

2022

Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie



Madeline DUCREY

Institut de Formation en Ergothérapie de
Créteil

30/05/2022

L'engagement occupationnel des clients
avec antécédent d'Accident Vasculaire Cérébral
suivis en Hôpital De Jour

*Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute
UE 6.5 S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche*

Maitre de mémoire : Alice PELLICHERO

Auteur : Madeline DUCREY

Promotion 2019-2022



Juin 2022

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e), DUCREY, Madeline étudiant(e)
en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 30 juin 2022

Signature



Remerciements

Je tiens à remercier :

Mes colocataires,
avec qui j'ai vécu ses trois années en étude d'ergothérapie,

Ma famille,
pour le soutien qu'ils m'ont apporté,

Mes amis de classe,
qui ont su me prodiguer des conseils,

Kevin,
qui a été présent pour moi,

Les ergothérapeutes interrogées,
qui ont porté de l'intérêt à ce sujet,

Les formateurs,
qui ont su me guider dans mon raisonnement,

Et enfin à ma maitre de mémoire,
pour sa bienveillance, ses conseils et sa disponibilité pendant un an

Sommaire

I.	Introduction.....	1
A.	Contexte général	1
B.	Situation d'appel	1
C.	Problématique et hypothèse.....	3
II.	Partie conceptuelle.....	4
A.	Modèle conceptuel : le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels .	4
1.	Rendement occupationnel	6
2.	Engagement occupationnel.....	6
B.	Accident vasculaire cérébral	8
1.	Généralités et étiologies.....	8
2.	Séquelles et complications à la suite d'un AVC.....	8
C.	Parcours de soin du client avec antécédent d'AVC.....	12
1.	Accompagnement précoce.....	12
2.	Plasticité cérébrale et les objectifs d'accompagnement.....	13
3.	Hôpital de jour en neurologie adulte	15
4.	Les difficultés occupationnelles des clients avec antécédents d'AVC à domicile	16
D.	Rôle de l'ergothérapeute	18
1.	Généralités	18
2.	Rôle de l'ergothérapeute en hôpital de jour.....	18
3.	Rôle de l'ergothérapeute face aux difficultés d'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC.....	19
E.	Approche CO-OP: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance.....	22
1.	Généralités	22
2.	Trois éléments fondamentaux	22
3.	Etudes réalisées sur l'approche CO-OP auprès de la population AVC	26
III.	Partie expérimentale.....	27
A.	Objectifs de l'enquête	27
B.	Définition de la population.....	27
C.	Outil d'investigation	28
D.	Passation de l'enquête	30
E.	Méthode d'analyse des données qualitatives.....	31
F.	Présentation des résultats bruts et analyse des résultats	32
	Thème 1 : Les interventions en ergothérapie pouvant favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC.....	32
	Thème 2 : L'approche CO-OP et l'engagement occupationnel	35

Thème 3 : La généralisation de la stratégie cognitive globale de CO-OP et l'engagement occupationnel au domicile.	38
G. Discussion	42
1. Les interventions en ergothérapie pouvant favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC	42
2. L'approche CO-OP et l'engagement occupationnel	44
3. La stratégie cognitive globale pour la généralisation de l'engagement occupationnel.....	47
4. Limites de l'étude	48
5. Apports de l'étude.....	49
IV. Conclusion	50
Bibliographie	52
Annexes	I

I. Introduction

A. Contexte général

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)¹ est considéré, par l'INSERM en 2019, comme la première cause de handicap acquis chez l'adulte. En effet, l'AVC peut créer des séquelles dans tous les domaines en fonction de la zone atteinte, que ce soit au niveau moteur, de la sensibilité, sensitif, cognitif et comportemental (Bonnet & Touzé, 2016).

La population de plus de 55 ans est la population la plus touchée par l'AVC (Béjot, Touzé, Jacquin, Giroud, & Mas, 2009). Aujourd'hui, en France, la population vieillissante augmente et donc renvoi à une augmentation de risque d'AVC. Cependant, la prévention s'étant améliorée depuis 40 ans, l'incidence des AVC diminue. Les clients avec antécédent d'AVC présentent des séquelles moins lourdes qu'il y a quelques années, ils ont alors tendance à être orientés plus facilement dans des services intermédiaires comme les Hôpitaux de Jour (Touzé, 2015). En effet, depuis 2010 en France, la création de ce genre de services est en nette augmentation face aux besoins grandissant (Fayolle-Minon, et al., 2017). La réalisation d'occupation est impactée par différents facteurs comme, à une période éloignée de l'AVC, une perte de sens et de motivation face aux occupations. (Olofsson, Lund, & Nyman, 2018). L'approche CO-OP est utilisée en réadaptation afin de favoriser le rendement occupationnel (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). Alors que c'est une approche basée sur l'occupation et que se baser sur l'occupation a prouvé son efficacité auprès de la population AVC (Wolf, Chuh, Floyd, McInnis, & Williams, 2015), il s'agira dans ce mémoire de connaître l'intérêt de l'approche CO-OP au vu des difficultés d'engagement occupationnelles des clients avec antécédent d'AVC.

Le rôle des professionnels paramédicaux est essentiel auprès de cette population avec antécédent d'AVC notamment l'ergothérapeute, spécialiste du lien entre l'occupation et la santé, qui est ici un acteur indispensable face à l'objectif des clients qui est de regagner l'indépendance et l'autonomie antérieure à leur AVC.

B. Situation d'appel

Mon questionnement fait suite à mon deuxième stage en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) avec un suivi en Hospitalisation Complète (HC) et en Hôpital De Jour (HDJ). J'ai été confrontée à deux situations qui m'ont questionnées.

La cliente que je suivais en HC, était à deux mois de son AVC et présentait une hémiparésie droite et une aphasie. À la demande des aides-soignants, j'ai travaillé l'ouverture de l'opercule de yaourt qu'elle

¹ Cf. Annexe 1

n'arrivait pas à faire le midi. Lors de mes séances avec activités bi manuelles asymétriques, je verbalisais afin qu'elle prenne conscience des capacités de sa main. Le but étant qu'elle puisse ouvrir son yaourt seule le midi. Cependant, après quelques séances, j'apprenais qu'elle ne le faisait pas. Pourtant, avant son AVC, elle aimait cuisiner et réalisait différentes activités, ce qui m'a posé question : si j'avais utilisé un moyen plus concret en séance avec elle, est-ce que cela n'aurait pas été plus bénéfique pour sa rééducation ? Pour la cliente, est-ce qu'ouvrir son yaourt avait du sens pour elle ? Je ne sais pas, mais cette activité avait du sens pour les soignants. Je me suis donc demandé : était-ce donc un objectif que voulait travailler la cliente ? En ce qui la concerne, ses difficultés occupationnelles ne semblaient pas avoir d'importance pour elle, elles n'étaient pas clairement définies et il semble qu'elle avait un manque de motivation à être indépendante.

Par ailleurs, je suivais un client à six mois de son AVC, en HDJ. Ces troubles étaient principalement cognitifs. Les séances étaient composées de puzzles, des tours complexes en cubes, pour travailler les différentes fonctions cognitives. Cependant, je me demandais comment il transférerait ce qu'il faisait en séance d'ergothérapie à chez lui à la fin de la journée. Et en effet, en séance, il était partant pour réaliser les exercices proposés, mais lorsqu'on le questionnait sur ce qu'il faisait chez lui, il disait qu'il ne faisait plus rien ou alors qu'il regardait la télévision. Pourtant, avant son AVC, il était très actif, il faisait beaucoup de bricolage et de sport.

Lors de mes recherches, j'ai pu relever des chiffres qui m'ont questionné davantage en tant que future ergothérapeute. Le bulletin épidémiologique hebdomadaire de 2012 relève que parmi les clients présentant des séquelles d'AVC à domicile, 50 % rapportent des difficultés dans les activités de la vie quotidienne (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012) alors que les suivis ambulatoires comme l'Hôpital de Jour sont bien présents. De plus, une des problématiques rencontrées couramment auprès de la population AVC est une difficulté d'engagement occupationnelle dans les occupations (Ashe, Miller, Eng, & Noreau, 2008).

Par ses situations et mes recherches, je me suis posé la question suivante : comment se fait-il que ses clients en séance d'ergothérapie soient partants pour réaliser des activités, mais, que seuls, dans leur quotidien, soient presque inactifs alors qu'avant leurs accidents, ils étaient très actifs et engagés dans diverses occupations ?

C. Problématique et hypothèse

Ce mémoire portera alors sur la problématique suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute en Hôpital de Jour peut-il favoriser l'engagement occupationnel à domicile du client avec antécédent d'Accident Vasculaire Cérébral ?

Et l'hypothèse :

L'utilisation de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) en HDJ permet au client avec antécédent d'AVC d'intégrer une stratégie cognitive globale ce qui permettra de généraliser son engagement occupationnel de l'HDJ au domicile.

Tout d'abord, le cadre conceptuel sera détaillé par le modèle conceptuel utilisé, suivi d'une partie sur l'accident vasculaire cérébral, d'une description du rôle de l'ergothérapeute et pour finir de l'approche CO-OP. Puis le cadre expérimental sera exposé avec les objectifs de l'enquête, la description de l'outil d'investigation et de la population. Une présentation des résultats bruts et de leur analyse sera réalisée pour valider ou non l'hypothèse. Enfin, une discussion et une conclusion seront réalisées pour conclure cette initiation à la recherche.

II. Partie conceptuelle

A. Modèle conceptuel : le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

Ce mémoire repose sur un modèle conceptuel : le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO). Le MCREO a sa schématisation propre (cf. Figure 1), sur laquelle reposera un cheminement de pensées faisant du lien entre les concepts théoriques qui le compose. Il permet à l'ergothérapeute de se reposer dessus pour réaliser ses pratiques cliniques (Morel-Bracq, 2017).

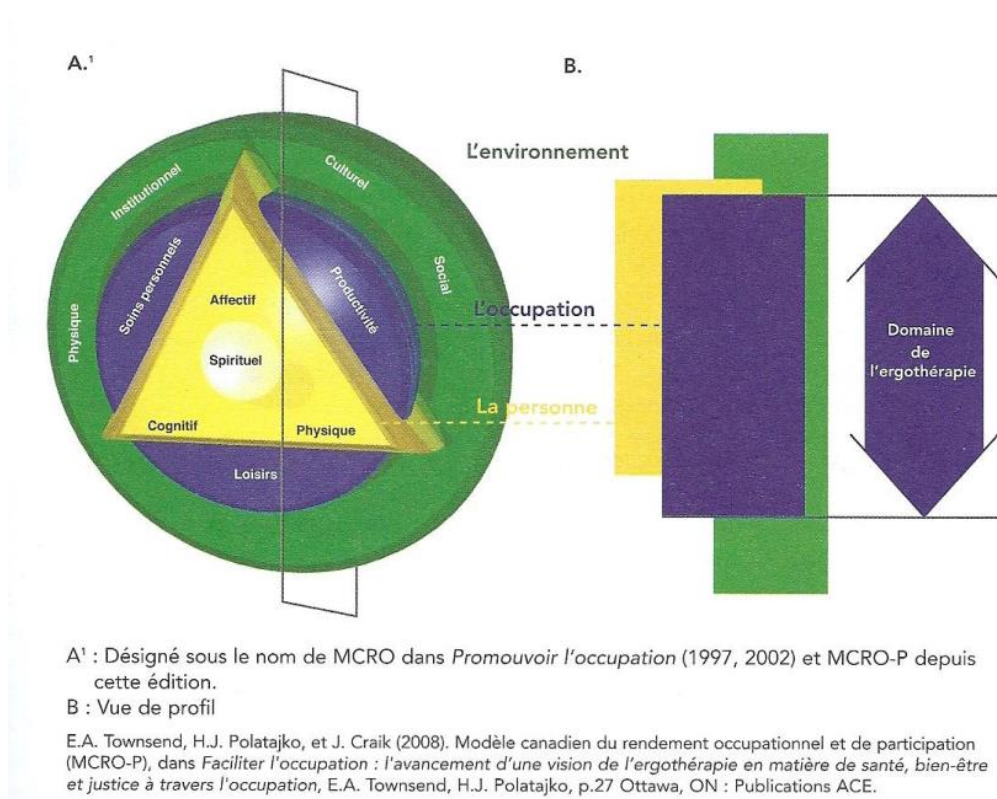


Figure 1 : Modèle canadien du rendement occupationnel et de l'engagement (MCRO-E) de (Townsend, Polatajko, & Craik, 2008)

Le MCREO est un modèle général élaboré par des ergothérapeutes, en effet, il a été créé en 2008 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (Charret & Thiébaud Samson, 2017) et plus particulièrement par Polatajko en 2008 (Polatajko, et al., 2008). En effet, le MCREO reprend le triptyque sur lequel repose l'ensemble des concepts en ergothérapie : Personne-Occupation-Environnement (Trouvé, et al., 2019).

