) Phase chronique**

Selon l'HAS, (2019), la **phase chronique** débute après les six mois post AVC. La rééducation peut se poursuivre pour que le patient continue de récupérer. Les axes de rééducation sont alors orientés vers de la **réadaptation**, l'adoption de stratégie. Elle peut être réalisée à domicile, en ambulatoire.

Lorsque le retour à domicile n'est pas envisageable, elle est alors réalisée dans des institutions, telles que les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, (EHPAD), les Unités de Soins Longue Durée (USLD), les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et les Foyers d'Accueils Spécialisés (FAM).

Un schéma récapitulatif du parcours de soin est visible en annexe II.

### **5) AVC et activité de vie quotidienne**

Selon Mayo et al. (2015), plus de la moitié des personnes vivant au domicile six mois après un AVC déclarent que leur vie est dépourvue d'un certain aspect d'activité sociale, récréative et utile. En effet, les séquelles post AVC telles que la mobilité limitée, l'apathie, les troubles cognitifs peuvent entraîner le manque de liens sociaux et le manque d'efficacité ce qui peut créer des difficultés pour s'engager.

De plus, selon Atler (2015) les activités de vie quotidienne qui sont le plus réalisées lors d'une journée sont le sommeil (30%), le travail (17%) et les activités demandant peu d'efforts (« low demand leisure activities ») telles que regarder la télé (15%). Les activités de vie quotidiennes qui produisent le plus de plaisir selon cette étude sont les activités demandant peu d'efforts et les activités sociales.

Même après une récupération motrice, les activités de vie quotidiennes restent limitées du fait notamment de la fatigue mais aussi des autres handicaps invisibles. En effet, selon le Ministère des Solidarités et de la Santé (2019), seul 40% des personnes ayant fait un AVC entre 18 et 60 ans reprendront un travail à temps plein. Ce qui montre qu'après un AVC, du fait de plusieurs facteurs, les activités de vie quotidienne sont coûteuses en énergie et peuvent être difficilement réalisables.



L'ergothérapeute intervient au sein d'une équipe pluriprofessionnelle tout au long de l'accompagnement des personnes ayant eu un AVC. Nous allons maintenant voir comment il se différencie des autres professionnels de santé.

## 2 Théorie de l'occupation : modèle pour l'ergothérapeute

### 1) L'occupation

Historiquement et culturellement, le terme « occupation » fait débat entre les ergothérapeutes du monde entier. La définition proposée par le groupe ENOTHE (European Network of Occupation Therapy) semble réunir et mettre d'accord un grand nombre d'ergothérapeutes. Selon Meyer le terme « occupation » signifie : « Un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société » (Bertrand & al, 2018).

Doris Pierce donne elle une définition légèrement différente : « 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 socioculturelles 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. » (Bertrand & al, 2018).

Quelle que soit la définition retenue, le terme « occupation » pour les ergothérapeutes signifie : ce que font les gens, qui a du sens pour eux dans leur contexte, leur agir dans leur vie quotidienne.

De nombreux auteurs, sont d'accord sur le fait que l'ergothérapie a traversé des changements de paradigmes en lien avec l'évolution de la santé. Actuellement, un troisième paradigme se met en place. Il intègre la complexité et l'environnement dans la pratique professionnelle. L'ergothérapie s'intéresse alors à l'impact de l'environnement dans le fonctionnement de la personne, et cherche à permettre une amélioration de l'interaction entre les personnes, leurs occupations et leur environnement. Le concept fondamental, distinguant l'ergothérapie des autres

professions est l'occupation, que nous utilisons comme moyen et comme objectif pour favoriser la santé (Morel-Bracq, 2018).

## 2) L'engagement occupationnel

Accompagner un individu pour lui permettre de s'engager dans ses activités ou occupations est un des **enjeux** de l'ergothérapie et l'un de ses **rôles majeurs**. ENOTHE définit l'engagement comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Bertrand & al, 2018).

Au début de la profession, l'idée fondamentale était que l'être humain avait besoin de s'engager dans les activités et occupations pour exister et survivre. L'ergothérapie cherchait alors à faciliter le fonctionnement pour la mise en activité. L'engagement dans des occupations valorisées semble apporter du bien-être et favoriser le maintien de la santé. En effet, il existe un **lien** entre **l'engagement** dans **l'occupation et la santé**, notamment dans le contexte actuel, où le vieillissement de la population, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques ou en situation de handicap augmente, ce qui nous pousse à considérer leur intégration sociale et leur participation (Morel-Bracq, 2018, p. 3-15). Tout individu doit être capable de maintenir un équilibre entre les différentes activités dans lesquelles il s'engage, à savoir le travail, les loisirs, le repos et le sommeil.

Selon Meyer (2018), l'engagement est le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation.

### 3 Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)

#### 1) Présentation de l'approche CO-OP

CO-OP est une approche novatrice créée dans le but d'aider les enfants à réaliser les activités qu'ils veulent faire, qu'ils ont besoin de faire ou qu'ils doivent faire. Initialement, l'approche CO-OP a été spécifiquement développée pour les enfants présentant un TDC (trouble du développement et de la coordination). Elle est publiée en 2004 par Helene Polatajko et Angela Mandich. CO-OP signifie en anglais Cognitive Orientation for Daily Occupational Performance, et se traduit en français par guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien. Aujourd'hui cette approche est aussi utilisée pour des personnes présentant d'autres diagnostics et d'autres difficultés. (Polatajko & Mandich, 2017)

CO-OP est une approche **centrée sur le client, axée sur l'exécution de tâches** ou activités et la résolution de problèmes permettant à l'enfant **d'acquérir les habiletés** qu'il choisit par un processus impliquant l'utilisation de stratégies, et la découverte guidée. Elle n'aborde pas les problèmes de rendement à partir d'une approche orientée vers les déficits. C'est une approche contemporaine composée d'environ dix séances maximum, cela dépend des terrains de pratique, nous pouvons compter dix à douze séances. Elle considère l'acquisition d'habiletés motrices à l'intérieur d'un paradigme d'apprentissage. (Polatajko & Mandich, 2017)

CO-OP est élaboré autour de 5 impératifs : le besoin de l'enfant de réussir les activités typiques de l'enfance, avoir une approche basée sur des preuves scientifiques, utiliser des théories contemporaines pour ne pas rester sur les thérapies traditionnelles, cibler l'activité et la participation et pratiquer au plus près du contexte écologique. (Morel, Caire, & Rouault, 2017, p. 157-166)

## 2) Les fondements de CO-OP

### a) ***Une pratique centrée sur le client***

La pratique centrée sur le client se définit selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (2002, p56) par des « approches fondées sur la collaboration qui visent la promotion de l'occupation chez le client. L'ergothérapeute démontre du respect envers le client et l'invite à participer à la prise de décisions ». Cette pratique permet donc de favoriser des activités significatives pour le client, et de lui permettre de réaliser les occupations qu'il doit et veut faire.

Selon Polatajko & Mandich (2017) des principes directeurs ont été déterminés afin de permettre aux thérapeutes d'adopter cette pratique.

- Adopter une pratique fondée sur les valeurs du client
- Ecouter ses points de vue
- Le soutenir dans l'évaluation des risques et des conséquences mais aussi dans la réussite et dans le risque de l'échec
- Respecter le client dans sa manière d'apporter des changements ou de s'adapter
- Le guider dans la détermination des besoins
- L'aider à déterminer les résultats qu'il trouve significatifs
- L'encourager et l'aider activement à participer à la prise de décision en partenariat concernant la thérapie et la planification
- Favoriser la fluidité de la communication
- Inciter le client à se servir des ressources internes et externes.

La pratique centrée sur le client est un des éléments fondamentaux de l'approche CO-OP. En effet l'acronyme indique que cette intervention est une démarche coopérative entre le client et le thérapeute.

Il est indispensable que le client et le thérapeute travaillent conjointement à l'élaboration des buts et des stratégies. Durant l'intervention, le thérapeute laisse le client le guider pour le rythme et la vitesse de progression lors des séances. En échange de cela, le client guidé par le thérapeute établit les stratégies les plus appropriées et significatives à ses yeux.

***b) Une pratique fondée sur le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)***

Le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel ou en anglais « Canadian Model of Occupational Performance and Engagement » a été élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) afin de clarifier le rôle des ergothérapeutes.

Ce modèle a pour but d'établir les objectifs et d'évaluer les changements dans la performance et la satisfaction. Il met en évidence les liens entre le client, son environnement, ses occupations, le sens et la santé. De plus, ce modèle se développe dans des secteurs très variés. Il est en partie fondé sur les travaux de Mary Reilly et basé sur une approche centrée sur le client (Morel, Caire, & Rouault, 2017, p. 85-88). En effet, ce modèle s'appuie sur trois grandes composantes qui sont la personne, l'environnement et l'occupation. Dans ce dernier, le client est considéré à partir de trois composantes du rendement : l'affectif (sentiments et émotions), le cognitif (processus de la pensée) et le psychique. L'environnement comporte quant à lui quatre éléments : physique (facteurs naturels et construits), social (relations aux autres), culturel (valeurs et normes sociétales) et institutionnel (institutions et pratiques sociétales). Les occupations sont catégorisées en trois parties : productivité, soins personnels et loisirs. La personne, l'environnement et l'occupation interagissent donc entre eux pour établir le rendement. Tout changement survenant dans l'une de ces catégories influence les autres et perturbe donc le rendement. (Polatajko & Mandich, 2017).

Dans la MCREO tout comme dans l'approche CO-OP, l'occupation et le rendement sont au centre de la prise en soin. Ce modèle vise la facilitation de l'occupation et de l'engagement à travers une collaboration entre l'ergothérapeute et le client. Dans l'approche CO-OP, le rendement occupationnel est à la fois la modalité principale et le but ultime. En effet, il figure même dans le nom de l'approche.

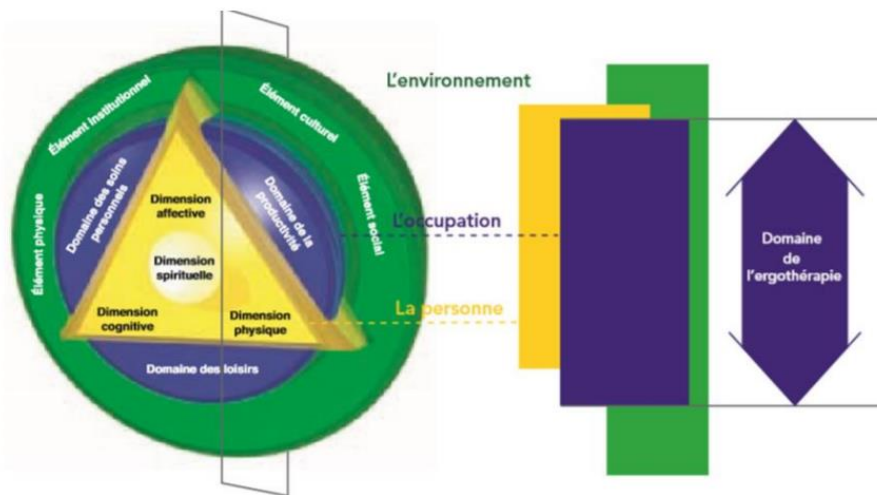


Figure 1 Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (Townsend & al. 2013).

### c) Les théories de l'apprentissage

L'apprentissage se définit d'après Shuell (1986) par un changement durable dans le comportement ou la capacité de se comporter en quelque sorte à partir de mises en situation ou de toute autre forme d'expériences. Selon le dictionnaire Larousse il se définit par l'ensemble des processus de mémorisation mis en œuvre par l'animal ou l'homme pour élaborer ou modifier les schémas comportementaux spécifiques sous l'influence de son environnement et de son expérience.

Il existe plusieurs théories de l'apprentissage. Les théories béhavioristes ciblent ce qui est observable et mettent en avant les liens existants entre les stimulus, les réponses et les conséquences. Cette approche a permis de mettre en place des techniques favorisant l'apparition de nouveaux comportements ou de nouvelles habiletés. Les techniques en lien avec la CO-OP sont principalement :

- Le **renforcement**, qui est un stimulus entraînant une réponse et augmentant la probabilité que cette réponse survienne à nouveau. Il est utilisé pour développer la durée ou la fréquence d'une habileté ou d'un comportement déjà existant.

- Le **modelage**, qui consiste à démontrer ou illustrer un comportement ou une habileté. Il est utilisé lorsque le comportement ou l'habileté souhaitée n'est pas encore apparue.
- Le **façonnage**, qui consiste à consolider les approximations successives de l'habileté souhaitée. Il est utilisé lorsque l'habileté ou le comportement est produit approximativement.
- La **facilitation**, à l'aide d'indices qui consiste à fournir des indices pour aider l'amorce d'un comportement ou d'une habileté. Ils sont donnés immédiatement avant l'amorce du comportement afin d'en faciliter l'exécution.
- L'**estompage**, qui consiste à retirer graduellement après un certain nombre d'essais les indices qui ont soutenu le rendement d'une habileté ou d'un comportement.

L'enchaînement, qui consiste à renforcer ou consolider une séquence d'étapes qui construit le comportement ou l'habileté. (Polatajko & Mandich, 2017)

Les théories cognitives contrastent avec les théories béhavioristes. En effet, si ces dernières ne se concentrent que sur ce qui est observable, et sur les relations entre stimulus, réponses et conséquences, les théories cognitives mettent l'accent sur des processus mentaux et cognitifs inobservables tels que l'attention et la mémoire. Elles conçoivent l'apprentissage comme un processus mental d'acquisition, de mémorisation et d'utilisation de connaissances. L'apprentissage est donc expliqué par des changements sur le plan des processus cognitifs et mentaux, incluant la résolution de problèmes, le raisonnement et la pensée. Des chercheurs tels que Meichenbaum ont incorporé les fondements cognitifs aux thérapies comportementales, créant ainsi des thérapies cognitivo-comportementales. Meichenbaum a développé un programme d'entraînement à l'auto-apprentissage qui utilise la stratégie globale « but-plan-faire-vérifier »

La théorie de l'**apprentissage** est **essentielle** à l'approche **CO-OP** car l'acquisition des habiletés motrices se fonde sur cette théorie. De plus, les notions de l'autoapprentissage de Meichenbaum posent les fondements de l'approche. Ces principes d'apprentissages sont utilisés à tous les niveaux ; dans l'analyse des difficultés d'exécution, l'enseignement de la stratégie globale, l'habilitation du client

à l'acquisition des habiletés et enfin dans la facilitation du transfert des acquis. (Polatajko & Mandich, 2017)

CO-OP est fondée sur trois axes : le client, le MCREO et les théories de l'apprentissage. Nous allons maintenant comprendre comment l'ergothérapeute met en place l'approche CO-OP avec son client.

Un schéma récapitulatif des fondements de la CO-OP est visible en annexe II.

### 3) Le protocole de la CO-OP

#### **a) Les objectifs et prérequis**

Le protocole CO-OP permet d'atteindre quatre objectifs spécifiques.

- **L'acquisition d'habiletés** est l'objectif principal. Durant l'intervention le client en apprendra trois. Les habiletés sont généralement quotidiennes et ont du sens pour le client
- **L'utilisation de stratégies cognitives** qui contribue à l'acquisition des habiletés et permet d'enseigner au client l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes.
- **La généralisation de l'apprentissage** qui permet de se projeter au-delà de la situation thérapeutique, ainsi le client peut utiliser les habiletés et stratégies apprises en dehors de la thérapie.
- **Le transfert de l'apprentissage** d'une habileté à une autre habileté similaire. (Polatajko & Mandich, 2017)

Concernant les prérequis de CO-OP, il est essentiel que le client et le thérapeute soient pleinement engagés dans l'approche. C'est pour cela que des prérequis pour le thérapeute et le client ont été définis.