Le MCREO, spécifique à l'ergothérapie, fait suite à l'appropriation d'une vision plus holistique du client et du sens subjectif des activités lorsque que les ergothérapeutes cherchent à définir le

concept d'occupation dans les années 1980 (Charret & Thiébaud Samson, 2017). En effet, cette nouvelle vision a permis de développer un des modèles conceptuels occupationnels en 1997 : le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) qui évoluera en 2008 en Modèle Canadien du Rendement Occupationnel-Participation (MCRO-P) en rajoutant le concept de participation (Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 1997). Puis en 2013, la notion de Participation deviendra Engagement, tout en gardant le même sens, ce qui amènera au modèle d'aujourd'hui : le MCREO (Marchalot, 2016, p. 21)

Le MCREO est reconnu par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) depuis 2014 comme un modèle contemporain qui peut être utilisé à l'international par les ergothérapeutes (Marchalot, 2016). C'est un modèle « *centré sur l'occupation* » (Marchalot, 2016, p. 20). Il met en relation les concepts d'occupations réalisées par un client dans un environnement donné. Le modèle de profil permet de mettre en évidence le domaine d'expertise de l'ergothérapeute qui est l'occupation. Celui-ci est lié en partie à la personne et à l'environnement. Le terme occupation est défini en ergothérapie comme un « *ensemble d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socio culturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnelles, productivité ou loisirs.* » (Meyer, 2013, p. 16). Les occupations sont alors des activités qui ont du sens pour le client, qui vont être définies comme activités signifiantes et celles qui ont du sens pour l'entourage comme activités significatives (Morel-Bracq, 2006).

Dans ce mémoire, le terme client sera utilisé, en effet, le terme « *client* » (Fisher, 2014, p. 96) est utilisé par les auteurs qui adoptent une vision centrée sur l'occupation comme Fisher en 2014 et Graham, Rodger, & Ziviani en 2009. Cette vision de l'ergothérapie s'étant développée, a donc permis d'introduire le terme client dans la définition de l'ergothérapie de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (WFOT, 2012). En effet, « *client* » renferme une signification particulière qui sera défini par la suite.

Le MCREO, par Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 1997, est composé de trois sphères. La sphère de la personne avec les dimensions spirituelle (valeurs, croyance personnelle et sens donné à la vie), cognitive (fonctions cognitives et intellectuelles), physique (fonctions motrices et sensorielles) et affective (fonctions sociales, affectives, facteurs interpersonnels et intrapersonnels).

La sphère de l'occupation, elle, est composée des dimensions de soins personnels, productivité et loisirs. Le domaine des soins personnels est l'ensemble des occupations dans le but de prendre soin du corps. La dimension de productivité est l'ensemble des occupations ayant une reconnaissance

sociale qui peut engendrer des revenus (jeu, scolarisation, emploi, travaux ménager, rôle de la personne). Enfin, la dimension des loisirs est l'ensemble des occupations qui ont pour but de se divertir (Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 1997).

Puis, la sphère de l'environnement composée des dimensions physique, sociale, institutionnelle et culturelle. La dimension physique regroupe ce qui vient de la nature et ce qui a été créé (lieu d'habitation, les moyens de transports, les compensations techniques etc). La dimension sociale est l'ensemble des interactions sociales du client (famille, amis, collègue, rééducateurs, voisins, commerçants etc.). La dimension institutionnelle comprend les éléments politiques, économiques et légaux. Et enfin, la dimension culturelle rassemble les habitudes de vies du client en fonction de sa culture (Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 1997).

Ce modèle permet de mettre en avant les concepts de rendement occupationnel et d'engagement occupationnel. Ses termes québécois peuvent être traduits en français par performance occupationnelle et participation occupationnelle (Doussin, 2020). Ce mémoire reposera sur les termes québécois afin de faire plus de lien avec la littérature.

1. *Rendement occupationnel*

Le rendement occupationnel est défini par les caractéristiques du Cadre Conceptuel du groupe Terminologique de ENOTHE (CCTE). Par la création des familles du « *faire* », le rendement occupationnel y est intégré dans « *l'interface du faire* », il est défini par « *l'action* » (Meyer, 2013, p. 42). En effet, le rendement occupationnel est défini comme étant « *la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction.* ». (Townsend E., Polatajko H., 2013, p.446). Le rendement occupationnel est donc le fait que le client puisse sélectionner une activité de la vie quotidienne en fonction de ses préférences, ensuite de pouvoir la structurer de manière cohérente et enfin s'appliquer à la réalisation de cette activité qui est importante pour lui. Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend en 1997 intégraient aussi dans ce concept « *l'actualisation ou la poursuite d'une occupation dans un environnement donné* » (Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 1997, p. 52). En effet, le rendement occupationnel varie dans le temps et dans l'espace. C'est alors le résultat de l'interaction entre la personne, l'occupation et l'environnement (Law, Carswell, Mc Coll, Polatajko, & Pollock, 2011).

2. *Engagement occupationnel*

Le CCTE, en créant les familles du « *faire* », place l'engagement occupationnel dans le monde interne du faire, il est défini par « *l'énergie* » (comme la motivation et la volition) (Meyer, 2013, p. 42).

Il est à noter que les clients peuvent réaliser des occupations sans y être engagés, comme pour des occupations réalisées par habitude ou par devoir (Polatajko, et al., 2008). L'engagement occupationnel représente donc « *ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occupés* » (Townsend, Polatajko, 2013, p.28). Ce qui signifie que le client met en place des processus affectifs et cognitifs afin de s'impliquer lui-même dans ce qu'il réalise et accorder ainsi, de l'importance à l'occupation qui va être réalisée.

Les facteurs menant à l'engagement occupationnel ont été identifiés par l'Association américaine des ergothérapeutes en 2002 et Yerxa en 1998, ils identifient ses facteurs comme :

- « *le choix* » de l'activité et « *l'initiation* » volontaire dans celle-ci (Américan Occupational Therapy Association, 2002, p. 611),
- « *la motivation* » de la personne à faire l'activité et la « *signification* » que l'activité a pour elle (Américan Occupational Therapy Association, 2002, p. 611),
- la personne est active durant l'activité qui est utile pour elle et pour les autres (Yerxa, 1998).

On retrouve dans les facteurs amenant à l'engagement occupationnel des éléments comme : le choix par le client réalisant l'activité importante pour lui. En effet, les concepts de rendement et d'engagement occupationnel sont en fine relation l'un avec l'autre et pourtant bien distincts. De fait, l'engagement est permis par des processus affectifs et cognitifs qui permettrons au client de prendre conscience de l'ensemble de ses capacités (Fisher, 2014), et donc favorisera le rendement occupationnel et réciproquement (Townsend & Polatajko, 2007) et (Black, et al., 2019). Le verbe « *favoriser* » utilisé ici, est défini comme étant « *Créer les conditions qui permettent le succès d'une action, le développement d'une activité.* » (Larousse, 2022)

Le MCREO est alors un modèle qui permet de mettre en relation les sphères de la personne, de l'occupation et de l'environnement afin de pouvoir comprendre les difficultés concernant des occupations importantes (sphère de l'occupation) pour les clients avec antécédents d'AVC (sphère de la personne) en HDJ et à domicile (sphère de l'environnement). Pour comprendre ses interactions, il paraît important, dans un premier temps, de présenter l'AVC.

B. Accident vasculaire cérébral

1. Généralités et étiologies

Depuis quelques années, les campagnes de sensibilisation de la population à la survenue de l'AVC se sont multipliées. En effet, en France, un AVC se produit environ toutes les 4 minutes (INSERM, 2019). 75 % des AVC touchent les personnes de 65 ans et plus (Bohic, 2012), cette population est considérée comme la population âgée (Ennuyer, 2020). Les facteurs de risques de l'AVC diffèrent entre un AVC ischémique et un hémorragique. Cependant certains facteurs sont communs comme le facteur le plus puissant : l'âge. En effet, à partir de 55 ans, le risque est deux fois plus élevé tous les dix ans. (Béjot, Touzé, Jacquin, Giroud, & Mas, 2009).

L'INSERM retrouve un grand nombre de personnes présentant un AVC dans les structures, car en France, 140 000 nouveaux cas sont enregistrés par an (INSERM, 2019) soit 1,2 % de la population française aurait des antécédents d'AVC (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Cette pathologie peut amener à de nombreuses séquelles et la prévalence de séquelles à la suite d'un AVC est de 0.8 % (Petrilli, et al., 2002). Dans 40 % des cas, les clients gardent des séquelles importantes (INSERM, 2019). L'AVC est alors considéré comme un problème de Santé Publique (Gaju, Ngandzali, Youmbert, Ossou-Nguet, & Bileckot, 2021).

Par définition, l'AVC est une obstruction ou une rupture de vaisseaux sanguins qui limite le flux sanguin dans le cerveau (Mattle, 2000). L'AVC est une atteinte à 2 origines. Premièrement, l'AVC ischémique qui représente environ 80 % des AVC est à l'origine de l'obstruction d'un vaisseau par un caillot sanguin. Les cellules nerveuses en aval du vaisseau obstrué ne sont plus irriguées et nécrosent. Un important amas de cellules mortes peut créer un œdème cérébral (Mattle, 2000). Deuxièmement, l'AVC hémorragique cérébral, représentant 15 % des AVC, est une rupture de l'artère cérébrale du cortex qui mène à un saignement cérébral. Le manque d'oxygène et de glucose présent dans le sang, étant essentiels à la survie des cellules nerveuses, mène à une perte d'activité électrique de ces cellules. Un déficit clinique pourra être observé en fonction de la zone touchée du cerveau (Mattle, 2000).

Les lésions cérébrales à l'origine de l'AVC vont alors créer des séquelles auprès du client.

2. Séquelles et complications à la suite d'un AVC

En France, pour les cas les plus graves, 30 000 personnes décèdent d'un AVC tous les ans (Nicolot, Crassard, Cohen, & Bousser, 2004). Ce qui explique que l'AVC est la deuxième cause de mortalité en France. Pour les autres, « *La survenue d'un accident vasculaire cérébral est un évènement aigu*

modifiant l'avenir et les projets d'une personne » (Petrilli, et al., 2002, p. 70), l'AVC peut donc créer de fortes conséquences par les séquelles qu'il engendre. Celles-ci sont nombreuses, dépendent de l'âge et de la cause de l'AVC (INSERM, 2019). La prévalence des séquelles augmente avec l'âge, c'est-à-dire de 1 % avant 45 ans puis de 9,5 % pour des personnes âgées de 85 ans (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Par la présence de ses séquelles, il existe différentes phases : la phase aigüe et la phase chronique de l'AVC. La phase chronique d'un AVC est la période au-delà des 3 à 6 mois après l'AVC, sinon de phase aigüe jusqu'à 15 jours et ensuite de phase subaigüe (Haute Autorité de Santé, 2006).

Les séquelles à la suite d'un AVC sont multiples et touchent les domaines : physique, cognitif et affectif, en reprenant la taxonomie du MCREO. Les troubles varient en fonction de la zone cérébrale lésée (Roussel, Godefroy, & De Boissezon, 2017).

Les séquelles, sont principalement retrouvées dans le domaine physique par l'étude De Peretti. al publié en 2012. Cette étude, montre que les séquelles motrices sont retrouvée pour 37,2 % des personnes comme une parésie ou une paralysie sur un ou plusieurs membres au côté opposé à la lésion cérébrale. En effet, une parésie est une diminution de la quantité d'unité motrice nécessaire à la réalisation d'une tâche des muscles concernés et la paralysie est une perte totale du mouvement (Npochinto Moumeni, et al., 2021). L'INSERM évoque aussi l'hémi-parésie ou l'hémiplégie qui signifie que l'hémicorps est touché (INSERM, 2019). La parésie, elle, est souvent couplée avec de la spasticité (Delpont, et al., 2018) qui est une contraction involontaire d'un muscle lors d'un étirement rapide de celui-ci (Mattle, 2000). Les autres troubles associés à ses séquelles peuvent être : des clonus (secousses musculaires involontaires), des mouvements syncinétiques (lors d'un mouvement réalisé avec un hémicorps, il y a l'existence d'une contraction involontaire d'un muscle de l'autre hémicorps), des déficits musculaires (manque de force), une perte de dextérité et une fatigabilité (Mattle, 2000).