Le thérapeute doit donc avoir une philosophie centrée sur le client, il doit aussi être expérimenté dans la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) pour établir les Buts du client. Il doit aussi prendre en compte et anticiper les effets causés par les incapacités sur le rendement afin de cibler les problèmes d'exécution du client et proposer les stratégies de résolutions pertinentes. Il doit également avoir des habiletés de communications et d'analyse de l'activité



efficaces, ainsi qu'une connaissance fondamentale des théories et principes de l'apprentissage.

Le client doit pouvoir définir trois habiletés qui doivent être apprises ou améliorées. C'est pour cela qu'il doit avoir des capacités cognitives et des habiletés de communication suffisantes car l'approche CO-OP est basée sur les habiletés cognitives. (Polatajko & Mandich, 2017)

### **b) Les caractéristiques de la CO-OP**

Le protocole CO-OP est constitué de sept composantes appelées « les sept caractéristiques clés » qui appuient les objectifs de CO-OP.

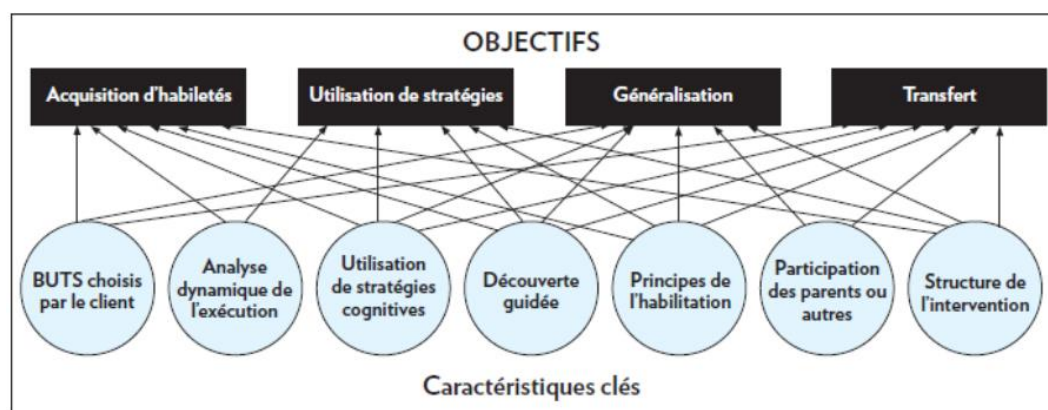


Figure 2- Les caractéristiques clés appuyant les objectifs CO-OP (Polatjako & Mandich, 2017)

- **La structure de la démarche**

Trois phases distinctes organisées de manière à respecter le processus **BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER** constituent la structure de la démarche.

La première phase est la phase préparatoire qui peut être considérée comme la phase du BUT car elle concerne principalement l'établissement de ces derniers. C'est lors de cette phase que la rencontre avec les parents ou les autres personnes significatives se fait, il doit y avoir au minimum trois rencontres.

La deuxième phase est celle de l'acquisition, elle est essentiellement constituée des phases du PLAN et du FAIRE. Elle nécessite en théorie dix rencontres (en presumant que le rendement initial a été déterminé lors de la phase précédente). Cependant, la durée peut être variable selon les structures et le temps nécessaire à l'acquisition.

La troisième phase est celle de la VERIFICATION, il s'agit généralement d'une seule rencontre dans laquelle les progrès accomplis et les stratégies apprises sont revus. La MCRO et l'EVQE sont à nouveau réalisées (Polatajko & Mandich, 2017).

Un tableau récapitulatif de la structure de la démarche est visible en annexe IV

- ***Les buts choisis par le client***

Dans l'approche CO-OP le point de vue du client a une place cruciale qui commence par le processus de l'établissement des buts. Cette caractéristique permet à la fois de déterminer les habiletés nécessaires et de garantir qu'elles sont significatives et pertinentes pour lui, mais aussi de favoriser l'engagement et la volonté de ce dernier quant à l'apprentissage de l'habileté à exécuter (c'est-à-dire l'acquisition d'habileté et la volonté de se servir de cette habileté en dehors des séances la **généralisation**) et enfin de l'appliquer dans de nouveaux apprentissages (le **transfert**).

Il existe des outils spécifiques afin d'aider à l'établissement des buts choisis par le client. Certains sont des outils déjà existants adaptés à l'approche et d'autres ont été spécialement créés pour cela.

- **Le journal des activités quotidiennes** est un outil simple permettant de documenter les activités réalisées durant une journée. Le journal organise la description des activités par demi-heure, en laissant un espace pour y noter les activités importantes. Cet outil est utilisé pour fournir au thérapeute des renseignements sur une journée type. Il peut être utilisé de deux façons : aider à mieux connaître le client ou structurer l'établissement des buts.
- **La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)** est un outil centré sur le client permettant d'identifier les buts dans les domaines

des soins personnels, de la productivité et des loisirs. Le client cote de 1 à 10 l'importance des activités, le rendement et son sentiment de satisfaction. Ainsi en utilisant la MCRO, une réévaluation à la fin de l'intervention est possible afin de voir une évolution (Polatajko & Mandich, 2017).

- **L'échelle de cotation de la qualité de l'exécution (ECQE)**, est une échelle fondée sur l'observation, utilisée pour mesurer facilement et rapidement à plusieurs reprises la qualité de l'exécution et les changements survenus. L'ECQE étant fondée sur l'observation elle peut être utilisée autant de fois que nécessaire sans se soucier des effets d'une évaluation répétée. Dans CO-OP, l'ECQE est utilisée pour deux finalités : recueillir des données probantes quant à l'efficacité de l'approche et commencer l'analyse dynamique de l'exécution (Polatajko & Mandich, 2017).

- ***L'Analyse Dynamique de L'exécution (ADE)***

Ancrée dans un cadre structurel Top-Down, l'ADE est un processus analytique axé sur le rendement réel dans une occupation, une activité ou une tâche réalisée dans son environnement. L'ADE est utilisée dans la CO-OP pour soutenir l'acquisition des habiletés et identifier les stratégies pertinentes. Elle est introduite durant l'évaluation du rendement initial et se poursuit tout au long de l'intervention. Elle possède un double objectif : identifier les problèmes ou les points d'échec et déterminer les stratégies susceptibles de les résoudre.

Le processus de l'ADE est guidé par l'Arbre de décisions. Durant l'observation de l'exécution de la tâche, le thérapeute structure ses observations en utilisant des séries de questions organisées en deux parties. La première partie établit la mesure selon laquelle l'enfant possède les prérequis en matière de rendement c'est-à-dire la motivation et les connaissances de base de la tâche.

- La motivation est un prérequis essentiel en termes de rendement. Le thérapeute, grâce à ses interrogations ou ses observations va déterminer si le client est motivé à exécuter l'activité ou s'il a réfléchi aux sous-composantes. Puisque CO-OP est basé sur les buts choisis par le client il

est fort probable qu'il soit motivé. S'il ne l'est pas le thérapeute doit trouver comment le motiver.

- La connaissance de la tâche est le deuxième prérequis. Le thérapeute pose des questions et observe le rendement de manière à évaluer le degré de connaissance de la tâche c'est-à-dire le savoir-faire de l'enfant. Si elle est insuffisante, le thérapeute doit apprendre au client à la réaliser.

La deuxième série de questions aborde la compétence en matière d'exécution. La compétence de l'exécution est le centre d'intérêt du processus de l'ADE. Le thérapeute observe et constate le degré de compétence du client. Si l'exécution n'est pas efficace, il note les erreurs ou les points d'échec dans le rendement (Polatajko & Mandich, 2017).

La fiche d'analyse dynamique est visible en annexe VI.

- ***L'utilisation de stratégies cognitives***

Dans la CO-OP, le client apprend à réfléchir sur la façon de trouver une solution quand il est face à un problème d'exécution. Comme le fait de réfléchir est imperceptible, le thérapeute va apprendre au client à le faire à haute voix. Ainsi, le client et le thérapeute discutent des difficultés lors de l'exécution des buts mais le client se parle aussi intérieurement, il utilise donc l'auto guidance verbale.

Les stratégies globales et spécifiques sont utilisées pour faciliter l'usage de la métacognition dans la résolution de problèmes et favoriser les habiletés, la généralisation et le transfert. La stratégie globale utilisée dans CO-OP est « BUT – PLAN – FAIRE – VERIFIER », elle aide à structurer la conversation durant la réalisation d'une habileté et à favoriser les fonctions métacognitives.

Tableau 1 - Stratégie globale de CO-OP et ses fonctions métacognitives (Polatjako & Mandich, 2017).

STRATEGIE GLOBALE		FAVORISANT :
<b>DIALOGUE INTERIEUR</b>		Fonction métacognitive
<b>BUT</b>	Qu'est-ce que je veux faire ?	Auto questionnement
<b>PLAN</b>	Comment vais-je le faire ?	Auto surveillance
<b>FAIRE</b>	Je le fais	Auto observation
<b>VERIFIER</b>	Commet a fonctionné mon plan ?	Auto évaluation Auto renforcement

Les stratégies spécifiques (SS) sont propres à une habileté ou à une tâche, elles servent souvent peu de temps, et sont introduites pour résoudre des problèmes spécifiques à l'exécution d'une tâche (Polatajko & Mandich, 2017).

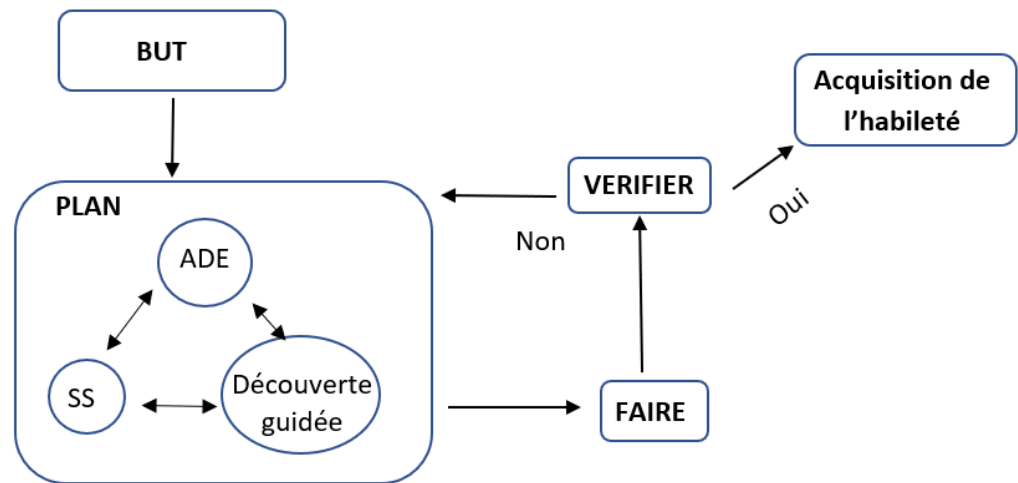


Figure 3 - Le processus d'utilisation des stratégies spécifiques dans CO-OP (Polatajko & Mandich, 2017).

- **La découverte guidée**

Enracinée dans les principes généraux de la théorie de l'apprentissage, la découverte guidée est un processus conçu pour que le client découvre lui-même les stratégies de résolutions de problèmes. Dans CO-OP, la découverte guidée est liée au processus d'utilisation de stratégies et utilisée conjointement avec le processus d'Analyse Dynamique de l'Exécution pour élaborer le plan. Quatre expressions ont été inventées pour aider le thérapeute à soutenir ce processus : une seule chose à la fois, pose la question sans donner la réponse, coache sans ajuster et rends cela évident. (Polatajko & Mandich, 2017)

- **Les principes de l'habilitation**

CO-OP puise ses fondements d'une pratique ergothérapique centrée sur le client et est enraciné dans un paradigme d'apprentissage qui permet au client d'acquérir les habiletés spécifiques qu'il choisit. Quatre principes d'habilitations ont été identifiés dans CO-OP : rendre cela amusant, favoriser l'apprentissage, viser l'autonomie, favoriser la généralisation et le transfert. Ces principes permettent de soutenir l'acquisition d'habiletés, l'utilisation de stratégies, la généralisation et le

transfert. Ils s'ajoutent à la découverte guidée qui est aussi un principe d'habilitation mais qui a été détachée car elle était plus spécifique à la troisième caractéristique « l'utilisation de stratégie cognitive ».

Les expériences issues de CO-OP suggèrent que le thérapeute dynamique et enjoué parvient mieux à engager le client dans l'utilisation de stratégies de résolution de problème, c'est pour cela que le principe « rendre cela amusant » est important. CO-OP étant fondé sur un paradigme d'apprentissage, il est important que l'apprentissage soit favorisé tout le long des séances. La caractéristique « favoriser l'apprentissage » permet de rappeler au thérapeute les principes fondamentaux de l'apprentissage : l'apprentissage progresse par étape, l'information doit être présentée à petites doses, les apprenants requièrent du soutien, de la rétroaction, de la pratique et une révision de leur apprentissage, et la motivation et les facteurs contextuels influencent l'apprentissage. Pour cela sept techniques ont été déterminées : la technique du renforcement, la technique de l'enseignement direct, la technique du modelage, la technique du façonnage, la technique de la facilitation de l'exécution à l'aide d'indices, la technique de l'estompage et la technique de l'enchaînement. Le but final de CO-OP est que le client utilise de manière autonome les stratégies permettant de réaliser une habileté et qu'il soit capable de transférer ses acquis pour une autre habileté, c'est pour cela que les principes « viser l'autonomie » et « favoriser ma généralisation et le transfert » sont importants (Polatajko & Mandich, 2017).

- ***L'engagement des parents et autres personnes significantes***

Dans CO-OP, les parents ou autres personnes significantes pour le client sont invités à être actifs dans le processus d'intervention, afin de soutenir le client dans l'acquisition des habiletés et d'en favoriser la généralisation et le transfert (Polatajko & Mandich, 2017).

#### 4) CO-OP et AVC

Initialement validée pour la pédiatrie, CO-OP a récemment démontré des résultats positifs pour améliorer la performance occupationnelle et la satisfaction dans les activités de vie quotidienne chez d'autre population, comme les personnes ayant subi un AVC. (Martini & Techene, 2018). La plupart des ergothérapeutes continuent d'utiliser des approches basées sur la déficience qui mettent l'accent sur la rééducation de celle-ci. L'approche CO-OP est définie comme une approche de résolution de problèmes centrée sur le client et basée sur la performance permettant l'acquisition de compétences.

Wolf et al (2016) ont réalisé un essai clinique contrôlé randomisé exploratoire et en simple aveugle, en phase précoce en utilisant CO-OP avec des personnes, ayant subi un AVC il y a moins de 3 mois. L'objectif principal étant d'estimer l'effet de CO-OP par rapport à l'ergothérapie « habituelle ». C'est-à-dire sans l'utilisation de CO-OP, des mises en situations ont été réalisées ainsi que des activités analytiques. A plus long terme, les objectifs étaient d'évaluer son impact au niveau des membres supérieurs et la flexibilité cognitive. Ils ont pour cela établi des critères d'exclusions :

- Plus de 3 mois après l'AVC au moment de l'inclusion
- Non orienté vers de l'ergothérapie
- Diagnostic neurologique antérieur autre qu'un AVC
- Maladie psychiatrique majeure
- Aphasie modérée ou supérieure
- Déficience cognitive significative (21 ou moins MOCA)

Après exclusion, 35 patients ont été retenus. Les résultats de cette étude suggèrent que CO-OP peut avoir un effet positif plus large sur la récupération d'un AVC que les soins dits « habituels ». Les patients CO-OP ont signalé une récupération globale systématiquement meilleure au fil du temps tandis que le groupe de soin habituel a observé une régression lors de l'évaluation trois mois après. De plus, des effets mesurables de la CO-OP ont été observés dans la



flexibilité cognitive, dans la fonction du membre supérieur. Une étude réalisée par Ahn et al (2017) a observé les mêmes résultats.