De plus, pour la moitié des clients avec antécédent d'AVC et séquelles, on retrouve des troubles de l'équilibre (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Par exemple, pour 64,3% des personnes avec antécédent d'AVC, il est difficile de marcher 500 mètres sur un terrain plat (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012).

Des déficiences sensorielles, et plus particulièrement somatosensorielles, sont retrouvées pour environ un cinquième des personnes (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Notamment, un quart des personnes recensent des troubles visuels (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012) comme le plus souvent l'hémianopsie latérale homonyme (Yelnik, et al., 2011). Mais aussi, des troubles de la sensibilité superficielle et de la sensibilité profonde comme des troubles de proprioception (Morin, 2009).

Pour terminer avec le domaine physique, le client avec antécédent d'AVC peut présenter des complications pour diverses causes : immobilisation, comorbidité, zone d'atteinte et sévérité de l'atteinte (Mattle, 2000). Dans le chapitre 1 « Le patient hémiparétique » de Mattle en 2000, il propose une liste de complications possibles : les escarres, les phlébites, les chutes, les troubles vésico-sphinctériens, œdème, douleur, etc.

Ensuite, au niveau du domaine cognitif, les séquelles de l'AVC peuvent être importantes. Trois mois après un AVC, 38 à 83 % des personnes présentent des déficiences cognitives (Einstad, et al., 2021). Les troubles de la mémoire sont le plus fréquent et touchent 42,1 % des personnes avec antécédent d'AVC (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). De plus, on retrouve des troubles dysexécutifs qui regroupent les troubles de la planification, de la mémoire de travail, de l'inhibition et de la flexibilité mentale (Mattle, 2000). On retrouvera des erreurs ou un fort ralentissement dans les activités ayant eu un apprentissage ultérieur grâce aux fonctions cognitives comme l'écriture, le langage, le calcul, les praxies etc. (Chagnon, Croas, Djenati, Taly, & Weismann-Arcache, 2014)

Les troubles cognitifs peuvent être classés en fonction de la zone cérébrale touchée. Pour une atteinte de l'hémisphère droit, on observera une hémiparésie (perte de réaction et d'orientation du côté gauche) (Daviet, et al., 2002) qui touche 50 à 85 % (Azouvi, Eustache, Lambert, & Viader, 1997). On retrouve aussi une anosognosie (la personne ne reconnaît pas l'existence d'un trouble), agnosie (incapacité d'identifier un objet), trouble du schéma corporel et des apraxies (trouble du comportement gestuel volontaire qui sera caractérisé par une apraxie visuo-constructives, et apraxie de l'habillage) (Mattle, 2000) et (Roussel, Godefroy, & De Boissezon, 2017). Puis pour une atteinte de l'hémisphère gauche, on observera, une aphasie (trouble de l'expression ou de la compréhension du langage) qui se retrouve dans 33,9 % des cas (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Et aussi, une apraxie (visuo-constructive et gestuelle) et une acalculie (trouble de la reconnaissance des chiffres et de l'exécution de calcul) (Mattle, 2000) et (Roussel, Godefroy, & De Boissezon, 2017).

Au niveau du domaine affectif, les clients avec antécédent d'AVC présentent aussi des séquelles post-AVC. En effet, la fatigue et l'anxiété sont des séquelles présentes chez 29 à 77 % des cas (Acciarresi, Bogousslavsky, & Paciaroni, 2014). Cette fatigue caractéristique à l'AVC est un épuisement rapide du fait d'un manque d'énergie pour réaliser un effort. La fatigue post-AVC regroupe les principales fatigues suivantes : la « fatigue à l'effort » au niveau physique et la « fatigue mentale » au niveau cognitif. Elles apparaissent de manière aiguë, sur une courte durée et sont soulagées par un temps de récupération court, elles ne sont donc pas améliorées par le repos (Acciarresi, Bogousslavsky, & Paciaroni, 2014). La fatigue peut être la seule séquelle restante ce qui limite les clients avec

antécédent d'AVC dans leur reprise d'indépendance et d'autonomie de leurs activités du quotidien (Acciarresi, Bogousslavsky, & Paciaroni, 2014).

Pariel-Madjlessi et son équipe en 2005, relèvent une complication particulière à l'AVC : la dépression post-AVC. Cette dépression entraîne des répercussions sur la récupération fonctionnelle de la personne (Pariel-Madjlessi & al, 2005). Cette complication est fréquente car 30% des clients avec antécédent d'AVC sont atteints de dépression post-AVC dans l'année suivant la lésion (INSERM, 2019). Elle est caractérisée entre autres par une fatigue chronique (Acciarresi, Bogousslavsky, & Paciaroni, 2014).

Les séquelles et complications de l'AVC ont alors un impact sur les activités quotidiennes. Un parcours de soin caractéristique du client avec antécédent d'AVC a été déterminé qui favorise une récupération maximale et donc une amélioration du rendement occupationnel

C. Parcours de soin du client avec antécédent d'AVC

1. Accompagnement précoce

En fonction des séquelles, des catégories de sévérité d'AVC ont été réalisées : il existe 4 catégories de sévérité des AVC (Yelnik, et al., 2011) qui sont classées de 1 à 4 du plus léger au plus grave. La catégorie 1 est caractérisée par la présence d'une seule déficience comme un déficit moteur, d'un trouble du langage, d'un trouble de la vision ou un trouble de la sensibilité. La catégorie 2 est un AVC unilatéral. Il est caractérisé par la présence de plusieurs déficiences, mais une récupération est possible. La catégorie 3 regroupe les AVC hémisphériques totaux, bilatéraux ou multiples. Il est caractérisé par plusieurs déficiences avec troubles des fonctions cognitives et/ou troubles du comportement. La récupération totale pourra être limitée. La catégorie 4 pour une personne dans le coma à la suite d'une atteinte bi-hémisphériques ou d'une atteinte du tronc cérébral. Cet AVC est caractérisé par de multiples déficiences associées où se projeter dans un projet de vie est difficile.

Le parcours de soin varie globalement en fonction des séquelles, le client va être amené à évoluer à travers plusieurs environnements durant son parcours de soin qu'il soit institutionnel, physique et social.

Tout d'abord, l'accompagnement des clients avec antécédent d'AVC est précoce, car l'AVC est une urgence absolue. Au stade aigüe d'un AVC, l'intervention est réalisée dans les quelques heures qui suivent pour limiter les conséquences irréversibles. Les clients sont dirigés soit vers les Unités Neuro-Vasculaire (UNV) soit vers un secteur de soins de rééducation post-réanimation si la sévérité de l'AVC est catégorisée niveau 4 (Yelnik, et al., 2011).

Pendant la phase aigüe de l'AVC, le client en UNV est pris en charge par le corps médical et paramédical pour rechercher la cause, prévenir la récurrence et pallier les complications (INSERM, 2019). Puis, la récupération en rééducation se réalisera en collaboration avec les professionnels de la médecine (INSERM, 2019). En effet, il est recommandé par l'HAS de commencer la rééducation motrice dès que possible en combinant les méthodes de rééducation motrice (HAS, 2012) « *Une prise en charge précoce et appropriée est indispensable pour diminuer la mortalité, réduire la dépendance et favoriser la reprise de l'autonomie. Il est impératif que l'action paramédicale soit coordonnée et pluridisciplinaire.* » (ANAES, 2002, p. 4). Les ergothérapeutes sont cités dans les recommandations de l'HAS à cette étape, comme les infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, diététiciens, assistants de service social et personnels de brancardage (ANAES, 2002). Le rôle de l'ergothérapeute est ici de réaliser une installation pour le client afin de limiter l'apparition de complications orthopédiques, cutanées et de limiter les douleurs (ANAES, 2002).

La rééducation motrice pendant les 15 premiers jours est principalement réalisée par les masso-kinésithérapeutes (ANAES, 2002).

Suite à l'UNV, les clients peuvent être transférés dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (Yelnik, et al., 2011). En SSR, les objectifs de l'équipe médicale et paramédicale seront de préparer le projet de sortie du client (domicile ou institution). Pour cela, au sein du SSR, en HC, des week-ends thérapeutiques sont réalisés afin de préparer le retour à domicile des clients. (HAS, 2020). Les autres objectifs du SSR sont aussi, d'administrer les traitements ainsi que de réaliser une rééducation pour une récupération optimale et réaliser un suivi en réadaptation en fonction des limitations retrouvées au quotidien (Yelnik, et al., 2011). Les professionnels présents dans l'accompagnement seront le médecin, les infirmiers, les aides-soignants, les assistantes sociales, et les professionnels du milieu paramédical (Orthophonistes, éducateurs d'activité physique adapté et santé (EAPA), psychologues, neuropsychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes) (Yelnik, et al., 2011).

A ce stade, la prise en charge de la fatigue est réalisée par des traitements pharmacologiques, des traitements psychologiques (prendre en compte les déficits cognitifs pour permettre un changement de comportement), des traitements physiques (faire une activité physique réduirait la fatigue post-AVC) et des suggestions environnementales (en étant à l'hôpital) aller dehors, avoir un environnement semblable du domicile et avoir un accès à des outils de communication. En dehors de l'hôpital, le médecin peut recommander de l'activité physique, une bonne nutrition et un repos adéquat (Acciarresi, Bogousslavsky, & Paciaroni, 2014).

Lors de leurs premiers accompagnements médicaux, le processus de plasticité cérébrale s'active, nous allons dérouler ici de quelle manière il se produit et de l'importance de l'accompagnement par les rééducateurs dont l'ergothérapeute.

2. Plasticité cérébrale et les objectifs d'accompagnement

Suite à la nécrose d'une zone du cerveau après l'AVC, la récupération est permise par la plasticité cérébrale, c'est « *un ensemble de mécanismes qui permettent au cerveau d'adapter son fonctionnement à une situation nouvelle* » (Marque, Gasq, Castel-Lacanal, De Boissezon, & Loubinoux, 2014, p. 525). C'est un processus physiologique réalisé par le cerveau qui réorganise ses interactions neuronales afin de combler la fonction de la zone nécrosée. Les éléments qui permettent la stimulation de la plasticité cérébrale sont : l'environnement, l'activité physique et intellectuelle (Yelnik & Bradaï, 2005). La plasticité cérébrale pourra se réaliser par deux processus (Yelnik & Bradaï, 2005) : l'exécution de la même fonction par d'autres neurones qui migreront vers la zone péri-lésionnelle (Johansson B.-

B. , 2000) ou par la compensation par des voies physiologiques différentes pour effectuer une action fonctionnelle identique (Yelnik & Bradaï, 2005).

Il a été démontré depuis plus de 30 ans que ce processus est d'autant plus efficace lorsqu'il est orienté par l'action des professionnels paramédicaux (Marque , Gasq, Castel-Lacanal, De Boissezon, & Loubinoux, 2014). En effet, la rééducation a comme objectif principal d'accompagner le client « à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction. » (Ministère des Solidarité et de la santé, 2020). La rééducation a donc comme objectif de maximiser le retour à l'état fonctionnel antérieur à l'AVC en s'appuyant sur la plasticité cérébrale. En effet, la récupération motrice, de la marche, de l'équilibre et de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne sont permis par la réadaptation (Marque , Gasq, Castel-Lacanal, De Boissezon, & Loubinoux, 2014).

La plasticité cérébrale est particulièrement active pendant les 3 premiers mois suivants l'AVC même si ce phénomène est tout aussi présent à distance de l'AVC (Marque , Gasq, Castel-Lacanal, De Boissezon, & Loubinoux, 2014), et même si elle est tout de même personne-dépendante (Marque , Gasq, Castel-Lacanal, De Boissezon, & Loubinoux, 2014).