Au vu de la littérature et de cette étude, j'ai pu émettre une hypothèse pour répondre à la question de recherche. Pour rappel, la question était : « Comment une approche CO-OP peut favoriser l'engagement occupationnel d'un patient adulte ayant eu un AVC lors d'un accompagnement en ergothérapie ? »

Ainsi, mon hypothèse est la suivante. L'utilisation de **l'approche CO-OP en ergothérapie, par le biais de ses sept caractéristiques clés et notamment celles des « buts choisis par le client » et de « la découverte guidée » favoriserait l'engagement occupationnel du patient ayant eu un AVC.** En effet, le client est impliqué dans la démarche de soin, il devient acteur de sa prise en soin en ergothérapie et s'engage donc dans celle-ci.

# METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce quatrième chapitre illustre la méthodologie que j'ai utilisée pour construire ce travail de recherche. Je commencerai par vous présenter la méthodologie d'enquête comprenant la population visée, le choix de l'outil, l'élaboration du guide d'entretien et la présentation des paramètres environnementaux. Puis les résultats seront analysés de façon qualitative et ils permettront de valider ou non l'hypothèse énoncée.

## 1 Méthodologie d'enquête

### 1) La population d'enquête

Les critères d'inclusion sont :

- Être ergothérapeute
- Être formé à l'approche CO-OP
- Travailler dans le secteur de la neurologie
- Accompagner des adultes ayant subi un AVC

Après avoir déterminé les spécificités que doivent remplir les répondants de mon outil d'enquête, j'ai dû choisir quel outil d'enquête utiliser.

### 2) Le choix de l'outil d'enquête

J'ai choisi, dans ce mémoire de privilégier une recherche qualitative. En effet, l'objectif est de récolter de l'information et de comprendre l'apport de l'utilisation de l'approche CO-OP dans l'accompagnement des personnes ayant subi un AVC, et notamment l'impact que peut avoir cette approche sur l'engagement de ces dernières. De plus selon Claude (2019) le but de l'entretien semi directif est de récolter des informations qui apportent des explications ou des éléments de preuves à un travail de recherche.

J'ai réalisé des entretiens semi directifs auprès d'ergothérapeutes DE formés à l'approche CO-OP et exerçant auprès de personnes ayant subi un AVC. Ces entretiens ont permis de récolter les différentes expériences et points de vue de chaque personne interrogée.

### 3) L'élaboration du guide d'entretien

J'ai structuré mon guide d'entretien en quatre grandes parties.

La première partie présente le contexte de ma recherche. Je redemande aux ergothérapeutes leur consentement pour l'enregistrement et pour la retranscription des entretiens même s'ils ont déjà signé au préalable le consentement écrit. Ensuite je me présente et je rappelle le sujet de mon mémoire. Je leur donne enfin ma question de recherche.

La deuxième partie est composée de questions générales sur les thèmes de l'ergothérapie et de l'approche CO-OP.

La troisième partie est composée de questions plus spécifiques abordant les thèmes de l'approche CO-OP et de l'engagement occupationnel.

Enfin, la quatrième partie permet la conclusion de l'enquête. Je demande aux ergothérapeutes s'ils ont envie de partager d'autres éléments avec moi. Puis je leur donne mes coordonnées et je leur propose de suivre la recherche s'ils le souhaitent.

Le guide d'entretien complet est visible en annexe VII.

### 4) Prise de contact avec les ergothérapeutes

J'ai tout d'abord contacté une des formatrice CO-OP afin de lui demander si elle pouvait me donner le contact des ergothérapeutes qu'elle avait formés à CO-OP et qui travaillaient auprès de patients ayant subi un AVC. Elle m'a donné le contact de quatre centres de rééducation en région parisienne. Je n'ai eu aucune réponse favorable de leur part.

J'ai donc posté un mot sur les réseaux sociaux spécialisés dans les mémoires en ergothérapie, afin d'essayer de trouver des ergothérapeutes qui répondaient à mes critères d'inclusion et qui voulaient bien réaliser un entretien. Je n'ai pas eu non plus de réponse favorable.

Après cela, j'ai vu sur le journal Le monde de l'ergothérapie qu'il y aurait un Webinaire sur l'utilisation de l'approche CO-OP. Il y avait sur cette page les noms des intervenants. J'en ai contacté une via le réseau social Linkelind, elle m'a de suite donné une réponse favorable et a demandé à d'autres ergothérapeutes s'ils

seraient d'accord pour passer un entretien. C'est comme cela que j'ai pu réaliser les trois entretiens pour mon enquête.

### 5) Paramètres environnementaux

Les entretiens se sont tous déroulés par visio-conférence car les ergothérapeutes interrogés venaient de région très différente de France. Ce choix a aussi permis d'augmenter les disponibilités des ergothérapeutes.

## 2 Résultats et analyses

### 1) Profil des ergothérapeutes

	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>
<i>Expérience en ergothérapie</i>	2017	2006	2008
<i>Formation CO-OP</i>	OUI	OUI + Instructrice CO-OP	OUI
<i>Expérience auprès d'adultes AVC</i>	2020	2007	2021
<i>Structure</i>	SSR	Cadre dans un SSR	Libéral + unité neurovasculaire aigue

Ce tableau permet de mettre en évidence les données pouvant influencer les réponses des ergothérapeutes selon la pratique de chacun. De plus, il permet de démontrer que les ergothérapeutes interrogés répondent bien aux critères d'inclusions.

Nous pouvons voir que les ergothérapeutes interrogés pour cette enquête exercent dans des milieux très différents et à différentes phases de du parcours de soin du patient AVC. En effet, l'ergothérapeute E3 travaille dans un UNV et donc à la phase aigüe de l'accompagnement. Alors que les ergothérapeutes 2 et 3 travaillent toutes les deux dans un SSR et donc en phase subaiguë et/ou chronique. Cette différence au niveau du lieu d'exercice mais aussi du moment de l'accompagnement peut expliquer la différence des réponses obtenues lors des entretiens.

## 2) Analyses des questions spécifiques

### a) *L'approche CO-OP*

#### Q1 Comment définiriez-vous l'approche CO-OP ?

E 1	<p>« Une technique de <b>résolution de problèmes</b> »</p> <p>« Le patient, arrive <b>lui-même</b> à trouver ses propres <b>stratégies</b> pour pallier ces difficultés ».</p>
E 2	<p>« Approche <b>interprofessionnelle</b> »</p> <p>« Permet de guider la personne pour qu'elle trouve des <b>stratégies</b> pour <b>résoudre ses problèmes</b> »</p> <p>« Façon spécifique de réfléchir et donc on va l'engager (<i>le patient</i>) dans un <b>raisonnement métacognitif</b> qui va du coup lui permettre de plus facilement <b>transférer dans son quotidien</b> »</p>
E 3	<p>« <b>Centré sur l'activité</b> plutôt que sur les habiletés »</p> <p>« Le but est de <b>transférer</b> au mieux, le plus rapidement possible »</p> <p>« Favorise le <b>transfert des acquis</b> au quotidienne »</p>

Les ergothérapeutes interrogés s'accordent tous les trois pour dire que CO-OP permet le transfert des acquis. De plus, les ergothérapeutes 1 et 2 la définissent comme une technique de résolution de problème dans laquelle le client doit trouver ses propres stratégies. L'ergothérapeute E2 parle de « raisonnement métacognitif ». De plus elle évoque que cette approche est interprofessionnelle. En effet, selon elle il est primordial que les mêmes objectifs soient travaillés avec tous les professionnels de santé. L'ergothérapeute E3, insiste sur le fait que l'approche CO-OP est centrée sur l'activité et non sur les habiletés.

**Q2 Pourquoi proposez-vous cette méthode à cette patientèle (AVC) ?**

E 1	<p>« Faire un <b>feedback</b> aux patients »</p> <p>« <b>Leur faire prendre conscience de leur performance</b> »</p> <p>« <b>Qu'ils trouvent les stratégies par eux-mêmes</b> »</p> <p>« <b>Qu'ils re transposent dans leur quotidien</b> »</p>
E 2	<p>« Qu'ils <b>réussissent à faire des choses</b> »</p> <p>« <b>Je veux qu'il y ait du succès</b> »</p> <p>« Que les clients soient <b>utilisateurs de stratégie</b> »</p> <p>« Qu'ils puissent généraliser »</p>
E 3	<p>« Pour le <b>transfert des acquis</b> »</p> <p>« Pour leur <b>apprendre la méthode</b> »</p>

Les trois ergothérapeutes interrogés s'accordent sur le fait qu'ils proposent la méthode CO-OP à leurs patients pour qu'ils soient des utilisateurs de stratégies et qu'ils soient en capacités de transférer leurs acquis. L'ergothérapeute 1 évoque en plus une notion de feed back à travers des vidéos réalisées durant les séances. L'ergothérapeute 2 évoque quant à elle une notion de succès et de réussite de ses patients qui paraît très importante pour elle.

**Q2 AVEZ-VOUS OBSERVE UN CHANGEMENT AU NIVEAU DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DU PATIENT LORS DE L'UTILISATION DE CETTE APPROCHE ?**

E 1	<p>« <b>Oui l'engagement est plus fort</b> parce qu'il y a cette volonté d'y arriver »</p> <p>« <b>L'utilisation des buts</b> choisis par le client entraîne de la motivation et favorise l'engagement »</p>
E 2	<p>« <b>Oui fondamentalement, la différence est énorme</b> »</p> <p>« <b>Résultats plus intéressants en termes de transfert d'acquis</b> »</p> <p>« <b>Développe les capacités de raisonnement et la stratégie des clients</b> »</p> <p>« <b>Le fait de les engager ça stimule leurs fonctions exécutives</b> »</p> <p>« <b>Permet à la personne de développer son sentiment d'efficacité personnel, ce qui crée un cercle vertueux</b> »</p> <p>« <b>Le client a plus confiance en ses capacités et va plus oser faire des choses donc il va améliorer sa participation</b> »</p>
E 3	<p>« <b>Oui ça change énormément</b> »</p>

« **L'approche permet la motivation et la revalorisation** »

« **Les clients se rendent compte qu'ils sont capables de réaliser pleins de choses** »

« **Permet d'améliorer leur moral et de les revaloriser** »

Les trois ergothérapeutes interrogés s'accordent sur le fait qu'il y a un changement au niveau de l'engagement occupationnel des patients, et que c'est un changement positif. Tous les trois évoquent une notion de motivation par le biais d'objectifs qui permettent une valorisation du client. L'ergothérapeute 2 parle même d'un « cercle vertueux » et d'une notion « d'efficacité personnelle » qui permet au client d'avoir plus confiance en ses capacités et donc d'améliorer sa participation en essayant plus de chose par lui-même. Selon l'ergothérapeute 2, l'approche CO-OP permet d'améliorer l'engagement du patient et donc par la même occasion d'améliorer sa participation. De plus, cette dernière affirme que l'engagement permet aussi de stimuler les fonctions exécutives des clients.

### Q3 QUELLES SONT SELON VOUS LES LIMITES QUE PEUT PRESENTER CETTE METHODE ?

E 1	<p>« Troubles <b>mnésiques</b> »</p> <p>« <b>Troubles du comportement trop important</b> »</p> <p>« <b>Anosognosie</b> »</p> <p>« <b>Un client désengagé</b> de la thérapie, qui n'adhère pas à l'ergothérapie »</p>
E 2	<p>« Le <b>temps</b> »</p>



	<p><b>« Le thérapeute qui n’adhère pas à l’approche et à la manière d’accompagner le client »</b></p> <p><b>« Faire attention à la qualité du geste »</b></p>
<b>E 3</b>	<p><b>« Troubles du langage »</b></p> <p><b>« Troubles du comportement »</b></p> <p><b>« Troubles cognitifs »</b></p> <p><b>« Le temps »</b></p>

Les ergothérapeutes 2 et 3 s’accordent sur le fait que le temps peut être une limite à l’utilisation de l’approche mais pas forcément pour les mêmes raisons. En effet, l’ergothérapeute 3 a une contrainte de temps imposée par son institution, il ne voit ses clients que deux ou trois séances. Alors que l’ergothérapeute 2 parle plus du temps que peut prendre l’utilisation de la CO-OP, car c’est le client qui doit trouver ses propres stratégies.

La seconde limite évoquée sont les troubles du comportements et/ou les troubles cognitifs, troubles du langage. L’ergothérapeute 2 ne voit pas de limite dans ces troubles. Elle dit juste qu’il peut y avoir une limite si l’on fait attention à la qualité de la réalisation du geste. Enfin, l’ergothérapeute 2 évoque une limite concernant le thérapeute, elle dit que tous les thérapeutes ne sont pas faits pour utiliser la CO-OP, il faut en effet y croire pour l’utiliser.

Les grandes limites évoquées sont donc le temps, les troubles du comportement, les troubles cognitifs et le thérapeute.

## **b) Engagement occupationnel**

### **Q4 Selon vous comment l'utilisation de l'approche CO-OP peut favoriser l'engagement du patient ?**

<b>E 1</b>	<p>« On <b>parle du client</b> et de ses envies, cela <b>créé de la motivation</b> »</p> <p>« Le <b>client choisit des choses qu'il a envie de changer</b> et de faire seul »</p>
<b>E 2</b>	<p>« Le <b>patient définit ses buts</b> et <b>améliore</b> de lui-même sa <b>performance</b> et donc <b>sa participation</b> »</p> <p>« Les <b>techniques d'entretiens</b> peuvent favoriser l'engagement »</p> <p>« Il a la <b>responsabilité de transférer ses acquis à la maison</b> »</p> <p>« S'il le souhaite, c'est lui qui inclut sa famille et/ou ses aidants »</p> <p>« Possibilité de <b>créer un cadre facilitant</b> pour <b>permettre la motivation</b> et <b>l'engagement</b> »</p>
<b>E 3</b>	<p>« Le patient <b>trouve ses solutions</b> donc cela l'engage. La CO-OP rend les <b>patients acteurs</b> »</p> <p>« Les <b>buts sont établis par le client</b> »</p>

Les trois ergothérapeutes s'accordent sur le fait que l'approche CO-OP peut favoriser l'engagement des clients par le fait qu'ils choisissent eux même leurs objectifs. De plus, partir des objectifs du client permet de le motiver et donc de créer un engagement. Les ergothérapeutes 2 et 3 s'accordent sur le fait que le client est un acteur dans cette méthode, ce qui favorise aussi l'engagement. L'ergothérapeute

2 évoque également que l'on peut agir sur la motivation du patient en mettant en place un cadre facilitant.

**Q5 QUELS ELEMENTS PROPRES A LA CO-OP FAVORISENT L'ENGAGEMENT DU PATIENT ?**

<b>E 1</b>	<p>« Questionner la personne sur ce qui lui tient à cœur. Donc l'entretien »</p> <p>« L'utilisation de la vidéo afin de faire un feedback sur les progrès »</p> <p>« L'analyse de la performance dynamique »</p>
<b>E 2</b>	<p>« L'établissement des buts par le patient »</p> <p>« L'analyse de la dynamique de la performance »</p> <p>« La découverte de stratégie »</p> <p>« La notion de transfert »</p> <p>« La notion de partenariat avec le proche »</p>
<b>E 3</b>	<p>« Les buts établis par le patient »</p> <p>« La découverte guidée »</p> <p>« Le fait qu'il trouve les solutions tout seul »</p>

**Q6 QUELS SONT SELON VOUS LES OUTILS OU LES CARACTERISTIQUES QUI FAVORISENT L'ENGAGEMENT ?**

<b>Outils</b>	<b>ADP</b>	<b>MCRO</b>	<b>ECQE</b>	<b>Découverte guidée</b>	<b>Partenariat avec les proches</b>	<b>Buts choisis par le client</b>
<b>E1</b>	X	X	X	X		X
<b>E2</b>	X	X		X	X	X
<b>E3</b>		X		X		X

Les trois ergothérapeutes s'accordent pour dire que la découverte guidée ainsi que les buts choisis par les clients sont une des caractéristiques qui favorisent l'engagement. De plus, les techniques d'entretiens telle que la MCRO, pour l'établissement de ces buts sont importantes pour favoriser l'engagement. Les ergothérapeutes 1 et 2 évoquent aussi l'analyse dynamique de la performance qui permet de faire émerger les difficultés mais aussi les points de réussites du client. L'ergothérapeute 1 évoque également l'ECQE comme outil favorisant l'engagement du client. Enfin, l'ergothérapeute 2 fait ressortir la notion de partenariat avec les proches comme caractéristique facilitante. Selon elle, elle permet de les rendre acteurs car ce sont les clients qui analysent leurs difficultés et cela les responsabilisent.

### 3 Discussion

#### 1) Evolution de l'hypothèse

Le tableau en annexe XIX permet de synthétiser les réponses des ergothérapeutes.

Mon hypothèse a été en partie vérifiée par les ergothérapeutes interrogés. En effet, tous les ergothérapeutes se sont accordés sur le fait qu'ils avaient observé un changement positif au niveau de l'engagement occupationnel du patient AVC lors de l'utilisation de cette méthode.

Une des ergothérapeutes interrogés a particulièrement insisté sur le fait que le partenariat avec les proches est très important dans cette méthode et permet de renforcer l'engagement du patient. En effet, le client est alors acteur et responsable du transfert des acquis à domicile. De plus, une des limites évoquées par l'une des ergothérapeutes était l'ergothérapeute en lui-même. En effet, dans le guide de l'utilisation de l'approche CO-OP (polatjako & madnich, 2017) il apparaît que les ergothérapeutes doivent répondre à certains prérequis pour utiliser cette méthode. Il est souligné dans cet ouvrage que le thérapeute doit avoir une philosophie centrée sur le client, il doit être formé à la MCRO pour l'établissement des buts. De plus, le thérapeute doit être en capacité d'analyser les activités de manière efficace et avoir des habiletés de communication afin de cibler les problèmes d'exécution du client et le guider dans la mise en place pertinente d'une stratégie de résolution de problème.

Les caractéristiques clés évoquées par les ergothérapeutes lors des entretiens sont :

- Les **buts** choisis par le client
- **L'analyse dynamique de la performance** (ou de l'exécution)
- La **découverte guidée**
- Le **partenariat** avec les proches

Suite à ces entretiens, une nouvelle perspective apparaît. En effet, il serait plus juste de dire : **A travers ses caractéristiques clés, et notamment les buts choisis par le client, la découverte guidée, le partenariat avec les proches et**

**l'analyse dynamique de la performance, l'approche CO-OP en ergothérapie, permet de favoriser l'engagement du patient AVC.** De plus, ces caractéristiques permettent de rendre le client acteur de son accompagnement et donc de permettre un engagement plus fort.

## 2) Limites méthodologiques de l'étude

### **a) *Choix du modèle***

Il ressort que le choix du modèle MCREO pour cette étude était cohérent. En effet, ce modèle agit sur les motivations et sur les niveaux de satisfaction (ou de perception) du client. Les trois critères « centré sur la personne », « prise en compte de l'environnement » et « centré sur l'occupation » se retrouvent également dans ce modèle.

Il aurait tout de même été intéressant de développer les concepts de participation occupationnelle et de performance qui sont du vocabulaire en lien avec la MCREO mais aussi avec l'approche CO-OP. En effet, CO-OP est une approche utilisée en ergothérapie pour améliorer les performances occupationnelles. Il aurait donc peut-être été intéressant de lier les deux concepts « d'engagement » et de « performance occupationnelle ».

### **b) *Etendre l'échantillon des répondants***

Une des limites de l'étude a concerné la taille de l'échantillon. En effet, je n'ai réalisé que trois entretiens pour réaliser cette étude. Il a cependant été difficile de trouver dans le temps imparti des ergothérapeutes formés à l'approche CO-OP et qui exerçaient auprès d'adultes ayant eu un AVC.

Enfin, des entretiens complémentaires avec des aidants ou des proches d'adultes ayant eu un AVC et ayant bénéficié d'un accompagnement CO-OP auraient pu être intéressants pour l'étude. Cela aurait permis de recueillir leur point de vue et de voir ou non les limites de généralisations ou de transferts des acquis à domicile.

### ***c) Méthode d'investigation***

Intégrer à ce travail de recherche une situation de stage sous la forme d'observation participative d'ergothérapeute utilisant l'approche CO-OP et exerçant auprès d'adultes ayant eu un AVC aurait permis d'apporter plus de matière à ce mémoire. En effet, cela aurait permis de donner des exemples plus concrets, et vécus et permettre une meilleure vision pour les lecteurs mais aussi pour moi.

De plus, mon guide d'entretien aurait été plus précis en ayant été testé au préalable avec un ergothérapeute répondant à mes critères d'inclusions. Cependant, je n'avais que très peu d'ergothérapeutes disponibles pour un entretien, je ne pouvais donc me permettre d'utiliser l'un d'entre eux pour un test.

### **3) Réflexion et perspectives de recherches**

Les réponses des répondants pouvant varier selon leur lieu d'exercice démontrent que l'utilisation de l'approche CO-OP peut avoir des limites au niveau du parcours de soin du patient. Même si les études de Ahn et al (2017) et de Wolf et al (2016) démontrent que l'utilisation de la CO-OP en ergothérapie est possible en phase chronique et en phase subaiguë, il apparaît que j'aurais sans doute eu des réponses plus précises et complète si j'avais ciblé une des deux phases pour mon enquête. En effet, les ergothérapeutes interrogés n'intervenaient pas au même moment de récupération de leurs clients. Ce qui peut expliquer pourquoi les outils utilisés et les réponses données pouvaient parfois différer.

## CONCLUSION

Au terme de cet écrit, il me semble nécessaire de rappeler le contexte de l'étude réalisée. En effet, lors d'un stage dans un SSR neurologique, il m'est apparu que l'engagement des patients AVC dans l'accompagnement en ergothérapie était parfois difficile. De plus, la littérature que j'ai consultée fait le même constat.

Lors de cette étude, il s'agissait de savoir si l'utilisation de l'approche CO-OP pouvait améliorer ou non l'engagement occupationnel des adultes ayant eu un AVC. J'avais alors émis l'hypothèse suivante : **L'approche CO-OP par le biais de ses sept caractéristiques clés et notamment celles des « buts choisis par le client » et de « la découverte guidée » favoriserait l'engagement occupationnel de ce dernier.**

Après la réalisation de mon enquête, de nouvelles perspectives sont apparues, notamment le partenariat avec le proche, mon hypothèse a alors légèrement évolué : **A travers ses caractéristiques clés, et notamment les « buts choisis par le client », « la découverte guidée », « le partenariat avec les proches » et « l'analyse dynamique de la performance », l'approche CO-OP en ergothérapie, permet de favoriser l'engagement du patient AVC.** En effet, ces caractéristiques permettent de rendre le client acteur de son accompagnement et donc de permettre un engagement plus fort.

Il apparaît tout de même que l'utilisation de l'approche CO-OP par l'ergothérapeute peut permettre de favoriser l'engagement occupationnel du patient adulte ayant eu un AVC. Cependant, plusieurs critères sont à prendre en compte, notamment les limites de l'utilisation de cette approche : le temps, les troubles cognitifs trop importants et les prérequis de l'ergothérapeute.

Ce travail d'initiation à la recherche a été difficile, j'y ai consacré du temps et toute mon énergie. Malgré tout, il apporte une satisfaction et une certaine fierté.



Réaliser des recherches, aller interroger les ergothérapeutes sur le terrain est plaisant et permet de confronter la théorie à la pratique.

Cependant, la recherche pourrait continuer et aller encore plus loin, il serait alors pertinent de se demander **comment l'utilisation d'une approche CO-OP en ergothérapie permet la facilitation du transfert des acquis du patient AVC, et à quel moment du parcours de soin est-elle la plus pertinente ?**

# BIBLIOGRAPHIE

## 1 Ouvrages

Anaes. (2006, juin). *RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE*

*Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire*

*cérébral - Aspects paramédicaux* -. <https://www.has->

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/avc\\_param\\_351dical\\_fiche\\_de\\_synth\\_350se\\_version\\_2006.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_fiche_de_synth_350se_version_2006.pdf)

[350se\\_version\\_2006.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_fiche_de_synth_350se_version_2006.pdf)

Association canadienne des ergothérapeutes. (2002). *Promouvoir l'occupation*

: *Une perspective de l'ergothérapie* (2<sup>e</sup> éd., p.56). ACE.

Bertrand, R. Desrosiers, J. Stucki, V. Kühne, N. Tétreault, S. (2018).

Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. In J.M. Caire, F. André, A. Schabaille, R. Bertrand (ed.) *Engagement, occupation et santé* (p.47-57).

ANFE

Censabella, S. (2017). Chapitre 5 – Les fonctions exécutives. Dans *Bilans*

*neuropsychologiques de l'enfant* (p. 117-137).Mardaga.

HAS. (2012, mai). *Recommandation de bonne pratique argumentaire*

*scientifique Juin 2012 Accident vasculaire cérébral : méthodes de*

*rééducation de la fonction motrice chez l'adulte*. <https://www.has->

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01\\_argu\\_avc\\_methodes\\_de\\_reeducation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_argu_avc_methodes_de_reeducation.pdf)

HAS. (2019, mai). *Accident vasculaire cérébral Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app\\_260\\_note\\_de\\_problematique\\_ssr\\_avc\\_cd\\_2019\\_05\\_22\\_vfinale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app_260_note_de_problematique_ssr_avc_cd_2019_05_22_vfinale.pdf)

HAS. (2020, juillet). *Recommander les bonnes pratiques : Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche\\_parcours\\_de\\_reeducation\\_readaptation\\_des\\_patients\\_apres\\_la\\_phase\\_initiale\\_de\\_lavc.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche_parcours_de_reeducation_readaptation_des_patients_apres_la_phase_initiale_de_lavc.pdf)

Meyer. S (2018). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. In J.M. Caire, F. André, A. Schabaille, R. Bertrand (ed.) *Engagement, occupation et santé* (p.17-25). ANFE

De Morand, A. (2014). Le patient hémiplegique. Dans *Pratique de la rééducation neurologique* (2e éd., p. 2-75). Maarssen, Pays-Bas : Elsevier Gezondheidszorg.

Martini, R. Techene, S. (2018). Comment l'approche CO-OP met elle l'accent sur l'occupation ? En quoi cette vision de l'ergothérapie est-elle nécessaire pour la pratique en France ?. In J.M. Caire, F. André, A. Schabaille, R. Bertrand (ed.) Engagement, occupation et santé (p. 157-174). ANFE

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. (2008, avril). *Décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation*. Journal officiel de la république française.  
<https://www.cometefrance.com/wp-content/uploads/2015/02/2008.04-Decret-2008-376-SSR.pdf>

Morel, M. C., Caire, J. M., & Rouault, L. (2017). Chapitre 2 - Modèles généraux en ergothérapie. Dans *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 85-97). Berchem, Belgique : De Boeck.

Morel, M. C., Caire, J. M., & Rouault, L. (2017). Chapitre 3 – Cadres conceptuels et modèles appliqués en ergothérapie. Dans *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 157-166). Berchem, Belgique : De Boeck.

Morel-Bracq, M-C. (2018). La science de l'occupation, un défi pour la santé. In J.M. Caire, F. André, A. Schabaille, R. Bertrand (ed.) Engagement, occupation et santé (p.3-15). ANFE

Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2017). CHAPITRE 1 : Aider les enfants à réussir. Dans *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* (p. 1-16). Ottawa, Ontario : Association canadienne des ergothérapeutes.

Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2017). CHAPITRE 2 : Des perspectives quant à l'habilitation des enfants – Les fondements de CO-OP. Dans *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* (p. 17-46). Ottawa, Ontario : Association canadienne des ergothérapeutes.

Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2017). CHAPITRE 3 : Le protocole CO-OP : en action ! . Dans *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* (p. 47-104). Ottawa, Ontario : Association canadienne des ergothérapeutes.

Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2017). CHAPITRE 5 : La trousse CO-OP – Une boîte à outils. Dans *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* (p. 149-170). Ottawa, Ontario : Association canadienne des ergothérapeutes

## 2 Articles

Ahn, S. N., Yoo, E. Y., Jung, M. Y., Park, H. Y., Lee, J. Y., & Choi, Y. I. (2017). Comparison of Cognitive Orientation to daily Occupational Performance and conventional occupational therapy on occupational performance in individuals with stroke: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 40(3), 285-292.

Atler, K. (2015). *The experiences of everyday activities post-stroke*. *Disability and Rehabilitation*, (), 1–8. doi:10.3109/09638288.2015.1061603

Henshaw, E., Polatajko, H.J., McEwen, S.E., Ryan, J.D., & Baum, C. (2011) A Cognitive Approach to Improve Participation after Stroke: Two Case Studies. *American Journal of Occupational therapy*, 65(1), 55-63

Jutzi, K. S. R., Linkewich, E., Hunt, A. W., & McEwen, S. (2019). Does training in a top-down approach influence recorded goals and treatment plans? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(1), 42-51.  
<https://doi.org/10.1177/0008417419848291>

Mayo, N. E., Anderson, S., Barclay, R., Cameron, J. I., Desrosiers, J., Eng, J. J., Bayley, M. (2015). Getting on with the rest of your life following stroke : a randomized trial of a complex intervention aimed at enhancing life participation post stroke. *Clinical Rehabilitation*, 29(12), 1198–1211.  
<https://doi.org/10.1177/0269215514565396>

Perez, C., Gillet-Ben Nejma, I., Allali, S., Boudjadja, M., Caetta, F., Gout, O., Savatovsky, J., Obadia, M., & Chokron, S. (2014). Hémianopsie latérale homonyme : amputation du champ visuel, perception implicite et hallucinations visuelles. *Revue de neuropsychologie*, 6(4).  
<https://doi.org/10.3917/rne.064.0238>

Skidmore, E. R., Holm, M. B., Whyte, E. M., Dew, M. A., Dawson, D., & Becker, J. T. (2011). The feasibility of meta-cognitive strategy training in acute inpatient stroke rehabilitation: Case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(2), 208-223.  
<https://doi.org/10.1080/09602011.2011.552559>

Stirati-Buron, S., Koskas, P., & Drunat, O. (2008). Anosognosie : définitions, caractéristiques, méthodes d'évaluation, exemple de l'hôpital de jour de neuropsychogériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8(45), 30-34. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.01.013>

Wolf, T. J., Polatajko, H., Baum, C., Rios, J., Cirone, D., Doherty, M., & McEwen, S. (2016). Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Affects Cognition and Upper-Extremity Function in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(2), p1-10).  
<https://doi.org/10.5014/ajot.2016.017293>

### 3 Sites internet

Claude, G. (2019, 7 novembre). *L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes*. Scribbr. Consulté le 22 avril 2022, à l'adresse <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>

Diplopie. (2022, 7 janvier). Collège des Enseignants de Neurologie. Consulté le 15 février 2022, à l'adresse <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/diplopie>

Inserm. (2019, 13 mai). *Accident vasculaire cérébral (AVC) · Inserm, La science pour la santé*. Consulté le 11 novembre 2021, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>

Larousse, Æ. (s. d.). *Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. Consulté le 17 novembre 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apprentissage/4748>

Ministère des Solidarités et de la Santé -. (2013). Consulté le 9 novembre 2021, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

Ministère des Solidarités et de la Santé -. (2020, 11 mars). Consulté le 3 juin 2021, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr>



Ministère des Solidarités et de la Santé. *Les signes de l'AVC*. (2019, 15 mai.