Au niveau de la récupération physique et principalement motrice, l'étude de cohorte de Copenhague dans les années 1999 a permis de déterminer la présence d'une récupération motrice malgré la sévérité de l'AVC. Par exemple, 40 % des personnes avec un déficit moteur sévère en phase aiguë, ont pu retrouver une amélioration motrice jusqu'à atteindre un déficit léger à moyen (Jorgensen H.-S. , et al., 1995). Depuis plusieurs années, le constat est que la récupération motrice se réalise essentiellement lors des 6 premiers mois suivants l'AVC (Marque , Gasq, Castel-Lacanal, De Boissezon, & Loubinoux, 2014). Cependant, il a été observé que le recouvrement des capacités motrices du membre supérieur peut se réaliser jusqu'à un an après la survenue de l'AVC (Yelnik & Bradaï, 2005).

Les autres objectifs de la prise en charge d'un client avec antécédent d'AVC sont (Yelnik & Bradaï, 2005, p. 157). :

- Récupération de la fonction afin de réaliser des activités de la vie quotidienne. Apprentissage de compensation pour un objectif à court terme, tout en continuant à stimuler la plasticité cérébrale en parallèle,
- Prévention des complications : rétraction musculo-tendineuse par la spasticité, les douleurs, l'algodystrophie, la dépression, les escarres, infections urinaires,
- Entretien des capacités récupérées.

À la suite des différents suivis réalisés afin de maximiser la récupération et de l'existence du phénomène de plasticité cérébral, le client avec antécédent d'AVC entre dans un service d'HDJ selon certains critères et objectifs d'accompagnement.

3. *Hôpital de jour en neurologie adulte*

L'accompagnement d'un client avec antécédent d'AVC dans le recouvrement de ses capacités se réalise en premier lieu dès l'UNV, continue en SSR, puis dans d'autres services comme le libéral, l'HAD-R ou l'HDJ, et se termine vers un retour à domicile (INSERM, 2019). L'HDJ permet de rendre des « *prestations de soins et services hospitaliers qui peuvent être rendues dans la journée, sans hébergement, si l'état du patient le permet.* » (Décret 2-14-562, 2015, p.1). L'HDJ est donc une prestation en ambulatoire car les clients rentrent chez eux le soir et le week-end.

Les clients sont orientés en HDJ pour un besoin de compétences de rééducation non-disponibles en libéral et/ou d'un besoin de coordination des professionnels au vu du projet de réadaptation (Yelnik, et al., 2011). De plus, la personne doit pouvoir remplir les conditions de maintien à domicile (Fayolle-Minon, et al., 2017) c'est-à-dire avoir un état neurologique et un entourage satisfaisant pour pallier la dépendance et la perte d'autonomie (Yelnik & Bradaï, 2005).

Plus de la moitié des clients avec antécédent d'AVC rentrent chez eux après une hospitalisation. Quel que soit la sévérité de l'AVC, une moyenne est retrouvée : 80 % de la population hospitalisée pour AVC après 3 mois retourne à son domicile (Petrilli, et al., 2002). De plus, le maintien à domicile est priorisé et est mis en avant par le rapport de la concertation Grand âge et autonomie, du 28 mars 2019 (Libault, 2019). Sachant que la population française a tendance à préférer le maintien à domicile afin de garantir autonomie et conditions de vie (Perrochon, Gelineau, Landais, Bernache-Assollant, & Mandigout, 2021). Le syndrome dépressif peut limiter le retour à domicile, mais 80,39 % des patients dépressifs en hospitalisation rentrent tout de même à domicile (Petrilli, et al., 2002).

De manière générale, l'HDJ, sauf pour les cas les plus graves, accueille tout type de catégorie d'AVC et à différents moments de la phase de l'AVC. La fréquence d'accompagnement peut être de tous les jours ou de quelques heures dans la semaine. La durée de l'accompagnement est généralement d'un à deux ans maximums. L'HDJ permet de garantir une rééducation, une réadaptation et une réinsertion (Yelnik & Bradaï, 2005). Par définition, la réadaptation est le fait d'accompagner le client vers des adaptations possibles afin de faire face à des limitations stabilisées (Ministère des Solidarité et de la santé, 2020). La réinsertion, elle, permettra au client d'améliorer ses conditions de vie dans un environnement social déterminé (professionnel, familial...) (Ministère des Solidarité et de la santé, 2020). En HDJ, des visites à domicile sont réalisées quelques fois dans l'année

pour des évaluations du domicile et pour réaliser des mises en situations à visées évaluatives (Fayolle-Minon, et al., 2017, p. 20).

Alors que tout un suivi a été réalisé avant l'arrivée en HDJ, les clients avec antécédent d'AVC rencontrent des difficultés dans la réalisation de leurs occupations au quotidien à domicile.

4. . *Les difficultés occupationnelles des clients avec antécédents d'AVC à domicile*

Les clients avec antécédent d'AVC rencontrent des difficultés pour réaliser leurs occupations au quotidien qui sont nommées « *difficultés occupationnelles* » (Townsend & Polatajko, 2013, p. 439). Les difficultés occupationnelles sont à l'origine des séquelles que présentent les clients avec antécédent d'AVC, mais aussi à l'origine de l'environnement où ils réalisent leur occupation. En effet, cet environnement peut être limitant à la réalisation de l'occupation (Barral, 2008).

D'une part, les séquelles peuvent persister dans le temps. En effet, la Haute Autorité de Santé en 2020 constate qu'un an après l'AVC, 25% des séquelles lourdes sont présentes chez les clients après leur AVC (HAS, 2020) comme la parésie, les troubles de la mémoire, l'aphasie et la fatigue.

D'autre part, au niveau des soins personnels, les clients peuvent avoir des difficultés occupationnelles. Au quotidien, pour la moitié des clients avec des séquelles à la suite d'un AVC rencontreront des difficultés dans les activités élémentaires de la vie quotidienne (« Activities of Daily Living », ADL) (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Parmi les 7 activités présentées, les 3 plus difficiles sont de se laver seul (39,4 %), puis s'habiller et se déshabiller seul (34,3 %) et enfin couper la nourriture ou se servir à boire seul (31,0 %) (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Au niveau de la productivité, seulement 30 à 40 % des clients avec antécédent d'AVC reprennent leur ancien emploi (Hartke & Trierweiler, 2015). Trois ans après leur AVC, il a été recensé dans l'article de Gallien et son équipe en 2005 que 58,3 % des clients avec antécédent d'AVC ont repris la conduite automobile (Gallien, et al., 2005). Les clients ont de grandes difficultés à réaliser des loisirs, principalement ceux qui demandent l'intégration dans la communauté (Montgomery, et al., 2015). Il a été recensé que trois ans après leur AVC, 38 % ont repris leurs loisirs antérieurs (Gallien, et al., 2005). De plus, une étude de Singham et al en 2015 montre qu'après six ans d'un AVC, seulement 35 % des clients avaient retrouvé totalement leur occupation d'avant (Singam, Ytterberg, Tham, & Von Koch, 2015). En effet, les difficultés occupationnelles « *comportent des défis quant à l'engagement occupationnel ou à la participation juste et inclusive à des occupations, en incluant, mais sans s'y limiter, les difficultés en matière de rendement occupationnel [...]* » (Townsend & Polatajko, 2013, p. 439) ; c'est-à-dire que la difficulté rencontrée a un impact sur l'engagement occupationnel et donc sur le rendement occupationnel (Montgomery, et al., 2015).

Cette diminution de rendement occupationnel, peut, à une période éloignée de leur AVC, créer pour 30 % des personnes ayant eu un AVC une dépression post-AVC dans l'année suivant la lésion (INSERM, 2019). Cette dépression caractéristique de l'AVC est fréquente et n'est pas dépendante de l'âge (Yelnik & Bradai, 2005). Une diminution de l'engagement occupationnel est alors observée (Ashe, Miller, Eng, & Noreau, 2008), même si ses difficultés concernant des personnes à un stade chronique de leur AVC sont difficiles à percevoir dans les études (Wassenius, 2020).

En effet, les clients avec antécédent d'AVC ont de grandes difficultés à s'engager dans leurs occupations, car dans l'étude de Mayo et son équipe en 2002, ils ont noté que 50 % des clients avec antécédent d'AVC ne réalisaient plus d'activités quotidiennes significatives (Mayo, Wood-Dauphinee, Côte, Durcan, & Carlton, 2002). De fait, « *De nombreuses valeurs attachées aux activités quotidiennes sont diminuées ou perdues chez les personnes ayant subi un AVC et elles risquent de devenir inactives ou d'avoir trop peu d'activités avec peu de variation d'activités au cours d'une journée.* » (Larsson-Lund, Mansson, & Nyman, 2021, p. 1) cite (Olofsson, Lund, & Nyman, 2018).

Les clients s'engageant moins dans leurs occupations impactent leur équilibre occupationnel. Pourtant, l'équilibre occupationnel contribue à la santé (Kassberg, Nyman, & Larsson Lund, 2021). Ce concept est défini comme étant la réalisation d'occupations en quantité suffisante et diversifiée comme chacun le souhaite (Trouvé, et al., 2019). L'équilibre occupationnel est donc important à prendre en compte dans l'accompagnement en ergothérapie afin que le client s'engage dans les activités significatives et signifiantes pour sa santé. Une perte d'équilibre occupationnel peut mener à un manque de complet bien être, en reprenant la définition de la santé de l'OMS ou la santé est un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (OMS, 1946, p.100).

Doris Pierce en 2016 montre l'importance de considérer l'engagement occupationnel en tant qu'ergothérapeute car : « *De nombreuses études empiriques ont défini l'engagement dans l'occupation comme un déterminant de la santé et du bien-être.* » (Pierce, 2016, p. 125). Ces difficultés occupationnelles et d'autant plus d'engagement occupationnel affectant la santé des clients avec antécédent d'AVC, justifient l'intérêt de l'ergothérapie auprès de cette population pour soutenir et favoriser leur engagement occupationnel (Larsson-Lund, Mansson, & Nyman, 2021).

D. Rôle de l'ergothérapeute

1. Généralités

L'ergothérapeute est un professionnel du secteur paramédical qui a comme rôle d'accompagner tout type de public à être autonome et indépendant dans leurs occupations problématiques du quotidien (ANFE, 2022). Il a comme postulat qu'il y a un lien entre les occupations et la santé (Pierce, 2016), de plus il est le spécialiste du rapport entre ces deux concepts (ANFE, 2022). Pour cela, l'ergothérapeute accompagne les clients à identifier leurs difficultés occupationnelles. L'intervention aura comme objectif de « *promouvoir l'engagement, restaurer la fonction, et aborder des activités, tâches et rôles importants.* » (Pierce, 2016, p. 125) dans le but que le client réalise l'occupation au niveau de satisfaction qui lui convient (Marchalot, 2016) et (Bigex, 2017). Leclerc et Gosselin en 2011 identifient l'objectif principal en ergothérapie comme étant « *l'engagement dans les occupations.* » (Leclerc & Gosselin, 2011). Et en effet, en 2014, Fisher avait décrit l'importance de s'attarder sur l'engagement « *Depuis le début de notre profession, l'engagement dans l'occupation est considéré comme notre principal agent thérapeutique et comme l'objectif de l'intervention.* » (Fisher, 2014, p. 97). Faciliter l'engagement dans une occupation est bien le rôle de l'ergothérapeute afin d'atteindre l'objectif final qui est une amélioration du rendement occupationnel (Fisher, 2014).

Alors que l'ergothérapeute a comme rôle de favoriser l'engagement occupationnel du client, l'ergothérapeute en HDJ auprès de la population avec antécédent d'AVC a des objectifs et des moyens bien déterminés.

2. Rôle de l'ergothérapeute en hôpital de jour

L'ergothérapeute en HDJ en neurologie adulte auprès des clients avec antécédent d'AVC a toute sa place. En effet, l'ergothérapeute est bénéfique dans le recouvrement de l'indépendance et de l'autonomie des clients avec antécédent d'AVC (Legg, Drummond, & Langhorne, 2017). Il peut avoir un nombre d'actes 6 fois plus importants en HDJ qu'en HC, ce qui peut montrer son importance (Charpentier, et al., 2008).