Consulté le 14 décembre 2021)., à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/les-signes-de-l-avc>

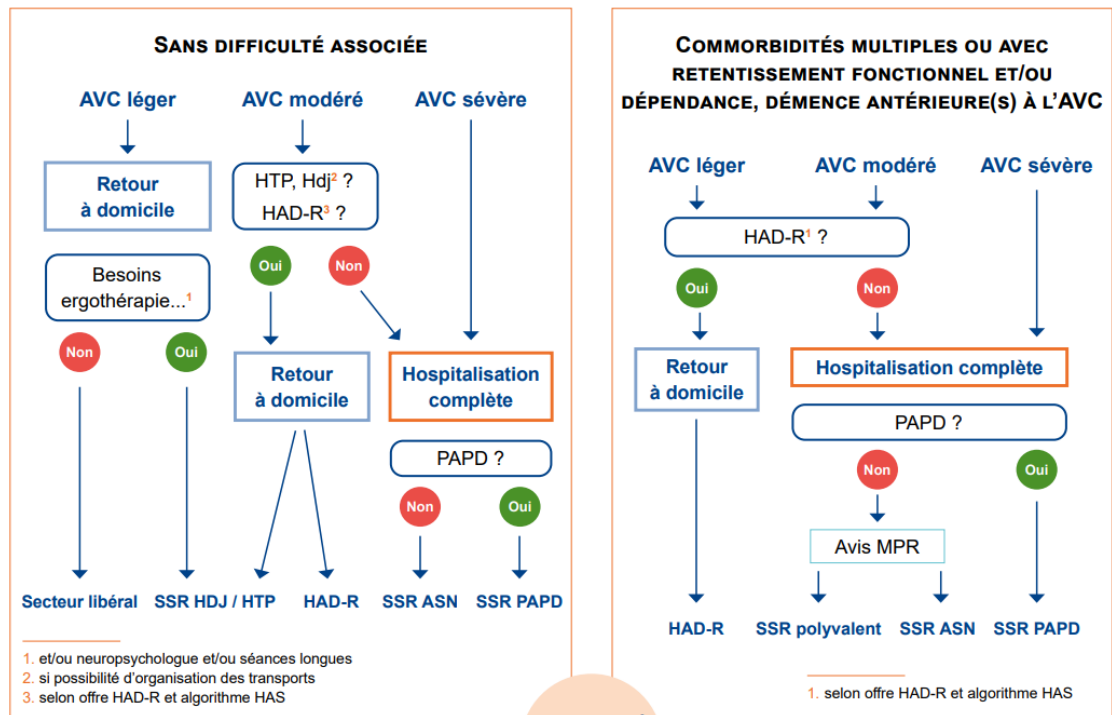
*Amélie. Quelles sont les causes de la fatigue ?* (2022, 6 avril). ameli.fr |

Assuré. Consulté le 6 mai 2022, à l'adresse <https://www.ameli.fr/bayonne/assure/sante/themes/asthenie-fatigue/definition-symptomes-causes>

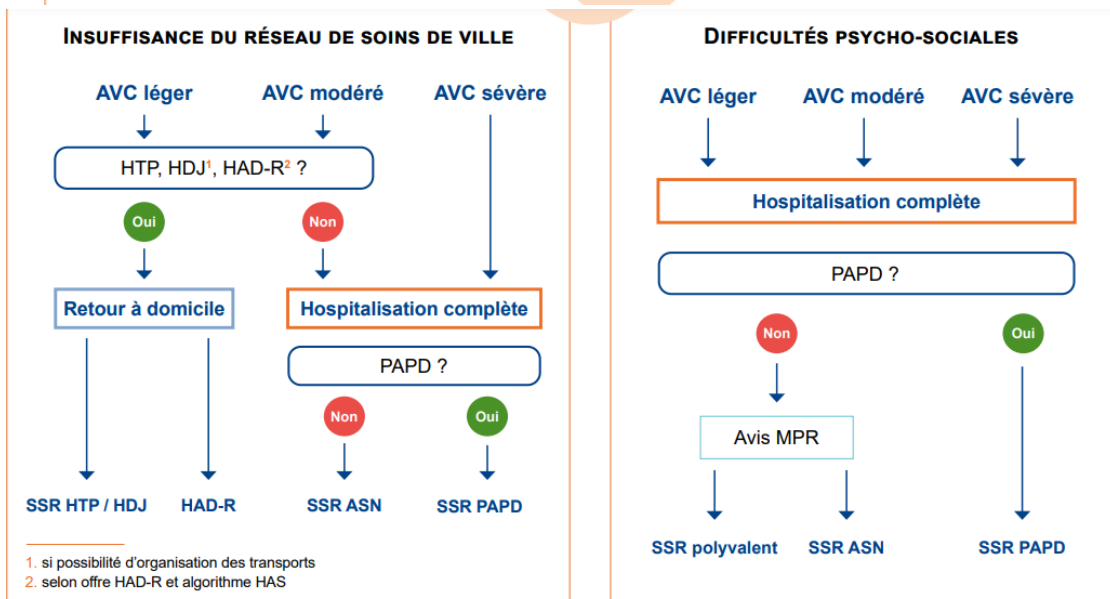
## ANNEXES

Annexe 1 - Le parcours de soin AVC après la phase initiale .....	II
Annexe 2- Théories sous-jacentes à la CO-OP .....	III
Annexe 3- Structure de la démarche CO-OP .....	IV
Annexe 4- Fiche d'analyse dynamique de l'exécution (ADE) .....	VI
Annexe 5- Guide d'entretien semi directif .....	VII
Annexe 6- Retranscription de l'entretien E1 .....	IX
Annexe 7 - Retranscription des réponses des trois ergothérapeutes interrogés .....	XXII

Annexe 1 - Le parcours de soin AVC après la phase initiale



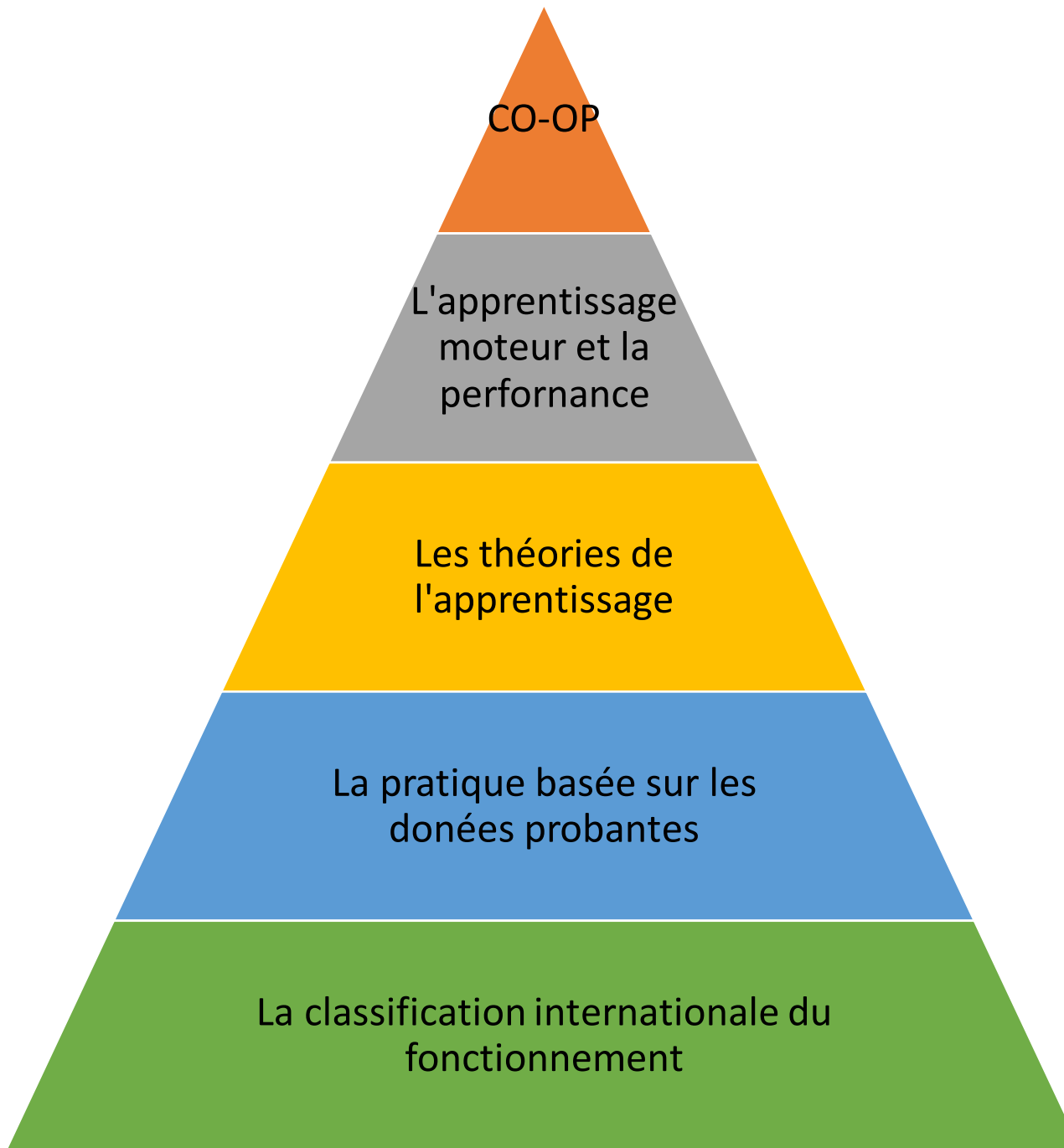
**DIFFICULTÉ ASSOCIÉE À L'AVC ?**



HAD-R : hospitalisation à domicile de réadaptation ; HTP : hospitalisation à temps partiel ; HDJ : hospitalisation de jour ; PAPD : personne âgée personne dépendante ; ASN : SSR spécialisé affections du système nerveux

(HAS, 2019)

*Annexe 2- Théories sous-jacentes à la CO-OP*



(Polatajko & Mandich, 2017)

*Annexe 3- Structure de la démarche CO-OP*

BUT – Phase de préparation	
Préparation en vue d'établir les BUTS choisis par le client	<p>Avant la première rencontre</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Entrer en contact avec les proches</li><li>- Présentation de l'approche CO-OP aux parents</li><li>- S'assurer de l'engagement et de la participation des parents</li><li>- Fournir le journal des activités quotidiennes</li><li>- Vérifier les prérequis</li></ul>
Etablissement des BUTS choisis par le client	<p>1<sup>re</sup> rencontre</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Revoir avec le client le journal des activités quotidiennes</li><li>- Administrer la MCRO</li><li>- Déterminer le rendement initial avec l'ECQE</li><li>- Amorcer l'ADE</li></ul>

PLAN et FAIRE – Phase d’acquisition	
Amorcer l’utilisation des stratégies cognitives	<p>1<sup>re</sup> rencontre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commencer à mettre en œuvre les principes de l’habilitation</li> <li>- Présenter la stratégie globale BUT–PLAN–FAIRE- VERIFIER</li> <li>- S’assurer de la présence des parents ou autre comme observateurs</li> </ul>
Favoriser l’acquisition des habiletés par l’utilisation des stratégies	<p>2<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> rencontre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir l’utilisation de la stratégie globale</li> <li>- Poursuivre l’ADE</li> <li>- Guider la découverte des stratégies</li> <li>- Poursuivre la mise en œuvre des principes de l’habilitation</li> <li>- Encourager les parents ou autres à observer et favoriser la généralisation et le transfert des stratégies et des habiletés</li> </ul>

VERIFIER – Phase de vérification	
Vérifier que les BUTS sont atteints	<p>Dernière rencontre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrer la MCRO et l’ECQE</li> <li>- Réviser la généralisation et le transfert</li> <li>- Revoir et renforcer l’utilisation des stratégies avec les parents ou autre</li> </ul>

*Annexe 4- Fiche d'analyse dynamique de l'exécution (ADE)*

<b>Nom</b> _____ _____	<b>Date de pré évaluation</b>				
<b>Ergothérapeute</b> _____ _____	<b>Date de post évaluation</b>				
<b>Objectif</b> _____					
<b>I Pré-requis du client</b>					
1. Est-ce que le client veut faire l'activité ?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;"><b>Non</b></td> <td style="text-align: right;"><b>Oui</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
<b>Non</b>	<b>Oui</b>				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10				
2. Est-ce que le client sait comment faire l'activité ?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;"><b>Non</b></td> <td style="text-align: right;"><b>Oui</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
<b>Non</b>	<b>Oui</b>				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10				
<b>II Pré-requis liée à la performance</b>					
3. Est-ce que l'activité est réalisée correctement ?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;"><b>Non</b></td> <td style="text-align: right;"><b>Oui</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
<b>Non</b>	<b>Oui</b>				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10				
<b>III Identification des problèmes de performance</b>					
4. Problèmes de performance					
a) Est-ce que le client sait comment faire _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;"><b>Non</b></td> <td style="text-align: right;"><b>Oui</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
<b>Non</b>	<b>Oui</b>				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10				
b) Est-ce que le client veut faire _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;"><b>Non</b></td> <td style="text-align: right;"><b>Oui</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
<b>Non</b>	<b>Oui</b>				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10				
c) Est-ce que le client peut faire _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;"><b>Non</b></td> <td style="text-align: right;"><b>Oui</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
<b>Non</b>	<b>Oui</b>				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10				

<b>IV Spécification de la stratégie d'intervention</b>															
5. Problèmes de performance															
a) Est-ce que les capacités du client sont suffisantes ?	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;"><b>Non</b></td> <td style="text-align: right;"><b>Oui</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;"><b>Non</b></td> <td style="text-align: right;"><b>Oui</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;"><b>Non</b></td> <td style="text-align: right;"><b>Oui</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
<b>Non</b>	<b>Oui</b>														
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10														
<b>Non</b>	<b>Oui</b>														
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10														
<b>Non</b>	<b>Oui</b>														
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10														
b) Les capacités peuvent elles être améliorées ?	Non    Oui    N/A	Non    Oui    N/A	Non    Oui    N/A												
c) Intervention	_____	_____	_____												
6.															
a) Quelles sont les exigences de l'activité ?	Non    Oui	Non    Oui	Non    Oui												
b) Peuvent-elles être modifiées ?	Non N/A	Non N/A	Non N/A												
c) Intervention	_____	_____	_____												
7.															
a) Quelles sont les exigences de l'environnement ?	Non    Oui	Non    Oui	Non    Oui												
b) Peuvent-elles être modifiées ?	Non N/A	Non N/A	Non N/A												
c) Intervention	_____	_____	_____												

*Annexe 5- Guide d'entretien semi directif*

<b>Date</b>	
<b>Présentation de la recherche</b>	<p>Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'enquête pour la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche. Me donnez-vous votre consentement pour que cet entretien soit enregistré puis retranscrit ?</p> <p>Le sujet de mon mémoire est l'engagement du patient adulte AVC et l'utilisation de l'approche CO-OP.</p> <p>La question de recherche est donc : <b>Comment une approche CO-OP peut favoriser l'engagement occupationnel d'un patient adulte ayant eu un AVC lors d'un accompagnement en ergothérapie ?</b></p>
Questions générales	
<b>Thèmes</b>	<b>Questions</b>
Ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?</li> <li>• Voulez-vous bien me décrire votre parcours ?</li> <li>• Dans quelle structure travaillez-vous ?</li> <li>• Pourriez-vous me définir l'ergothérapie selon vous ?</li> </ul>
L'approche CO-OP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis combien de temps êtes-vous formés à l'approche CO-OP ?</li> <li>• Depuis combien de temps utilisez-vous cette approche avec vos patients ayant eu un AVC ?</li> <li>• Comment la définiriez-vous en quelques mots ?</li> <li>• Comment déterminez-vous la pertinence de son utilisation dans l'accompagnement du patient AVC ?</li> <li>• Quel est selon vous l'impact de l'utilisation de cette méthode dans l'accompagnement du patient ? Change – t- elle quelque chose ? Si oui quoi ?</li> </ul>



Questions spécifiques	
Thèmes	Questions
L'approche CO-OP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourquoi proposez-vous cette méthode à cette patientèle ?</li> <li>• Avez-vous observé un changement au niveau de l'engagement occupationnel du patient lors de l'utilisation de cette approche ?</li> <li>• Quelles sont selon vous les limites que peut présenter cette méthode.</li> </ul>
Engagement Occupationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon vous, comment l'utilisation de l'approche CO-OP peut favoriser l'engagement du patient ?</li> <li>• Quels éléments propres à la CO-OP favorisent l'engagement occupationnel du patient ?</li> <li>• Quels sont selon vous les outils ou les caractéristiques qui favorisent l'engagement ?</li> <li>• Auriez-vous des exemples concrets à me faire partager pour illustrer vos propos ?</li> </ul>
Conclusion	
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous d'autres éléments à apporter pour compléter cet entretien ?</li> </ul>
Coordonnées	<p>Voici mes coordonnées si vous désirez des informations complémentaires ou si vous souhaitez suivre la recherche.</p> <p>Je vous remercie pour votre collaboration, les connaissances apportées à ma recherche et également pour le temps que vous m'avez consacré.</p>

## *Annexe 6- Retranscription de l'entretien E1*

Retranscription d'un entretien semi-directif entre M (personne interrogée) et Elena (moi), au sujet de l'engagement occupationnelle du patient et de l'utilisation de l'approche CO-OP.

**Date** : mercredi 23 mars 2022

**Durée** : 29min 40sec.

### **Entretien semi directif par Zoom**

**Profil** : M est ergothérapeute D.E

- **Bonjour, j'espère que tu vas bien ?**
- Oui ça va très bien et toi ?
- **Oui merci. Es-tu toujours d'accord pour que l'entretien soit enregistré ?**
- Oui bien sûr il n'y a aucun problème.
- **Très bien merci. Je te rappelle que cet entretien est réalisé dans le cadre de mon mémoire. Le sujet de mon mémoire c'est l'engagement du patient AVC avec l'utilisation de l'approche coop.**
- Okay
- **Donc ma question de recherche c'est comment une approche coop peut favoriser l'engagement occupationnel d'un patient adulte ayant eu un AVC lors d'un accompagnement en ergothérapie ? Pour répondre à cette question, j'ai fait du coup des recherches et maintenant je vais te poser plusieurs questions. Je vais commencer par te poser des questions sur toi. Je voulais savoir depuis combien de temps tu étais ergothérapeute.**
- Bien moi je suis diplômée depuis juin 2017.
- **Et c'est quoi ton parcours ? Tu étais où à l'école ? qu'est-ce que tu as fait ?**
- Du coup ouais j'étais à Lyon à l'ISTR, Instituts de Sciences et de Techniques de Réadaptation. Toi tu es où ?
- **A Paris à l'ADERE.**
- OK d'accord.
- **Voilà, (rires) et maintenant où est-ce que tu travailles ?**

- Je travaille dans les Bouches-du-Rhône dans un petit village entre Aix et Marseille, dans un centre de rééducation fonctionnelle.
- **D'accord.**
- Il s'appelle Paul Cézanne.
- **OK ça fait longtemps que tu travailles là-bas ?**
- Et bah depuis octobre 2017 c'est mon premier job et voilà.
- **D'accord, et est-ce que tu peux me donner selon toi, une définition de l'ergothérapie, qu'est-ce que c'est l'ergothérapie pour toi ?**
- Ouais c'est, très vaste. Alors pour moi cela permet, ça va être de permettre à des personnes en situation de handicap suite à une maladie, un traumatisme, un accident, de leur permettre de retrouver des activités qui leur tiennent à cœur. Aussi bien des activités en matière du quotidien que des activités liées, voilà, au travail, ou de loisir. Et du coup ça va permettre en effet qu'ils soient plus indépendants et autonomes. Et donc du coup qu'ils puissent pouvoir se débrouiller le plus possible, on va dire par eux-mêmes. Et voilà et puis on va adapter on va dire leur environnement. Mais il y a, la phase de rééducation puis la phase d'adaptation. Donc à un moment donné on va jouer aussi sur les 2. Être sûr de l'analytique dans un premier temps et puis après on va aussi être sûr du fonctionnel au maximum quoi.
- **Okay et donc maintenant je vais passer aux questions qui sont plus en lien avec l'approche coop. Donc déjà depuis combien de temps est ce que t'es formé à l'approche ?**
- C'était en 2 sessions du coup j'ai fait à Toulouse. Donc c'était en novembre 2019 et puis après, et après... peut être 6 mois plus tard en 2020.
- **D'accord OK.**
- J'ai fait mon mémoire sur CO-OP aussi.
- **Et donc OK, et tu l'as fait avec une population d'adultes aussi où d'enfants ?**
- Eh bien, jeunes adultes.
- **D'accord OK et donc je voulais savoir aussi, depuis combien de temps est ce que tu utilisais cette approche avec tes patients AVC ?**
- Eh bien du coup, avant, en fait déjà j'avais une petite idée en fait de ce que c'était l'approche coop. Donc j'avais essayé de mettre en place. Dans le but,

on va dire, en verbalisation mais en fait je ne connaissais pas beaucoup finalement. Après avoir fait la formation je me suis dit il me manquait pas mal d'outils quoi pour l'utiliser concrètement. Après la première session de la formation, on nous a demandé en fait de déjà essayer de la pratiquer auprès de nos, de nos, patients. Donc du coup on va dire j'ai essayé de la pratiquer dans mon centre.

- **D'accord, et comment est-ce que, en quelques mots, tu définirais toi cette approche ?**
- Cette approche, bah pour moi c'est, c'est une technique de résolution de problèmes. Comment on va dire, mettre en place des stratégies par soi-même, enfin par le patient en fait. C'est que le patient, il arrive lui-même à trouver ses propres stratégies pour pallier ces difficultés quoi.
- **OK et donc comment est-ce que tu détermènes la pertinence de son utilisation avec cette population-là, de personnes qui ont eu un AVC. Comment est-ce que tu décides ou pas de l'utiliser ?**
- Et beh, faut que j'aie des patients quand même, que je vois qui est motivés vraiment par la rééducation. Je veux qu'il soit en fait investi en ergothérapie et que je pense qu'il y a du potentiel aussi en termes de récupération. J'ai essayé parfois avec des personnes qui ont eu un AVC un mais qui n'était pas totalement investi ou que c'était compliqué mais c'est plus difficile d'arriver au bout et puis d'arriver à un résultat quoi donc c'est vraiment on va dire, la motivation.
- **Donc en fait il faut que le patient soit motivé pour ensuite que tu puisses utiliser cette méthode ?**
- Ouais je veux qu'il soit motivé dans sa rééducation en ergothérapie. Par exemple ici du coup c'est un patient qui, qui est content d'arriver en séance d'ergothérapie, qui est toujours en demande, qui a un questionnement. Ouais qui attende vraiment une séance, parce qu'il y a des personnes qui sont plus ou moins aussi on va dire investi et bah du coup voilà ça va être vraiment ça mon premier critère.
- **D'accord**
- Avec un potentiel aussi de récupération quand même.
- **D'accord voilà.**

- Mais enfin ouais, oui et non, parce que on va trouver des stratégies compensatrices sinon donc non ça du coup oublie.
- **D'accord et donc quel est selon toi l'impact de cette utilisation, enfin de l'utilisation de l'approche CO-OP dans l'accompagnement du patient ? Qu'est-ce que ça apporte ? Est-ce que ça change quelque chose ou pas par rapport à une ergothérapie on va dire « classique » ?**
- Et beh, ce que ça change c'est un peu que le patient il va prendre plus conscience en fait de ce qu'il fait, de ce qu'il arrive à faire ou non et du coup il va être un peu plus observateur en fait, celui-là (*le patient*) tu vois après ça reste. Je l'ai fait avec des patients aussi qui était assez... qui avaient des troubles attentionnels associés et du coup on va dire, pour que ça perdure dans le temps, et qu'après il essaye de la réutiliser ça reste plus difficile.
- **Okay d'accord OK donc et donc pourquoi est-ce que tu peux proposer cette méthode à cette patientèle, dans quel but ?**
- En fait pour je pourrais la proposer à d'autres patients aussi avec d'autres pathologies. Par exemple ouais pour moi c'est voilà après je la propose plus avec cette patientèle là parce par ce que le fait d'utiliser les vidéos... tu sais un peu comment elle fonctionne l'approche ?
- **Quoi oui alors (*c'est l'imprimante qui marche*) et euh donc l'approche c'est en fait, c'est le patient qui choisit les objectifs qui veut réaliser et en fait par le biais d'entretiens ou de choses comme ça. Après il fait des essais erreurs il met en place des stratégies et donc c'est par lui-même qui trouve les solutions, pour que ça marche et qu'il ait des solutions qui lui correspondent.**
- Et en fait plus dans le détail, et ça c'est vraiment en faisant la formation que j'ai compris aussi. Enfin on va dire l'utilisation des outils c'est vraiment ça qui va faire le, le déclencheur. C'est qu'en fait on utilise vraiment la vidéo. Donc en effet on fait un entretien avec la personne on peut définir du coup un peu ces difficultés et parfois c'est nous qui pouvons les trouver. Après l'approche c'est que ça permet de définir 3 objectifs qui lui tiennent à cœur. Mais là par exemple moi au sein de mes séances je trouve que la prise de vidéo est importante. J'ai une personne qui a une ataxie qui a des mouvements voilà ataxiques comme ça, et que sa prise elle n'est pas bonne et du coup

elle n'est pas, elle manque d'efficacité. Mais je me suis dit que l'approche quoi pourrait être intéressante et le fait en fait de le prendre en vidéo il va pouvoir lui se rendre compte de sa posture de prendre conscience aussi vraiment dans son, son corps dans l'espace. C'est sa manière de faire et donc du coup il va pouvoir aussi après agir dessus. Donc en fait on regarde la vidéo avec le patient on définit ce qu'on appelle des points d'échec et du coup c'est le patient qui veut dire : Ah bah là en effet je n'y suis pas arrivé parce que mon bras il a glissé. OK, et du coup comment vous faites pour que votre bras glisse plus ? Et du coup c'est lui qui va essayer. Nous en fait on fait que requestionner la personne en permanence pour que lui il trouve ses stratégies.

- **Ok.**
- Après on va parfois essayer de l'inviter si tu veux dans ses dans ses réponses là du coup je m'égare un petit peu...
- **Non mais c'est bien parce qu'après je te demande plus tard des exemples donc c'est bien. Je te demandais en fait pourquoi est-ce que tu peux proposer cette méthode à cette patientèle ?**
- Voilà ouais Ben du coup c'est vraiment leur faire un feedback j'ai beaucoup de personnes et du coup j'utilise la vidéo pour d'autres patientèle aussi même des personnes opérées du dos. C'est parce que les personnes ne se rendent pas compte parfois des mouvements qui peuvent, qui peuvent faire ils n'ont pas conscience même en termes schéma corporel ou en termes de conscience on va dire de de ce qu'ils font. Et donc c'est pour leur faire un petit feedback en fait de leur de leur performance quoi du coup il trouve les stratégies par eux-mêmes pour qu'après par la suite il puisse aussi le retransposer dans leur quotidien voilà.
- **Okay et donc est ce que t'as observé un changement au niveau de l'engagement occupationnel de ces patients lorsque tu utilises cette méthode ou pas du tout ?**
- Beh oui l'engagement on va dire qui est plus fort parce qu'il y a cette volonté d'y arriver d'arriver à beh par exemple à mettre sa veste tout seul tu vois et que du coup bah après nous on va leur redonner des petits challenges. Bon bah maintenant vous avez mis votre veste tout seul il va falloir arrêter la

boutonner. Ah oui d'accord beh ça n'y avait pas pensé. Tu vois et donc du coup ça leur met des petits objectifs. Une personne telle qu'elle soit ça soit dans, dans notre métier ou même dans le quotidien, une personne qui n'a pas d'objectif elle ne va pas avancer dans la vie tu vois. Et donc du coup le fait de te mettre plein de petits objectifs comme ça et beh ça elle ne va pas aide on va dire à se motiver aussi à faire de la rééducation.

- **Okay et donc selon toi comment l'utilisation de l'approche CO-OP peut favoriser l'engagement du patient ? Qu'est-ce qui fait dans cette approche là c'est ce que tu viens de dire un peu mais...**

- Ouais mais parce que on parle, on parle du coup de lui de ses envies.

- **Oui.**

- Du coup théoriquement en fait on est censé ce n'est pas moi qui choisis bah que l'objectif c'est d'arriver à mettre sa veste tout seul. C'est plutôt je vais définir avec lui bon bah OK le matin vous avez de l'aide ? Pourquoi ? qu'est-ce que vous arrivez à faire ? qu'est-ce que vous n'arrivez pas à faire ? Imaginons pour un patient hospitalisé en centre il va me dire Ah beh on m'aide à mettre mes chaussettes on m'aide à me doucher, on m'aide à faire ça... Ah d'accord est-ce que pour vous ça c'est important de pouvoir mettre vos chaussettes tout seul ou pas ? Et donc du coup enfin on parle vraiment de lui ce qui le gêne... Enfin on parle de la personne et du coup c'est c'est ça qui va créer sa motivation aussi c'est que c'est des choses qu'il a envie de changer qu'il a envie de contrôler et qu'il a envie de modifier quoi.