L'ergothérapeute en HDJ a comme objectifs généraux de : « *permettre la poursuite d'un gain sur la récupération et l'autonomie quotidienne, poursuite de traitements spécifiques (spasticité, douleur), conduite automobile, réinsertion professionnelle, reconditionnement à l'effort.* » (Yelnik, et al., 2011, p. 514). Le Référentiel sur l'HDJ en MPR proposé en 2010 puis mis à jour en 2017, complète en identifiant le rôle de l'ergothérapeute comme assurer les bilans et mettre en place des techniques de

rééducations, orthèses, thérapies non-existantes en ville, préconisation d'aides techniques, aménagement de l'environnement (visites à domicile et mises en situation dans un appartement thérapeutique) et éducation du patient (Fayolle-Minon, et al., 2017).

Une rééducation en parallèle du processus de plasticité cérébrale va permettre d'améliorer les fonctions. L'HDJ est donc une étape importante dans le parcours de soin du client. L'ergothérapeute a alors toute sa place à ce moment précis de l'accompagnement. Cependant, les séquelles pouvant être encore importantes du fait de la gravité de l'AVC et d'un environnement au domicile pouvant être obstacle, pourra mener à une diminution de l'engagement occupationnel au domicile.

3. Rôle de l'ergothérapeute face aux difficultés d'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC

Par les nombreuses difficultés occupationnelles du client avec antécédent d'AVC, l'objectif de l'ergothérapeute et du client va être de permettre à celui-ci de réaliser de manière autonome et indépendante ses occupations à domicile. Les difficultés d'engagement occupationnel retrouvées auprès de la population AVC sont courantes et entraînent des conséquences sur leur santé. L'objectif en tant qu'ergothérapeute sera de favoriser l'engagement occupationnel au domicile, travaillé en HDJ et doit pouvoir être généralisé au domicile afin que le client réalise son occupation de manière autonome chez lui.

L'engagement occupationnel est composé des éléments suivants vus plus haut : le choix et l'initiation, la personne active dans l'occupation et une signification et motivation (Américan Occupational Therapy Association, 2002). L'engagement occupationnel sera impacté si une de ses composantes est faible voire absente. Le client avec antécédent d'AVC au domicile peut perdre la signification de son occupation ce qui entrave la motivation à la réaliser. Son engagement occupationnel est alors atteint au niveau de la signification et motivation à l'occupation.

Les concepts d'engagement occupationnel et de motivation sont bien liés. La notion de motivation peut être expliquée par la théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan en 1985. La motivation est un continuum qui débute par l'amotivation, continue par la motivation extrinsèque et terminant par la motivation intrinsèque. Cette dernière, permet une initiation volontaire d'une activité au vu du bien-être que le client peut en retirer (Perrochon , Gelineau, Landais, Bernache-Assollant, & Mandigout, 2021) et non pas pour des raisons extérieures comme un devoir ou une récompense (Deci & Ryan, 1985). En effet, si le client réalise une activité par plaisir, cela lui permet d'augmenter son rendement occupationnel en s'appuyant sur sa motivation intrinsèque (Perrochon , Gelineau, Landais, Bernache-

Assollant, & Mandigout, 2021). Le client est donc motivé par le sens qu'il donne à son occupation. C'est à l'aide de cette motivation intrinsèque que le client choisira, initiera et sera actif dans l'occupation qui a du sens pour lui. Cette motivation intrinsèque pourra favoriser l'engagement occupationnel du client dans le cas des clients avec antécédent d'AVC.

L'engagement occupationnel est nécessaire car il permet de soutenir l'« *apprentissage* », d'« *influencer le rendement* », d'améliorer les « *capacités* » physique et processus mentaux et enfin d'« *influencer* » le temps de réalisation de la tâche (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017, p. 26).

Le maintien de la motivation pendant la rééducation d'un client est un sujet qui questionne car difficile à réaliser par l'ensemble des professionnels de santé (Maclean & Pound, 2000). D'autant plus lorsque l'adhésion des clients avec antécédent d'AVC diminue comme l'a montré l'étude de Yao en 2017. Puisque l'adhésion thérapeutique des clients chronique post-AVC à la suite de leur retour à domicile, diminue jusqu'à 50 % puis se stabilise (Yao, et al., 2017).

Les difficultés d'engagement occupationnel doivent être identifiées, pour cela il y a différents moyens de les évaluer. L'engagement occupationnel peut être évalué à travers la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) (Polatajko, et al., 2008). C'est une mesure subjective des difficultés identifiées par le client. Le client évalue de 1 à 10 l'importance à réaliser l'occupation, son rendement occupationnel puis la satisfaction de son rendement occupationnel (Faure, Martinen, & Maury, 2013). L'engagement occupationnel est la corrélation entre l'importance de l'occupation et la satisfaction du rendement occupationnel (Polatajko, et al., 2008). L'ergothérapeute peut aussi observer le niveau d'engagement occupationnel par des données objectives comme la participation active du client dans l'activité ou par des données subjectives comme les aspects affectifs (Lequerica, Donnell, & Tate, 2009) et (American Occupational Therapy Association, 2002). Et bien sûr, demander au client d'exprimer sa motivation ou non à réaliser l'occupation afin de recueillir des indices sur son niveau d'engagement occupationnel (Reeve, 2005).

L'engagement occupationnel peut avoir plusieurs niveaux. Dans le cas de la problématique, l'ergothérapeute a comme objectif de favoriser un niveau d'engagement occupationnel qui permettra la prise de conscience de l'environnement et du client lui-même dans cet environnement pour permettre la généralisation entre l'HDJ et le domicile. En fonction des facteurs présents, le concept d'engagement occupationnel peut être divisé en trois niveaux : la présence, de la pleine conscience et le flow (Reid, 2011), la présence est la conscience de soi pendant l'activité. Puisque, l'engagement n'est pas constant dans le temps et des sentiments plus ou moins positifs sont présents par les influences de l'environnement. Pour ce niveau d'engagement, le client n'a pas besoin de fortes habiletés et d'un

fort niveau de concentration. Ensuite, la pleine conscience est un niveau d'engagement qui va permettre « *une ouverture face à l'environnement et un sentiment de neutralité* ». Elle est composée de l'intention qui est la raison de la réalisation de l'action (Larousse, 2022), de l'attention c'est-à-dire d'être concentré sur chaque moment pour avoir conscience de soi et de ce qui nous entoure (Larousse, 2022) et de l'attitude qui est d'avoir un comportement adapté à la situation et donc d'accepter les événements (Larousse, 2022). Enfin celle qui demande le plus d'engagement occupationnel est le flow, c'est une focalisation de l'attention très intense qui permet une expérience optimale mais qui peut avoir des répercussion sur la santé car peut demander une forte énergie (Csikszentmihalyi, 2004).

Au vu des compétences et des objectifs de l'ergothérapeute, les problématiques d'engagement occupationnel seraient favorisées par une approche en pleine conscience occupationnelle.

Afin de favoriser l'engagement occupationnel, Isabelle Marchalot, ergothérapeute au sein d'un Institut de Rééducation de type SSR/MPR, a développé des « *environnements reproduisant le plus possible le lieu de vie* » afin de réaliser une approche centrée et basée sur l'occupation en Soins de Suite et de Réadaptation. Elle a écrit : « *Intégrer les occupations dans le soin facilite l'engagement et la participation de toute personne en restriction occupationnelle.* » (Marchalot, 2019, p. 444). En effet, l'approche basée et centrée sur l'occupation a prouvé son efficacité auprès de la population AVC (Wolf, Chuh, Floyd, McInnis, & Williams, 2015). Donner l'opportunité de réaliser des activités significatives et significatives dans la journée permet de développer l'engagement occupationnel des clients. Cette approche serait même préconisée par les ergothérapeutes au niveau international (Pierce, 2016).

Les approches basées sur l'occupation ont donc un intérêt pour favoriser l'engagement occupationnel. Une des approches basées sur l'occupation s'étant développée depuis plusieurs années est l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP).

E. Approche CO-OP: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

1. Généralités

L'approche CO-OP est une approche de réadaptation qui a été développée spécifiquement pour les ergothérapeutes et qui a pour objectif, entre autres, de favoriser l'engagement dans les occupations. Cette approche oriente une démarche centrée sur le client (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017, p. 2) et « *fondée sur le rendement* » (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017, p. 3) ; elle permet par la manière dont les occupations sont réalisées en séance de réadaptation de favoriser la « *résolution de problèmes* » pour le client (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017, p. 3). Un des principes de l'approche CO-OP est de « *faciliter la motivation* » (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017, p. 26) par l'identification des buts du client. L'objectif final de CO-OP est « *le transfert et la généralisation* » (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017, p. 25) « *des habiletés et des stratégies de résolution de problème* » (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017, p. 25) appris pendant la séance d'ergothérapie. Afin d'utiliser cette approche, une formation à l'approche CO-OP est nécessaire.

Par rapport à ma problématique, afin de favoriser une pleine conscience pour augmenter l'engagement occupationnel au domicile, une généralisation doit être réalisée. Ce qui signifie qu'une occupation doit pouvoir être réalisée en HDJ et à domicile soit dans deux environnements différents.

2. Trois éléments fondamentaux

L'approche CO-OP repose sur trois éléments fondamentaux : centré sur le client, basé sur l'occupation et la résolution de problème. Ils permettent de faire le lien avec les composantes de la pleine conscience et donc l'engagement occupationnel.

Approche centrée sur le client

Premièrement, le terme client regroupe « *des individus, des familles, des groupes, des collectivités, des organismes ou des populations qui participent à des services d'ergothérapie par consultation directe ou par l'intermédiaire d'un contrat ou d'autres services et dispositions financières avec une équipe, un groupe ou un organisme qui comprend des services d'ergothérapie* » (Townsend & Polatajko, 2013, p. 436). Pour la population AVC, le client est la personne qui présente un AVC, mais aussi ses proches par exemple. Le client permet de considérer la personne en interaction avec ses proches.

Deuxièmement, le terme client permet de mettre en avant la collaboration entre l'ergothérapeute et le client, où ici le terme à toute sa place. L'ergothérapeute est dans une démarche de rendre acteur le client en l'invitant à participer aux prises de décisions. De fait, il reconnaît que le client à son expérience et ses connaissances par rapport à ce qu'il est en train de vivre (American

Occupational Therapy Association, 2002). L'ergothérapeute, spécialiste de l'occupation, va considérer les occupations dans la perspective du client (Pierce, 2016) comme : le degré d'importance, le sens, le contexte particulier, les routines pour réaliser l'occupation (Pierce, 2016). L'ergothérapeute saisit les difficultés occupationnelles, priorise, et négocie des objectifs pertinents et atteignable avec le client. Ces objectifs concrets, vont rendre la thérapie plus compréhensible par le client (Doig & Fleming, 2016).

Il est retrouvé dans cet élément fondamental, le principe de buts choisis par le client de l'approche CO-OP. Auprès de la population AVC avec une diminution de l'engagement occupationnel, nous pouvons nous poser la question suivante : Comment permettre à un client qui rencontre des difficultés d'engagement occupationnel à identifier ses propres buts ? Les buts choisis par le client peuvent être identifiés par les techniques d'entretien de la MCRO par exemple (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). De plus, la collaboration entre le client et l'ergothérapeute permettra de « *faciliter le processus d'établissement des buts signifiants et fonctionnels, engageant la participation active et éclairée du client.* » (Cott, et al., 2001, p. 7). En effet, Trombly en 1995 a démontré que si une action à un but et une signifiante alors la motivation est plus importante (Trombly C. , 1995). En fin, ce principe permet de soutenir la relation de confiance car le client perçoit l'ergothérapeute engagé dans son accompagnement (Meyer, 2020).

Par ce principe de buts choisis par le client, une des composantes de la pleine conscience est retrouvée, avec l'intention qui est défini par le Larousse, 2022 comme étant « *Disposition d'esprit par laquelle on se propose délibérément un but* » (Larousse, Définition intention, 2022). Ainsi le client donnera volontairement une raison à la réalisation de son occupation en voulant atteindre l'objectif fixé.

L'approche centrée sur le client va alors amener à s'intéresser aux problématiques identifiées à travers le regard du client. Afin de limiter voire supprimer ses problématiques occupationnelles, plusieurs approches peuvent être réalisées par l'ergothérapeute, en l'occurrence dans l'approche CO-OP basée sur l'occupation qui va être utilisée.

Approche basée sur l'occupation

Le deuxième élément fondamental de l'approche CO-OP est le fait qu'elle soit basée sur l'occupation. Elle fait partie de la famille des approches top down qui signifie approche descendante en français (Trombly C. , 1993). C'est-à-dire que ces approches se construisent à partir du rendement occupationnel du client (Trouvé, et al., 2019). Plus particulièrement, le client réalise son occupation problématique dans un environnement écologique afin d'améliorer son rendement occupationnel et donc son engagement occupationnel. L'occupation est alors un objectif et un moyen dans

l'accompagnement en ergothérapie (Meyer, 2020) ; (Fisher, 2014) ; (Seen 2009). L'environnement écologique ou « *le lieu de vie du client* » est spécifique (Guilhard, 2007, pp. 28-40). L'occupation est réalisée dans la « *vraie vie* » (Guilhard, 2007, pp. 28-40). Le terme environnement ici est à mettre en regard de la définition du MCREO vu plus haut. En effet, l'occupation est influencée par l'environnement quotidien du client qui peut être facilitateur ou obstacle ce qui va influencer son rendement occupationnel (Fisher, 2014).

On retrouve dans cet élément fondamental le principe d'analyse dynamique de l'exécution et le principe d'habilitation de l'approche CO-OP. Le principe d'analyse dynamique de l'exécution est une évaluation du rendement occupationnel réalisée avec l'observation par l'ergothérapeute en utilisant le Performance Quality Rating Scale (PQRS) par exemple (Scammell, Bates, Houldin, & Polatajko, 2016). L'ergothérapeute engage le client à réaliser une occupation dans un environnement écologique pour dans un premier temps, identifier les difficultés et des ressources (Sorita, 2016).

Par rapport à la problématique, les clients en HDJ ne sont pas dans leur environnement écologique car ils ne sont pas à leur domicile, l'environnement des séances d'ergothérapie est différent de l'environnement au domicile que ce soit au niveau physique (aménagement, matériel, etc.) ou social (présence de l'ergothérapeute, de l'entourage, etc.).

L'approche basée sur l'occupation rencontre alors un frein pour réaliser l'occupation dans un environnement totalement écologique. Le principe d'habilitation est un principe central dans l'approche CO-OP. Lorsque le client réalise son occupation dans un contexte environnemental, il va acquérir des habiletés. C'est par les séances basées sur l'occupation dans un environnement au plus proche du quotidien que les processus de généralisation et de transfert vont se réaliser. Même si ces deux concepts sont obtenus d'une meilleure manière dans un « *environnement écologique* » (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017, p. 26). La généralisation fait référence à la réalisation de l'occupation « *dans différents environnements* » et le transfert est « *l'adaptation des habiletés* » à d'autres activités (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017, p. 25). Ces processus sont possibles lorsque le client a conscience de lui, porte son attention sur ce qu'il réalise dans cet environnement spécifique et observe comment il s'adapte afin de réaliser la même occupation dans un autre environnement, comme de l'HDJ à son domicile.

Ce principe d'habilitation permet de retrouver ici une des composantes de la pleine conscience qui est l'attention, d'être concentré sur chaque moment pour avoir conscience de soi et de son environnement.

Résolution de problème

Le dernier élément fondamental de CO-OP est la résolution de problème. L'ergothérapeute va accompagner le client à atteindre son objectif en le guidant pour qu'il trouve ses propres stratégies pour résoudre le problème. L'ergothérapeute va alors utiliser le principe de découverte guidée. (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). Pour cela, l'ergothérapeute va s'appuyer sur la stratégie créée par Meichenbaum en 1991. Il a créé une stratégie d'autoapprentissage qui est utilisée dans l'approche CO-OP. Il a créé la stratégie de résolution de problème avec le moyen mnémotechnique suivant « But-Plan-Faire-Vérifier » (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017).

C'est sur cette stratégie que repose le principe d'utilisation de stratégie cognitive globale de CO-OP. Cette stratégie est enseignée par moyen mnémotechnique pour ensuite être utilisée par le client à l'aide d'auto-guidance verbale. Puis, elle sera intégrée dans un dialogue intérieur qui met en jeu des fonctions métacognitives. Cela signifie que le client se questionne sur sa manière de raisonner en ayant une réflexion sur ses points d'échecs, sur les axes d'amélioration à mettre en place, sur la réalisation du plan et sur l'évaluation des progrès afin d'atteindre son but (Johansson, Lilja, Petersson, & Borell, 2007). Cette stratégie sera utilisée de manière itérative c'est-à-dire répétée plusieurs fois (réévaluation et nouveau plan) jusqu'à atteindre le but fixé (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). L'objectif final étant que le client ; puisse de manière autonome, utiliser cette stratégie cognitive globale afin de l'utiliser dans divers contextes et dans diverses occupations (Larsson-Lund, Mansson, & Nyman, 2021).

Par rapport à la problématique, l'initiation autonome de l'utilisation de la stratégie cognitive globale de l'approche CO-OP par son intégration et sa généralisation pourrait modifier l'engagement occupationnel dans les occupations du client à son domicile (Larsson-Lund, Mansson, & Nyman, 2021). Cette stratégie demande au client d'avoir une attitude particulière, où il doit être acteur dans l'occupation pour se questionner et accepter les situations d'échec. On retrouve alors ici une des composantes de la pleine conscience qui est l'attitude.

Autres principes

Les deux principes suivants ont des caractéristiques ajustables. Le principe de l'engagement de l'entourage permet d'intégrer la famille et les proches dans l'accompagnement en leur partageant la stratégie de résolution de problème et de la démarche générale de l'approche CO-OP. Ce principe permet d'aider le client à retrouver une indépendance à domicile. Enfin, le dernier principe concerne la structure de la démarche, où en effet le rythme des séances est structuré mais la durée de la session, le format, la séquence et les matériaux utilisés peuvent varier.

3. *Etudes réalisées sur l'approche CO-OP auprès de la population AVC*

Les recherches sur l'approche CO-OP ont permis d'étendre l'approche à d'autres populations que les enfants pour laquelle elle a été créée initialement en 2001, dont la population avec antécédent d'AVC. De plus en plus de mémoires abordent l'approche CO-OP avec la population d'AVC. CO-OP a démontré son efficacité sur le rendement occupationnel dans pratiquement tous les articles (Scammell, Bates, Houldin, & Polatajko, 2016). De plus, une étude réalisée en 2017 montre que l'utilisation d'une adaptation de l'approche CO-OP auprès de clients avec antécédent d'AVC présentant des troubles dysexécutifs permet des « améliorations de l'auto-efficacité dans l'exécution des activités quotidiennes ». (Poulin, Korner-Bitensky, Bherer, Lussier, & Dawson, 2017).

Une étude sur l'utilisation de la stratégie de résolution de problème (Goal-Plan-Do-Check) et d'écoute active a permis de montrer qu'en complément de la réadaptation habituelle, cette technique était « *prometteuse pour maintenir de faibles niveaux d'apathie post-AVC* » (Skidmore, Whyte, Butters, Terhorst, & Reynolds, 2015).

De manière général, les articles montrent une amélioration du rendement occupationnel par l'utilisation de l'approche CO-OP, et non pas sur l'engagement occupationnel à domicile. De plus, elle peut être utilisée par tous les types de population dont les population AVC. En effet, Dawson et al. (2009) cherchent à l'adapter afin de l'utiliser au près d'adultes atteints de lésions cérébrales.

Cependant, des études sont encore nécessaires pour déterminer l'efficacité à long terme de l'approche CO-OP auprès des clients avec antécédent d'AVC (Scammell, Bates, Houldin, & Polatajko, 2016). Les études cliniques restent spécifiques à l'amélioration du rendement des clients dans le contexte d'une hospitalisation complète. Il serait alors intéressant d'étudier l'intérêt de l'utilisation de l'approche CO-OP en Hôpital de jour, et cela, pour favoriser l'engagement occupationnel à domicile des clients avec antécédent d'AVC.

D'où suite à la problématique : De quelle manière l'ergothérapeute en Hôpital de Jour peut-il favoriser l'engagement occupationnel à domicile du client avec antécédent d'Accident Vasculaire Cérébral ? **L'hypothèse est que l'utilisation de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) en HDJ permet au client avec antécédent d'AVC d'intégrer une stratégie cognitive globale ce qui permettra de généraliser son engagement occupationnel de l'HDJ au domicile.**

Pour conclure cette première partie, l'approche CO-OP et ses principes montrent un intérêt sur l'engagement occupationnel de manière théorique. Il est intéressant maintenant d'observer, en pratique, les résultats obtenus suite à l'enquête. Il s'agit maintenant d'exposer la partie expérimentale de ce travail afin de valider ou non l'hypothèse.

III. Partie expérimentale

A. Objectifs de l'enquête

Objectif 1 : Identifier les interventions en ergothérapie que les ergothérapeutes utilisent pour favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC avant le 30 mai 2022.

Critères d'évaluation : qualitatif par entretien-semi directif

- Présence du champ lexical de l'engagement occupationnel comme motivation, signification, acteur, choix, initié, attitude, intention, attention,
- Présence des principes de pose d'objectifs et moyens d'accompagnement.

Objectif 2 : Déterminer si, du point de vue de l'ergothérapeute, l'utilisation de l'approche CO-OP permet de favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC avant le 30 mai 2022.

Critères d'évaluation : qualitatif par entretien-semi directif

- Les 7 principes de l'approche CO-OP sont cités ou expliqués par l'ergothérapeute pendant l'entretien : but choisis par le client, analyse dynamique de l'exécution, stratégie cognitive globale, découverte guidée, principe d'habilitation, engagement de l'entourage, structure de la démarche,
- Présence de lien entre les principes de CO-OP et l'engagement occupationnel.

Objectif 3 : Analyser si, du point de vue de l'ergothérapeute, la généralisation de l'utilisation de la stratégie cognitive globale de CO-OP en HDJ favorise l'engagement occupationnel du client avec antécédents d'AVC à son domicile avant le 30 mai 2022.

Critères d'évaluation : qualitatif par entretien-semi directif

- Présence d'au moins une composante de l'engagement occupationnel en HDJ et à domicile,
- Présence d'éléments composants la stratégie cognitive globale de CO-OP comme stratégie, analyse, objectif, plan, fait, vérifier, résolution de problème.

B. Définition de la population

La population a été déterminée au regard des objectifs de l'enquête. Tout d'abord, l'approche CO-OP est une approche qui a été créée pour être utilisée par les ergothérapeutes. Afin d'utiliser cette approche, les ergothérapeutes doivent avoir au préalable été formés à cette approche. Au vu de

l'hypothèse spécifique sur une approche avec des principes spécifiques, le choix de population cible s'est fait sur des ergothérapeutes formés ou sensibilisés à l'approche CO-OP. En effet, ils seront plus à même d'argumenter au vu de ses principes spécifiques ainsi que des raisons de cette approche, et si elle est intéressante ou non auprès de la population AVC dans le contexte d'HDJ. De plus, les ergothérapeutes devront avoir eu une expérience en HDJ et/ou en HC. Les ergothérapeutes en HC ayant des clients pouvant réaliser des week-ends thérapeutiques, ont une vision du client chez lui. Ils pourront se projeter dans l'utilisation de l'approche CO-OP en HDJ. Des ergothérapeutes ayant une expérience de 3 ans minimum auprès de personnes avec antécédent d'AVC, ont été intégrés afin qu'ils aient des connaissances sur les séquelles physiques, cognitives mais aussi affectives de l'AVC. Les ergothérapeutes travaillant en UNV, ont été exclus car en à ce stade de leur parcours de soin, les clients avec antécédent d'AVC ne sont pas retournés chez eux depuis le début de leur hospitalisation.

Un échantillon non représentatif mais caractéristique de la population a été réalisé. Les ergothérapeutes répondent alors aux critères d'inclusion et d'exclusion cités plus haut et résumés dans le tableau ci-dessous :

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeutes diplômés d'état • Ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillé avec une population avec antécédent d'AVC • Ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillé en HC ou HDJ • Ergothérapeutes formés ou sensibilisés à l'approche CO-OP
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeutes travaillants en UNV • Ayant une expérience de moins de 3 ans avec la population AVC

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la population de l'enquête

C. Outil d'investigation

L'entretien semi-directif a été choisi comme moyen d'investigation afin de valider ou non mon hypothèse. Cet outil permet de recueillir un discours développé qui pourra refléter le cheminement de réflexion de l'ergothérapeute de terrain sur la prise en compte d'une diminution ou non de l'engagement occupationnel, de sa manière d'accompagner et aussi sur l'intérêt ou non de l'approche CO-OP. En effet, cet outil permet d'avoir la description d'un processus et l'analyse de ses résultats (Imbert, 2010). L'ergothérapeute pourra, d'une part développer autour d'expériences concrètes et d'autre part pouvoir exprimer ses points de vue en donnant des réponses détaillées et argumentées par la présence de questions ouvertes.