- **OK très bien et donc quels sont les, les éléments propres les caractéristiques clés ou pas de de l'approche CO-OP qui vraiment favorisent cet engagement ? Enfin est ce que tout permet de favoriser l'engagement il y a plusieurs petites choses plus que d'autres ?**

- Alors je n'ai pas tout en tête exactement tout le truc théorique là enfin mais disons que malgré tout bah le fait de questionner la personne sur qu'est-ce que qu'est ce qui lui tient à cœur de faire par elle-même donc c'est vraiment on va dire lors de l'entretien. La première partie de définir ça c'est le plus important. D'accord après le fait d'utiliser la vidéo aussi et donc du coup pour vraiment que la personne elle se rende compte de ce qu'elle fait. Et puis après du coup la vidéo c'est que parfois on va remonter une vidéo 3

semaines plus tard et la personne elle sera peut-être plus qu'elle n'y arrivait pas au début. Parfois j'ai des personnes qui vont me dire mais en fait j'y arrivait ça oui mais je suis arrivé à peu près. A bah non regardez il y a trois semaines c'était impossible. Et je m'en suis servi du coup je te donne un autre exemple pour faire aussi des transferts du plan Bobath ou du fauteuil roulant à en position debout avec le déambulateur et beh je me suis servi de l'approche CO-OP. Pour arriver en fait c'est un monsieur qui avait eu un AVC pareil avec des troubles cognitifs associés mais plutôt attentionnels et et du coup il était-il n'était pas bon avec une ataxie aussi il n'était pas bon dans le positionnement ses mains il n'arrivait pas on va dire à à se pencher en avant et puis se redresse et enfin à combiner tous ces mouvements là et le fait du coup de le voir en vidéo bah OK on a mis des petits trucs en place. Le choix de ce qui tient à cœur à la personne, le fait d'utiliser la vidéo de faire un feedback de tout ça et après de pouvoir vraiment avoir l'avant et le après quoi.

- **La vidéo c'est utilisé par tout ce qui font l'approche CO-OP ou c'est toi qui l'utilises ?**
- Non théoriquement c'est ce qu'ils nous disent de faire.
- **Ok**
- Et du coup suite à la vidéo on fait une analyse de performance la personne est censé nous dire où c'est que ça pointe et nous on est censé les noter aussi les points de difficulté. Et du coup à chaque point de difficulté et beh on va se poser avec la personne et dire : OK comment on peut faire pour pallier cette difficulté ?
- **Ça marche vraiment en dit séance ou par exemple ça peut être plus ça peut être moins ?**
- Ça peut être plus et ça peut être moins oui oui.
- **Donc après je te demander des exemples donc si tu veux m'en donner d'autres c'est avec grand plaisir ?**
- Ouais donc du coup il y avait mettre sa veste, donc je compte faire l'habillage du, du haut du corps surtout au j'ai fait le t-shirt la veste après le fait de boutonner aussi voilà enfin boutonner ou zipper, les transferts et là du coup avec le monsieur beh j'ai pas encore défini sur quels objectifs partir y'a un



monsieur là aujourd'hui du coup j'ai pensé à toi comme je te voyais ce soir. C'est que du coup on était sur vraiment un exercice en analytique il a fait un AVC en 2017 donc c'était il y a très longtemps et là récemment il a eu un traumatisme crânien avec hémorragie cérébrale donc ça nous a fait à peu près le même tableau qu'un AVC et du coup je sais pas trop ce qui était d'avance qui donc aujourd'hui et du coup les mouvements ataxiques. Et par exemple au lieu de faire la prise pouce index en pulpe, il va me faire avec son ongle et du coup quand il va forcer ce qui lui coûte beaucoup de force, mais du coup c'est vraiment là là précision et il va rentrer comme ça à l'intérieur donc du coup l'objet il lâche. Donc tu peux pas prendre des petits objets et donc là. Et lui bah je vais peut-être lui demander à quoi ça pourrait lui servir. Après il s'est relatérisé mais donc plus ça va être plutôt dans la prise donc j'ai donc j'ai fait quoi donc en bimanuel donc peut être par rapport à la cuisine.

- **D'accord mais qu'est-ce que ça peut être les limites de cette de l'utilisation de cet outil ?**
- Et beh une personne qui d'un point de vue mnésique, parce que parfois enfin on peut aussi avoir des problèmes quand même d'une fois l'autre, on va redire les choses. Mais tu vois si la si elle n'arrive pas on va dire à emmagasiner, d'une fois à l'autre ce qu'on fait, on est obligé de reprendre toutes les étapes. Ça ça pourrait être contraignant quoi.
- **Donc toi tu proposerais ou pas à des à des personnes qui ont des troubles mnésiques ?**
- Et beh du moins tu vois, le premier monsieur là, qui du coup pour mettre sa veste tout ça lui il avait des déficits attentionnels un petit peu de mémoire mais ça restait quand même, ça l'a fait. Après tout seul il pourra bouger avec le re transposer tu vois il fait au final après parfois un peu à sa manière. Malgré tout on a vu que c'était possible l'ensemble d'une d'une certaine manière mais après pour lui bah du coup parfois il était passé avec ce que tu vois il va la mettre par-dessus donc c'était important pour lui mais au final après il y a il y a l'effet.
- **D'accord.**

- Ça peut être pour moi ça peut être un frein donc je après coup, je je teste en fait et puis je vois que c'est trop compliqué. Moi je ne le proposerai pas à quelqu'un avec des troubles du comportement qui serait trop important. Donc du coup une personne qui serait vraiment désengager de la thérapie qui viendrait aux séances que de manière très ponctuelle, parce qu'elle est obligée parce qu'il faut faire un bilan parce que tout ça. Je ne m'intéresserai même pas à proposer. Pour moi c'est des personnes qui vont qui ont vraiment envie d'aller en séance qui ont envie de progresser et du coup là je vais maximiser leur chance en faisant l'approche. Donc ouais là vraiment là le premier critère c'est la motivation et et l'envie de de réussir. En effet l'approche elle va renforcer sa elle va permettre un engagement encore supplémentaire et du coup la personne après elle va penser à toutes les choses qu'elle a envie de faire et ça sera que du bonus. Mais personne qui ne serait pas suffisamment engagé déjà dans sa dans sa prise en charge, qui n'a pas conscience de ces troubles, qui qui qui n'adhèrent pas aux séances ou à sa rééducation de manière générale voilà ça sert à rien d'essayer.
- **D'accord.**
- Du coup il faudrait apporter sa et lui dire : beh écoutez moi j'ai la recette miracle mais il faudrait que vous soyez investi enfin tu vois il faudrait avoir un un exemple et puis tenter avec elle et c'est compliqué tout d'abord il faut faire un peu de thérapie et puis après on peut attaquer pour justement motiver davantage.
- **Et est-ce que tu utilises la des, les outils là l'approche CO-OP ou pas du tout ?**
- Ouais alors là dis-moi ce que c'est ?
- **Analyse dynamique de l'exécution.**
- Oui parce que c'est ce que j'appelle l'analyse de la performance.
- **D'accord OK.**
- Donc oui oui je les utilise après en général là comme je les utilise pas non plus de manière... à la base je voulais aussi faire que ça soit moi quand je le fais avec mes patients d'avoir un truc très carré aussi qui explique ce que c'est l'approche quoi. Et au final c'est le dernier point parce que nous on en

rééducation c'est quand même assez intense. Logiquement c'est une demi-heure par patient et donc c'est c'est court quoi. Donc quand je faisais l'approche CO-OP que je me mettais vraiment dedans ça avec des patients que je faisais 45 min pour en fait avoir plus de temps, pour faire des temps de pause, pour faire un peu d'approche CO-OP, puis après faire un peu d'autres choses. Voilà ça demande quand même un investissement aussi enfin pour nous dans nos séances de changer un peu notre manière de faire. Dis-moi un petit peu les différents outils pour que je puisse te dire si je les utilise ou pas.

- **Il y a la MCRO.**

- Ouais alors là ouais je l'utilise c'est dans le cas en fait c'est pour définir du coup les, les buttes avec la personne et je l'utiliser aussi bien avec l'approche que parfois sans l'approche quand c'est juste pour vraiment redéfinir pour aider à la personne à se recentrer sur qu'est ce qu'elle veut faire, et pour avoir des résultats aussi un peu plus rapides quand il n'arrive pas à se motiver. Justement beh je vais utiliser déjà pour trouver vraiment quelque chose qui lui qui lui tient à cœur.

- **D'accord.**

- Après pas de manière systématique, si j'ai déjà la personne elle me fournit déjà ses objectifs qui sont cohérents je vais pas voilà.

- **D'accord tu vas pas la faire passer s'il arrive déjà avec un objectif en tête.**

- Et ouais d'accord par contre faut que l'objectif, et c'est ça là là particularité, c'est qu'il faut qu'il soit atteignable quand même. Donc il y a peut-être là qu'il faut peut-être décomposer et de se dire bah est ce qu'il n'y a pas des sous-objectifs dedans et du coup d'abord je vais travailler avec sous-objectifs pour atteindre l'objectif final tu vois. Parfois je peux l'amener comme ça aussi à la personne.

- **D'accord, après il y a l'échelle de cotation de la qualité de l'exécution sert à évaluer le rendement à partir de l'observation et la qualité d'exécution de la tâche.**

- Comme ça ça ne me parle Pas trop alors attend, alors je vais te dire, tu m'as dit comment ? Cotation du rendement ?

- **Cotation de la qualité d'exécution.**
- Ah oui donc ça c'était le PQRS qui s'appelle non c'est ça ?
- **C'est l'ECQE mois que j'ai dans mon dans mon mémoire.**
- Non mais je pense que c'est l'équivalent du PQRS.
- **D'accord**
- Le PQRS donc enfin ça revient Ah ouais c'est d'un à 10 c'est ça et on dit en fait si la personne elle est arrivé ou si c'est pas si c'est pas bon quoi. Et bah ça du coup oui je le fais. Et mais je le fais quand je suis vraiment en mode approche 100%. Tu vois parfois j'ai approche quoi un texte et tu vois là comme pour ce monsieur cet après-midi je me suis dit bah je vais la faire. Je lui ai fait signer avec des papiers d'autorisation de vidéos de photos. Enfin tout ça mais du coup je vais d'abord l'utiliser juste la vidéo comme feedback et si vraiment il a un objectif qu'on veut travailler ensemble je le ferai sous ce format-là ouais.
- **D'accord et en fait y a dans cette fiche y'a aussi la partie B ou en fait tu sais, plus tard tu évalues s'il y a du changement pas de changement amélioration d'un à 5 tout ça régression des fois.**
- Mais du coup c'est qu'en fait tu vas finalement au bout de temps de séance tu vas refaire aussi de vidéos, tu vas faire le point avec la personne et te revoir bah OK est-ce qu'il y a eu de la progression ou pas quoi. Ouais si on veut être vraiment rigoureux et appliqué en fait avoir un résultat qui soit vraiment chiffrer et qui parle à la personne, il faut vraiment être rigoureux dans dans l'approche CO-OP et faire et faire les différents outils.
- **Et après le dernier outil que moi j'ai noté dans ma mémoire c'est la fiche d'analyse dynamique de l'exécution. Ouais donc ça permet de...**
- Nous on appelle ça l'analyse dynamique de la performance ADP. Et ça revient pareil hein c'est performance exécution du coup ça tu vois ouais et oui oui on va le faire du coup c'est là qu'on va dire en fait OK beh qu'est-ce qui fonctionne ? qu'est-ce qui fonctionne pas ? et à partir bah par exemple monsieur s'il a mis sa veste après hop, il arrivait plus à l'enfiler bah c'est parce qu'il en fait il a passé le coude tu vois par exemple et donc du coup bah ça c'est le premier point d'échec. On va définir les points d'échec, du coup faut que la personne elle les fasse de son côté on lui demande qu'elle

regarde les problèmes. Et nous en fait on dresse une liste de points d'échec. On va reprendre un avec la personne ou qu'on va essayer de lui faire trouver.

- **Ouais OK.**
- Et après ça je regarde si y'a d'autres choses et après il y a la manière dont nous en fait on va nous questionner, qui va aider à la personne à trouver justement ses points d'échec qui allaient résoudre.
- **Beh moi je n'ai pas plus de questions si tu veux rajouter quelque chose ?**
- Non non rien de plus, déjà ça t'a aidé ?
- **Oui ça m'a aidé mais déjà ça m'aide dans le sens où mon hypothèse après mes recherches c'est ce que tu m'as dit dans les premiers mots. Que en fait comme on part de ce que le patient veut faire des buts qui va faire bah forcément il va de plus en plus s'engager donc déjà j'ai pas dit n'importe quoi. Donc je suis contente mais je trouve ça hyper intéressant parce que en fait y a plein de je pense avoir compris l'approche quoi mais il y a plein de petits trucs que je n'ai pas compris et là d'avoir des exemples concrets c'est vraiment...**
- Pour te donner juste un exemple moi du coup pour mon mémoire à l'époque du coup je ne connaissais pas tout ça hein je connaissais l'approche de manière but plan fait check en fait tu vois ça.
- **Oui beh moi c'est comme ça que je le connaissais il y a quelques mois et là je connais un petit peu plus mais pas énormément non plus.**
- Et cette histoire de faire des vidéos tout ça ça j'y avais pas en tête et d'analyse de la performance j'avais pas tout ça et. Et moi c'était pour tout ce qui était en fait c'était pour l'épreuve pratique du permis de conduire chez des jeunes beaucoup dyspraxiques.
- **D'accord.**
- Donc le fait dans ma tête moi est-ce que c'était fait de verbaliser en fait ce que tu faisais et bah ça te permettait du coup de d'avoir un meilleur contrôle et de savoir par quoi faire et puis anticiper malgré que t'as un trouble au niveau coordination tout ça ça pouvait faire quoi. Et en fait c'est que dès que tu t'intéresses même pour tout type de passion et ça ça ira pour ta pratique. Il y a une personne qui arrive, tu fais l'entretien avec elle tu vas

demander si elle fait ce que c'est l'ergothérapie aussi ou pas. Il y a des personnes qui savent, y a des personnes qui n'osent pas trop dire. Moi je les invite à me dire quoi qu'il se passe et puis après du coup je reprends un peu leur terme et puis je vais leur expliquer à ma manière. Et je vais surtout le ciblé par rapport à eux leur situation de handicap, leur pathologie que tu vois et du coup dès que en fait ils comprennent à quoi ça sert alors là c'est c'est une petite ampoule qui s'illumine pour eux quoi. Et du coup ils savent. OK bah qu'est-ce qu'on va pouvoir faire ensemble ? et ça du coup ça va les motiver aussi donc direct moi je vais leur dire enfin je vais leur demander un peu leurs attentes parfois il y en a qui vont dire bah c'est marché, d'autre que c'est rentrer chez moi, d'autre c'est reprendre mon travail. OK bah du coup marcher bah ça va pas être moi qui vais le faire c'est vrai que le kiné. Mais par contre vous voulez marcher pour aller où ? et donc là ça va prendre tout son sens en fait là donc c'est savoir aussi poser les bonnes questions pour continuer la personne faire la manipulation mais bienveillante.

- **Voilà mais en tout cas merci beaucoup de toute façon j'ai tes coordonnées donc si tu veux-je t'enverrai le l'entretien retranscrit ou pas comme tu veux, et si tu veux suivre la recherche tu me dis aussi.**
- Ouais j'aimerais pouvoir le lire
- **Beh je te l'enverrai quand je l'aurai fini alors.**
- Et puis si jamais t'as besoin en fin de lecture ou tout ça écoute ça peut être avec plaisir.
- **D'accord Ben merci beaucoup**
- Bonne suite à toi et bien bon courage
- **Merci merci beaucoup de ton temps en soirée au revoir**
- Bonne soirée

1) L'approche CO-OP

**Q1** Pourquoi proposez-vous cette méthode à cette patientèle (AVC) ?

<b>E 1</b>	« C'est vraiment leur faire un <b>feedback</b> », « les personnes ne se rendent pas compte parfois des mouvements qui peuvent, faire ils n'ont pas conscience même en termes schéma corporel ou en termes de conscience on va dire de ce qu'ils font. Et donc c'est pour leur faire un petit <b>feedback</b> en fait <b>de leur de leur performance</b> quoi du coup ils <b>trouvent les stratégies par eux-mêmes</b> pour qu'après par la suite il puisse aussi le <b>re transposer dans leur quotidien</b> voilà. »
<b>E 2</b>	« Je veux qu'ils <b>réussissent à faire des choses</b> (...) je n'ai jamais eu d'échec dans le CO-OP parce que si on reste focalisé sur (...) l'analyse de la performance, si on regarde les points d'échecs en fait ils ont c'est obligé qu'il y ait du succès. Donc moi <b>je veux qu'il y ait du succès</b> . », « qu'il soit des <b>utilisateurs de stratégie</b> pour moi ça c'est voilà important, qu'il puisse avoir un peu une des automatismes de comment je dois réfléchir quand je suis face à un problème. Et après beh la <b>généralisation</b> ».
<b>E 3</b>	Pour <b>transférer</b> au mieux dans la vie de tous les jours les activités. Pour favoriser le <b>transfert des acquis</b> . Pour leur <b>apprendre la méthode</b> parce que moi je travaille en phase très aigue, ils viennent juste d'avoir leur AVC.

**Q2** *Avez-vous observé un changement au niveau de l'engagement occupationnel du patient lors de l'utilisation de cette approche ?*

<b>E 1</b>	<p>« <b>Oui l'engagement</b> on va dire qui est <b>plus fort</b> parce qu'il y a cette volonté d'y arriver d'arriver », « Une personne telle qu'elle soit ça soit dans, dans notre métier ou même dans le quotidien, une personne qui <b>n'a pas d'objectif</b> elle va <b>pas avancer</b> dans la vie tu vois. Et donc du coup le fait de te mettre plein de petits objectifs comme ça et beh ça ça <b>aide</b> on va dire <b>à se motiver</b> aussi à faire de la rééducation. »</p>
<b>E 2</b>	<p>Ah <b>oui bah fondamentalement</b> oui la <b>différence est énorme</b> puisque en fait on le considère de manière totalement différente donc moi ce que j'observe en fait c'est qu'en termes de <b>transfert d'acquis</b> on a des <b>résultats</b> qui sont quand même <b>beaucoup plus intéressant</b>. Quand il rentre à la maison du coup ils sont capables de transposer les stratégies sur des activités qui n'ont pas été travailler avec l'ergothérapeute en rééducation. Et quand on est sur du travail plus analytique c'est vrai que du coup vous vous êtes plus éloigné de cette dimension, cette autonomisation du patient. Et donc c'est des patients qui sont plus en difficulté quand tu rentres à la maison sur des nouvelles activités. Donc ça c'est un point <b>clé</b> quand même. Ensuite pour moi le 2e élément fort c'est que du coup ça <b>développé</b> leur <b>capacité de raisonnement</b> et leur <b>stratégie</b> (...) parce que moi qui suis habitué à travailler avec des adultes avec des lésions des fonctions exécutives bah du coup on se rend compte que <b>le fait de les engager</b> de cette façon-là et beh en fait indirectement <b>ça stimule leurs fonctions exécutives</b> ce qui est chouette parce que on pourrait se dire Ah bah non vu qu'il a des troubles de la difficulté de planification ça va être super compliqué de faire quoi en fait on se rend compte que c'est l'inverse donc ça c'est plutôt intéressant. Et</p>



après moi le donc l'élément qui que j'ai un petit peu à cœur c'est la **notion de sentiment d'efficacité personnelle** parce que ça c'est un vrai point fort dans le couple. Quand ils trouvent leur stratégie eux-mêmes en fait ils sont hyper contents quoi ils sont hyper fiers d'eux et donc ça c'est ce que j'appelle le sentiment d'efficacité personnelle en fait on se rend compte que **l'approche permet à la personne de développer son sentiment d'efficacité personnel** et du coup c'est un **cercle vertueux** comme elle a **plus confiance en ses capacités** elle va **plus oser faire des choses donc elle va améliorer sa participation.**

E 3

« Moi je trouve que **oui ça change énormément** parce que du coup motivation et revalorisation je me prouve que c'est super. Et surtout bah par exemple moi tu vois alors j'ai un peu adapté la façon de le faire parce que moi je travaille en neurologie mais sur les soins intensifs donc ça veut dire que les gens qui viennent juste d'avoir leur AVC, ils arrivent en premier et en fait il ne reste pas longtemps pour aller en rééducation après. (...) il reste entre 2 et 5 jours maxi je ne peux pas faire le programme. Mais par contre je travaille quand même déjà assez pour la formulation d'objectif, la recherche de plans, en fait je leur apprend déjà un peu la méthode, chez des gens qui sont en phase très aigus qui vont encore eu aucune récupération qui peuvent avoir une motricité très basse. Et Ben ils se rendent compte que bah malgré qu'ils, ont pas encore commencé à récupérer ils sont quand même **capables de choses** et du coup je trouve que sur **leur moral et sur utiliser revalorisation et qu'il de conscience c'est vraiment super.** »

**Q3** *Quelles sont selon vous les limites que peut présenter cette méthode ?*

« Et beh une personne qui d'un point de vue **mnésique**, parce que parfois enfin on peut aussi avoir des problèmes quand même d'une fois l'autre, on va redire les choses. Mais tu vois si la si elle arrive pas on va dire à emmagasiner, d'une fois à l'autre ce qu'on fait, on est obligé de reprendre toutes les étapes. Ça ça pourrait être contraignant quoi. »

E 1

« Moi je ne le proposerai pas à quelqu'un avec des **troubles du comportement qui serait trop important**. Donc du coup une personne qui serait vraiment **désengager** de la thérapie qui viendrait aux séances que de manière très ponctuelle, parce qu'elle est obligée, parce qu'il faut faire un bilan, parce que tout ça. », « Pour moi c'est des personnes qui vont qui ont vraiment envie d'aller en séance qui ont envie de progresser et du coup là je vais maximiser leur chance en faisant l'approche. Donc ouais là vraiment là le premier critère c'est la **motivation** et et **l'envie de de réussir**. En effet l'approche elle va renforcer sa elle va permettre un engagement encore supplémentaire et du coup la personne après, elle va penser à toutes les choses qu'elle a envie de faire et ça sera que du bonus. Mais personne qui ne serait *pas suffisamment engagé* déjà dans sa dans sa prise en charge, qui **n'a pas conscience de ces troubles**, qui qui **n'adhèrent pas aux séances ou à sa rééducation** de manière générale voilà ça ne sert à rien d'essayer. »

E 2

On ne peut pas l'utiliser quoi pas avec tous les tous les patients, parce qu'il y a quand même des prérequis. (...) Après la limite c'est le **temps** la notion de temps peut être qui peut être. Une limite par rapport aux **thérapeutes**, le thérapeute n'est pas forcément dans cette façon de réfléchir et d'accompagner la personne. Ça dépend toujours de ce que l'on recherche. (...) On ne va pas regarder la **qualité du geste** ça peut être une limite.

**E 3**

« Moi je dirais c'est des patients qui auraient des **troubles du langage** ou alors des **troubles du comportement** et tout ça. Notre limite bah c'est vraiment qu'on voit les gens **trop peu de temps**, (...) je vais voir une fois bah (...) 2-3 séances ça. OK donc c'est le temps et après c'est tout ce qui est **trouble cognitif** où trouble du comportement trop important »

## 2) L'engagement occupationnel

### Q4 Selon vous comment l'utilisation de l'approche CO-OP peut favoriser l'engagement du patient ?

E 1	<p>« On <b>parle</b> du coup <b>de lui de ses envies</b> », « ... Enfin on <b>parle</b> de la <b>personne</b> et du coup c'est ça qui va <b>créer sa motivation</b> aussi c'est que c'est des <b>choses qu'il a envie de changer</b> qu'il a envie <b>de contrôler</b> et qu'il a envie <b>de modifier</b> quoi »</p>
E 2	<p>Ah bah c'est la <b>condition première (l'engagement)</b> c'est à dire que quand on veut faire une <b>analyse dynamique de la performance</b>, il y a 2 conditions essentielles. La première c'est qu'il soit <b>motivé</b> pour faire ça, et la 2e c'est qu'il ait une <b>connaissance de la tâche</b>. Mais ça j'ai envie de dire c'est des <b>éléments que l'on peut travailler</b> un peu à côté en fait c'est à dire que la <b>motivation</b> pour moi ça se ça se ça se <b>guide</b> ça se <b>stimule</b>, je peux pas le le motiver ou être motivé à sa place par contre je peux <b>créer un cadre facilitant</b>. <b>Les techniques d'entretien</b> vont être intéressantes pour qu'ils puissent s'engager.</p> <p>« C'est toi (<i>le patient</i>) qui quand même <b>défini des objectifs</b> donc c'est eux qui <b>améliorent</b> du coup <b>leur performance</b> et <b>leur participation</b>. Ensuite en termes d'engagement c'est toi qui transportes c'est toi qui transfert, ils ont aussi la <b>responsabilité de reproduire</b> et de <b>refaire les devoirs</b>, donc cette notion de <b>responsabilité</b> elle aussi importantes. (...) ils sont aussi dans une position de c'est moi qui sais, en fait je suis compétent, ce n'est pas mon thérapeute qui va me le dire et qui va me donner la réponse. (...) c'est les éléments essentiels après c'est eux qui vont éventuellement <b>communiquer auprès de leurs aidants ou de leurs proches</b>. »</p>
E 3	<p>« C'est le patient qui <b>trouve les solutions</b>, oui le fait qu'on ne lui apporte pas la solution, (...), le fait que par lui-même la solution est</p>

atteinte en général, sur le fait que beh voilà c'est lui qui a trouvé cetera bien sûr ça les **ça les engage** ça les **rend très acteurs**, et **ça favorise beaucoup l'engagement**. Et puis la 2e chose c'est que beh c'est justement on leur **demande** quels sont **leurs objectifs** et du coup alors avec les adultes je peux en général c'est toujours des objectifs adaptés à leur situation actuelle. Je dirais pour résumer c'est voilà le **choix par le patient** ça c'est important et le fait que seules les situations par la **découverte guidée**. »

**Q5**      **Quels éléments propres à la CO-OP favorisent l'engagement du patient ?**

<p><b>E 1</b></p>	<p><b>Questionner la personne</b> sur qu'est-ce que qu'est <b>ce qui lui tient à cœur</b>, de faire par elle-même donc c'est vraiment on va dire lors de <b>l'entretien</b>. La première partie de définir ça c'est le plus important. D'accord après le fait <b>d'utiliser la vidéo</b> aussi et donc du coup pour vraiment que la personne elle se rende compte de ce qu'elle fait. Et puis après du coup la vidéo c'est que parfois on va remonter une vidéo 3 semaines plus tard et la personne elle sera peut-être plus qu'elle n'y arrivait pas au début. Parfois j'ai des personnes qui vont me dire mais en fait j'y arrivait ça oui mais je suis arrivé à peu près. . <b>Le choix de ce qui tient à cœur à la personne</b>, le fait <b>d'utiliser la vidéo de faire un feedback</b> de tout ça et après de pouvoir vraiment avoir le avant et le après quoi. <b>Analyse de performance la personne</b> est censé nous dire où c'est que ça pointe et nous on est censé les noter aussi les points de difficulté. Et du coup à chaque point de difficulté et beh on va se poser avec la personne et dire : OK comment on peut faire pour pallier cette difficulté ?</p>
<p><b>E 2</b></p>	<p><b>L'établissement des buttes par le patient</b> (...) ça c'est une notion importante. Après c'est <b>l'analyse de la dynamique de la performance</b> puisque en fait l'idée c'est qu'on va les amener à</p>

analyser eux-mêmes leurs performances. En fait ça veut dire qu'on va les responsabiliser, on va leur dire c'est pas moi qui te donne la réponse c'est toi qui dois trouver, nous on va réfléchir à ses côté ça c'est le 2e point important et ensuite c'est la **découverte de stratégie** le fait que ce soit le un peu le la place qu'on leur donne dans cette prise de décision donc moi je suis un guide et et lui il découvre donc je pense que c'est les donc ça c'est un 3<sup>e</sup>. Minimum dans **l'engagement** et après il y a la **notion de transfert** (...) ils vont avoir des devoirs à faire les exercices, des missions du travail qu'on l'appelle avec les adultes (...) donc ça fait 4 éléments. Donc les **objectifs, l'ADP, la découverte de stratégie** et le dernier se serait même à mon avis, la notion de partenariat avec le proche en fait voilà puisque du coup des fois c'est eux qui expliquent le but pour faire vérifier vos proches dans des séances on peut aussi travailler sur les objectifs avec les proches donc il y a il y a un peu ça te regarde ce que je fais je texte c'est moi qui t'explique comment on fait et cetera voilà et à la maison du coup la relation est plus la même donc puisque le prof n'est plus là pour l'aider il est là pour faciliter le fait que Ben lui il puisse faire tout seul

E 3

« Les **but**s établis par le patient et la **découverte guidée** les les caractéristiques qui favorisent vraiment l'engagement ouais le fait **qu'il trouve les solutions tout seul**. OK parce que moi j'ai l'impression quand je fais quoi puis quand je fais en fait je réponds toujours à leurs questions par des questions en fait je pose ta question j'ai très peu de formules informatique qui sans doute en train de réfléchir et réfléchir et finalement mois à l'avance je sais jamais quelle va être la solution et cetera donc je trouve ça très challengeant aussi pour nous de se dire bah nous on aurait bien une solution à vous proposer mais c'est pas faire ça voilà proposer je veux laisser voir comment

**Q6**      **Quels sont selon vous les outils ou les caractéristiques qui favorisent l'engagement ?**

<b>Outils</b>	<b>ADP</b>	<b>MCRO</b>	<b>ECQE</b>	<b>Découverte guidée</b>	<b>Partenariat avec les proches</b>	<b>Buts choisis par le client</b>
<b>E1</b>	X	X	X	X		
<b>E2</b>	X			X	X	X
<b>E3</b>		X		X		X

## **Engagement occupationnel post Accident Vasculaire Cérébral : Utilisation de l'approche CO-OP en ergothérapie.**

### Résumé

En France, l'AVC est un problème de santé publique. Après un AVC, les occupations et l'engagement peuvent être modifiés.

Une étude a été réalisée pour comprendre l'apport de l'utilisation de l'approche CO-OP en ergothérapie dans l'accompagnement des personnes ayant subi un AVC, afin de favoriser leur engagement.

Pour cela des entretiens semis directifs ont été réalisés puis analysés de manière thématique.

Sur l'ensemble des trois entretiens réalisés, il a été mis en évidence par les ergothérapeutes que certaines des caractéristiques de la CO-OP peuvent favoriser l'engagement du patient lors d'un accompagnement en ergothérapie, cependant, cette approche a ses limites.

**Mots clés** : AVC, engagement occupationnel, ergothérapie et approche CO-OP

## **Occupational engagement after stroke: Using the CO-OP approach in occupational therapy.**

### Abstract

In France, stroke is a public health problem. After a stroke, occupations and engagement can be altered.

A study was carried out to understand the contribution of the use of the CO-OP approach in occupational therapy in the support of people who have suffered from a stroke, in order to promote their engagement.

Semi-directive interviews were conducted and analysed thematically.

In all three interviews, the occupational therapists found that some of the characteristics of CO-OP can promote the patient's involvement in occupational therapy. However, this approach has its limitations.

**Key words**: Stroke, occupational engagement, occupational therapy, CO-OP