De plus, ce sujet ayant un regard centré sur les occupations, son vocabulaire est donc spécifique. Cet outil permet, si besoin, de donner des définitions aux termes, ou d'adapter le vocabulaire pour rendre les questions plus accessibles (Lugen, 2015). En effet, l'intérêt de l'entretien semi-directif est de créer une conversation fluide avec l'ergothérapeute, qui se déroulera dans l'écoute et le partage (Imbert, 2010).

Avant de réaliser l'entretien, favoriser une relation de confiance est essentielle afin que l'ergothérapeute interrogé puisse avoir un discours authentique. Pour cela, en amont, lors du premier contact, une présentation du sujet, de l'objectif de l'entretien, des modalités de passation et un recueil de consentement avec l'accord du partage des résultats a été réalisés (Imbert, 2010). Puis au début de l'entretien, rappeler les conditions de passation : durée, modalité de recueil et consentement pour un enregistrement anonymisé et supprimé à la fin de l'analyse (Lugen, 2015).

Un guide d'entretien fait maison² a été réalisé. Il est composé de questions regroupées par thème au regard des objectifs afin de balayer l'ensemble du sujet. Les premières questions permettent de recueillir les expériences professionnelles de l'ergothérapeute puis se succèdent les thèmes : - Thème 1 : Les interventions en ergothérapie pouvant favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC - Thème 2 : L'approche CO-OP et l'engagement occupationnel – Thème 3 : La stratégie cognitive globale de l'approche CO-OP et l'engagement occupationnel au domicile.

Les questions sont principalement des questions ouvertes afin de permettre une liberté de parole à l'ergothérapeute. Les questions posées sont hiérarchisées afin d'ouvrir le sujet d'une manière générale puis sont plus spécifiques. Des questions de relances ouvertes et/ou fermées sont intégrées dans le guide d'entretien afin de recueillir les informations voulues (Lugen, 2015). La première question de l'entretien est de demander à l'ergothérapeute de se présenter et la dernière question est de lui demander si un deuxième contact serait possible au vu d'éclaircissement si besoin. Afin de faciliter les échanges, la grille d'entretien contient le terme « patient » et non pas « client » car il est plus utilisé dans le milieu du soin.

Pendant et à la fin de l'entretien, une prise de notes sur le contexte de l'entretien a été réalisée afin d'avoir des éléments supplémentaires pouvant compléter l'analyse.

Un entretien test a été réalisé auprès d'une ergothérapeute travaillant en HDJ auprès d'une population AVC sensibilisée à l'approche CO-OP. Ce test a permis de modifier le guide d'entretien pour améliorer sa pertinence.

² Cf. Annexe 2

D. Passation de l'enquête

Le recrutement des participants a été réalisé par la diffusion d'une annonce par mail, par réseaux sociaux, par appel téléphonique et par l'intermédiaire des contacts de ma maitre de mémoire, de tuteurs de stage, de camarades de classe, de formateurs et de contacts des ergothérapeutes avec qui l'entretien s'est déroulé. Afin de respecter les règles de confidentialité, les personnes incluses dans ce projet de recherche étaient informées des objectifs du projet et ont donné leur consentement pour participer. Toutes leurs données personnelles ont été anonymisées.

Voici un organigramme représentant les réponses des ergothérapeutes lors des recherches de contacts pour l'enquête :

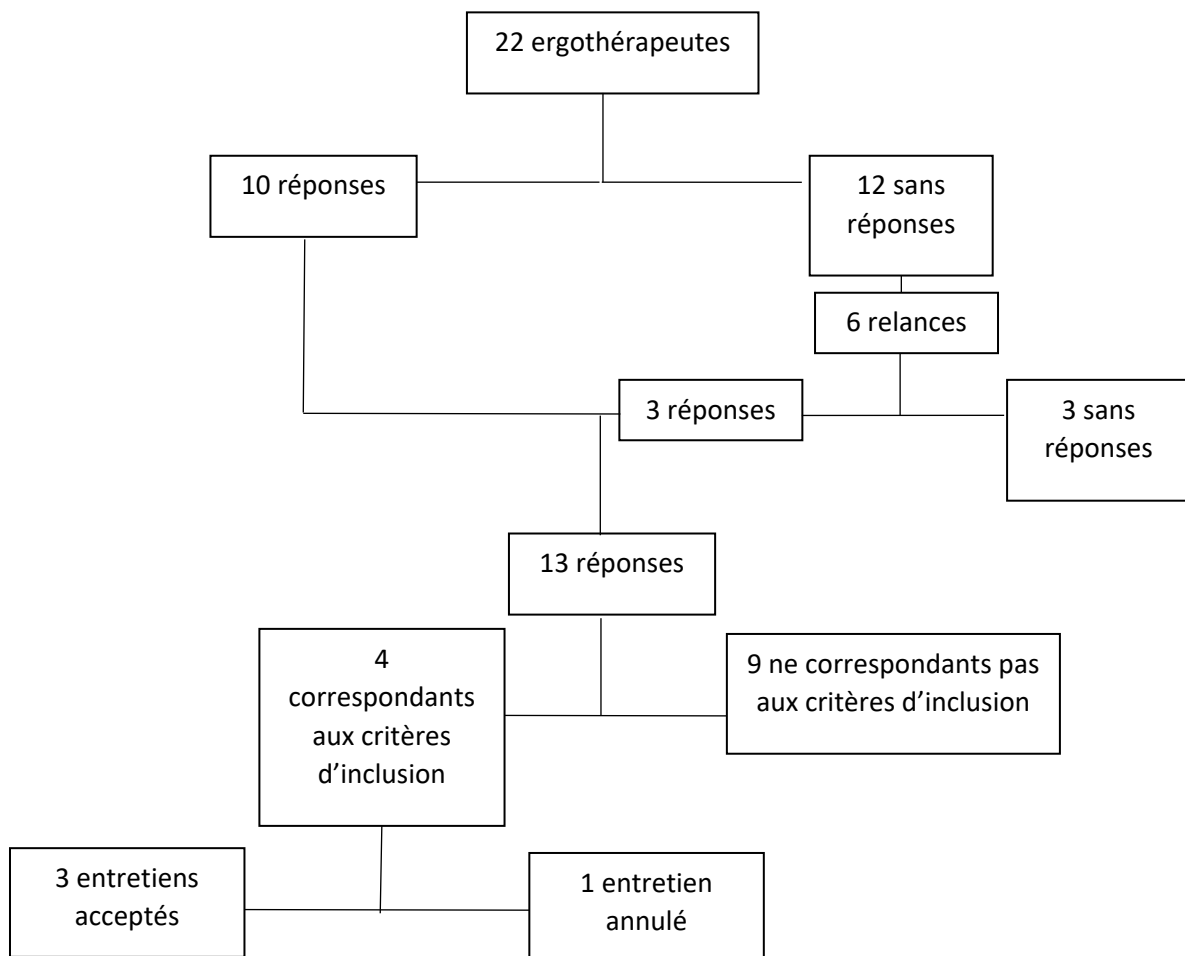


Figure 2 : Organigramme des réponses à l'enquête

L'enquête suivante repose sur la réalisation de trois entretiens, le tableau ci-dessous permet de présenter les ergothérapeutes interrogées :

	Ergothérapeute 1 (E1)	Ergothérapeute 2 (E2)	Ergothérapeute 3 (E3)
Année du diplôme	2015	2019	2014
Années d'expérience en neurologie adulte	7 ans en HC avec week-ends thérapeutiques	3 ans en HC avec week-end thérapeutique et HDJ	4 ans en HDJ, aujourd'hui en HAD-R
Année de formation ou de sensibilisation à l'approche CO-OP	Formée à l'approche CO-OP en 2020	Cours sur l'approche CO-OP en 2 ^{ème} année d'étude d'ergothérapie 2017-2018	Formée à l'approche CO-OP en 2018
Autres formations réalisées	AMPS, MCRO	MCRO	Troubles cognitifs, positionnement, MCRO, AMPS

Tableau 2 : Présentation des ergothérapeutes interrogés

E. Méthode d'analyse des données qualitatives

Afin de réaliser l'analyse des entretiens, une retranscription écrite a été réalisée pour chaque entretien, à la suite de plusieurs lectures, une identification d'éléments répondants aux critères d'évaluation de chaque objectif a été réalisée. Enfin, une analyse transversale entre les différents ergothérapeutes et une analyse longitudinale des éléments répondants à chaque objectif pour un même ergothérapeute a été réalisée. La partie suivante présente, par thème, les résultats bruts ainsi que leur analyse. Chaque thème est composé de 2 ou 3 sous-objectifs qui seront détaillés par la suite. Une conclusion sur chaque objectif est présente au fur et à mesure de la partie.

F. Présentation des résultats bruts et analyse des résultats

Thème 1 : Les interventions en ergothérapie pouvant favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC

Le tableau ci-dessous représente les réponses données aux questions du thème 1 par chaque ergothérapeute :

Thème 1 : Les interventions en ergothérapie pouvant favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'Accident Vasculaire Cérébral	
Sous- objectifs et questions	
<p>Sous-objectif : Identifier si l'ergothérapeute identifie des difficultés d'engagement occupationnel.</p> <p>Questions : Pour vous, quelles sont les problématiques les plus courantes qui limiteraient les personnes post-AVC dans la réalisation de leurs occupations ? Que pensez-vous de l'engagement occupationnel des personnes post-AVC ?</p>	<p>E1³ : il y a « les troubles cognitifs » l'« aspect physique » et « l'anosognosie ». Ce n'est « pas toujours évident pour quelqu'un de s'engager »</p>
	<p>E2 : « ça peut être hyper déstabilisant, démotivant [ils] ne veulent plus le faire. » Et « couteux en énergie [...] il y a la fatigue », « la dépression post-AVC [...] qu'on retrouve beaucoup [...] se dévaloriser constamment. » Donc « le côté psychologique impact beaucoup l'engagement dans les occupations des personnes [...] qui leur tenait à cœur auparavant. »</p>
	<p>E3 : « apathie qui vont limiter leur motivation ou des troubles cognitifs » « les personnes qui sortent, d'hospitalisation complète et qui rentrent chez eux il y a une baisse de motivation » « des fois le retour à la maison [...] ils [les patients] perdent complètement sens [...] donc ça c'est difficile. »</p>

³ Cf. Annexe 3

<p>Sous-objectif : Identifier la démarche d'accompagnement de l'ergothérapeute pour favoriser l'engagement occupationnel.</p>	<p>E1 : « en premier lieu donc l'usage de de la MCRO « les objectifs », « c'est peut être un premier engagement [...]elle va déterminer les objectifs [...] des problèmes occupationnels » aussi le « AMPS j'ai été aussi formée CO-OP [...] ce qu'on appelle CO-OP pich est pas vraiment la pratique CO-OP », « CO-Opich ça va être [...] utiliser quand même l'idéologie de CO-OP », « le 2^e point c'est aussi [...]les séances [...] ils arrivent dans la salle d'ergothérapie bah ils aperçoivent directement [...] les objets du quotidien » mais « ils comprennent pas toujours pourquoi » mais « les patients peuvent peut être parler entre eux ».</p>
<p>Question : Que pensez-vous du rôle de l'ergothérapeute face à la diminution de l'engagement occupationnel des patients post-AVC ? Comment avez-vous identifié cette baisse d'engagement occupationnel auprès de la population post-AVC ? Quelles interventions réalisez-vous afin de favoriser leur engagement dans leurs occupations ?</p>	<p>E2 : « on a vraiment le rôle d'accompagnement [...] à la limite du coaching « c'est « faire émerger [...], ses occupations [qui]ont du sens pour eux et [...] le sentiment ou le plaisir qu'ils prenaient à faire ces activités-là ». « on se sert souvent des loisirs qui sont passés [...] j'impose ces activités-là [...] ça permet de faire émerger des situations qui leur posent des problèmes » « j'utilise beaucoup la vidéo [...] j'essaie de faire en sorte qu'ils regardent sur quoi ils sont en difficulté, sur quoi ils peuvent agir, comment ils peuvent le faire ». En HDJ « on fait émerger grâce à la MCRO [...], je pars directement sur les mises en situations [...même si] on est très limité par tout ce qui est organisation de l'institution »</p>
	<p>E3 : »j'utilise la MCRO [...] ça permet de réengager la personne dans son accompagnement [...]dans des objectifs qu'elle aura choisi », « C'est pas toujours facile pour eux de parler de difficulté [...] moralement c'est dur mais ça permet de les réengager un petit peu quand ils ont perdu l'engagement lié au retour à domicile « « on fait ensemble partie d'une équipe [...]ça nous permet [...]d'initier des difficultés « , « je les fais participer au maximum », « J'essaye [...]je n'utilise pas CO-OP », « j'appellerais posture CO-OP »</p>

Tableau 3 : Réponses données aux questions du thème 1 par chaque ergothérapeute

Le premier sous-objectif est de déterminer si l'ergothérapeute identifie des difficultés d'engagement occupationnel.

Spontanément, E1 et E3, n'identifient pas de difficultés d'engagement alors que E2, si. E1 relève que ce n'est pas toujours facile de s'engager, E2 et E3 identifient la démotivation ou baisse de motivation et E3 évoque aussi la perte de sens dans les activités.

Les trois ergothérapeutes identifient d'autres limitations à la réalisation des occupations par le client. Spontanément, E1 et E2 identifient les troubles cognitifs comme étant les limites les plus courantes quant à la réalisation des occupations des clients avec antécédent d'AVC. E3 identifie l'apathie qui va

limiter la motivation comme limitant couramment la réalisation d'occupations. E2 identifie le côté psychologique impactant l'engagement dans les occupations. E1 rajoute les aspects physiques et l'environnement. E2 quant à elle, identifie la famille comme limitant la réalisation d'occupation.

Le deuxième sous-objectif est d'identifier la démarche d'accompagnement de l'ergothérapeute pour favoriser l'engagement occupationnel.

Les trois ergothérapeutes réalisent des interventions afin de favoriser l'engagement occupationnel. Les trois ergothérapeutes citent l'outil « *MCRO* » pour que le client définisse ses propres objectifs. E1 et E3 appuient en notifiant que c'est un premier engagement ou que ça permet de réengager le client dans l'accompagnement. Pour E2, qui travaille en HC et HDJ, c'est un outil qui est utilisé de manière spontanée en HDJ. Lorsque le client n'arrive pas à identifier de difficultés, elle impose les objectifs de loisirs qui étaient réalisés avant l'AVC, à la différence de E1 et E2 qui n'imposent pas d'objectif. E1 utilise l'outil AMPS pour identifier les objectifs alors que les 2 autres ne l'utilisent pas.

Puis les trois ergothérapeutes accompagnent de manière différente. Afin de favoriser l'engagement occupationnel lors de l'accompagnement en ergothérapie, E1 et E3 utilisent à leur manière l'approche CO-OP, E1 par « *CO-OP pich* » et E3 par une « *posture CO-OP* », les deux ergothérapeutes notifiant bien qu'elles n'utilisent pas l'approche CO-OP avec tous ces principes et étapes. E1 spécifie que ce qui favorise l'engagement occupationnel est de réaliser les séances dans un environnement composé d'objets se rapprochant du quotidien du client et s'appuie sur les échanges des patients entre eux sur les bénéfices des mises en situations. L'ergothérapeute E3 quant à elle, est dans un objectif de favoriser l'engagement occupationnel par une collaboration entre le client et l'ergothérapeute comme une équipe, en faisant participer le client et ce qui permet d'initier des problématiques occupationnels.

E2 ne parle pas de l'approche CO-OP, pour favoriser l'engagement occupationnel, elle insiste sur le fait d'accompagner pour faire émerger un sentiment de plaisir qu'il pouvait ressentir avant l'AVC et/ou de faire émerger des difficultés pendant la réalisation. E2 utilise beaucoup la vidéo pour faire prendre conscience au client de ce qu'il est capable de faire ou non, mais les mises en situations ne sont pas toujours réalisables.

Pour conclure, les ergothérapeutes identifient les difficultés d'engagement occupationnel. Les trois ergothérapeutes réalisent des interventions dans le but de favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC.

Thème 2 : L'approche CO-OP et l'engagement occupationnel

Le tableau ci-dessous représente les réponses données aux questions du thème 2 par chaque ergothérapeute :

Thème 2 : L'approche CO-OP et l'engagement occupationnel	
Sous-objectifs et questions	
<p>Sous-objectif : Obtenir la signification et l'objectif de l'approche CO-OP perçu par l'ergothérapeute comme favorisant l'engagement occupationnel à domicile.</p> <p>Questions : Etant formés ou sensibilisé à CO-OP, pouvez-vous définir l'approche ? Que pensez-vous de l'utilisation de l'approche CO-OP auprès de patients post-AVC ?</p>	<p>E1 : <i>"j'utilise pas les [...] étapes qui sont données [dans CO-OP comme] l'évaluation" "c'est que ce soit eux qui trouvent leurs stratégies.", "la dernière étape c'est là généralisation [...] après face à un nouveau [...] problème occupationnel elle peut utiliser cette même méthode qui lui permet de trouver des stratégies [...] pour réaliser ses occupations" ""on a aménagé notre environnement du service" et "travail en chambre"</i></p> <p>E2 : <i>L'objectif c'est qu'ils "reproduisent plus souvent" l'activité, " que ça soit eux qui le trouve [...] ça permet l'engagement en tant qu'acteur dans la réalisation de leurs occupations qui sont importantes pour eux", il y a "une partie de réflexion, d'analyse, réflexion, d'analyse, d'action, puis à nouveau d'analyse, de réajustement". "c'est d'essayer de transposer [...] les stratégies qui ont émergé [...] à une autre activité qui est similaire et après l'utiliser pour un peu toutes les activités de la vie quotidiennes". L'"idée de faire intervenir la personne [...] c'est vraiment eux qui essaient de [...] faire ressortir des points positifs ou des axes d'amélioration"</i></p> <p>E3 : <i>"c'est à dire essayer que le patient trouve sa propre stratégie [...] pour déjà l'initier au mieux dans son quotidien pour réussir à trouver d'autres stratégies à d'autres moments de difficultés occupationnels et de l'engager plus", "Ne pas donner la réponse, d'essayer de trouver des points d'échecs, que le patient trouve ses stratégies Faire But Plan Faire Modifier, ça je le fais", "CO-OP c'est l'idée qu'on ne résout pas forcément toutes les activités en séance mais que la technique de réfléchir à une stratégie soit proposé aux autres activités [...] au domicile ou ailleurs d'ailleurs, [...] le but [...] ça lui permet à la maison de pas dépendre d'un thérapeute et de continuer à être engagé dans une reprise d'autonomie [...] on insiste sur but plan fait vérifie, qu'il faut que la personne se le dise à chaque fois qu'il y à quelque chose de difficile. "</i></p>
<p>Sous-objectif : Analyser si les principes de CO-OP sont utilisés.</p>	<p>E1 : <i>"avec un patient j'utilise CO-OPich" "je n'utilise pas le mot CO-OP ". Avec "un objectif qu'on a posé ensemble de part la MCRO et c'est autour de l'habillage", "on est entrain d'essayer de trouver des stratégies pour qu'ils puissent mettre ses lacets tout seul"</i></p>

<p>Questions : Si vous avez utilisé l'approche CO-OP avec un patient post-AVC, pouvez-vous me décrire comment vous l'avez utilisé ? Pouvez-vous me décrire une séance type ? Quel est le cadre temporel de vos interventions ? Combien de séances avez-vous et combien de temps durent-elles ? A combien de temps de son AVC ?</p>	<p><i>LIMITES : "on peut pas toujours pratiquer CO-OP de manière systématique et de manière standardisé" "d'ailleurs il s'en est aperçu dans notre centre étant donné qu'on a énormément de patients qui viennent d'origines différentes. C'est pas toujours évident de d'utiliser CO-OP qui est peut être plus orienté vers l'occident, des pays occidentaux, peut-être" "parler français" et "la culture " "en séance s'engager sur des choses analytique en pensant que [...] ça peut être leur être utile" En séance "pas toujours très évident, les personnes [...] imaginent [...]des choses assez analytiques [...]" " Je l'ai aussi pas assez pratiquer moi-même" "peuvent pas avec des troubles cognitifs trop important "</i></p> <p><i>E2 : Avec "une activité imposée dans un premier temps pour pouvoir [...] redonner l'envie" et ensuite " on analyse vraiment tout [...] j'aime bien filmer [...] après d'essayer de trouver une stratégie d'eux même dans un premier temps, en fin j'aime bien leur poser des questions [...]on essaye d'indicer un peu, sans donner forcément une stratégie" "on le fait jamais d'une manière écrite, de souvenir de ce que CO-OP faisait, c'est un peu ce qu'on fait [...] c'est pas stricto sensus CO-OP mais c'est l'esprit de CO-OP que j'utilise."</i></p> <p><i>LIMITES : "dans l'hôpital public en termes de moyens on est très limité". "très personne-dépendante, c'est très moment-dépendant " "temps-dépendant" emplois du temps, "c'est hyper difficile de l'appliquer en HC enfin je trouve [...] ils sont un peu chouchouté [par] les aides-soignants", "les équipe tournent tout le temps, ça épuise à force de répéter" et "par manque de temps aussi ".</i></p> <p><i>E3 : "un patient [...]AVC droit avec une hémiplégie gauche qui avait une énorme apathie [...] qu'il empêchait de prendre des initiatives [...] il voulait pouvoir tartiner ses tranches de pain le matin donc j'avais essayé CO-OP avec lui pour qu'il puisse trouver une stratégie pour tartiner son pain ", "On avait fait pour l'habillage aussi et en fait si je n'étais pas à côté, il arrivait à reprendre le principe but plan fait vérifie [...] je pense que cognitivement il était à la limite ", "le but c'est que vous ne dépendiez pas de moi, moi si vous avez plus besoin de moi pour réfléchir à une situation, c'est encore mieux, que ce soit au niveau du matériel qu'au niveau d'une situation." . "il y a besoin d'une séance entière pour apprendre aux patients à faire but plan, faire vérifier. Là, ça je ne le fais pas, je ne fais pas le PQRS par exemple [...] parce que ça me prenait un peu plus de temps"</i></p> <p><i>LIMITES : "j'ai un peu oublié les étapes" et "ça me prenait un peu plus de temps"</i></p>
--	--

Tableau 4 : Réponses données aux questions du thème 2 par chaque ergothérapeute

Le premier sous-objectif est d'obtenir les principes et l'objectif de l'approche CO-OP perçu par l'ergothérapeute comme favorisant l'engagement occupationnel à domicile.

Par l'analyse du thème 1, nous pouvons en conclure que les trois ergothérapeutes établissent des objectifs identifiés par le client, ce qui permet un engagement des clients avec antécédent d'AVC pour E1 et E3. E1 et E2 identifient que le client doit trouver ses propres stratégies et E2 spécifie que le client est acteur. E1 et E2 définissent l'approche CO-OP en parlant de stratégies, E2 l'explique en décrivant la stratégie qui permet d'engager le client c'est le fait d'alterner entre de la réflexion et de l'analyse pour terminer sur un réajustement. E3 définit l'approche CO-OP en parlant de la technique pour réfléchir à une stratégie qui est But-Plan-Fait-Vérifie qui permet au client de s'engager plus et de rester engagé à domicile. De plus, E3 essaie que le client trouve les points d'échec et ne donne pas la réponse lorsqu'elle utilise cette technique.

De plus, les trois ergothérapeutes identifient l'objectif de l'approche CO-OP comme étant la généralisation en dernière étape pour E1, le fait de transposer les stratégies cognitives à d'autres activités pour E2 et enfin qui permettrait d'utiliser la technique de réflexion d'une stratégie à d'autres activités dans différents environnements avec l'objectif de rester engagé pour E3.

Pour terminer, E1 est le seul ergothérapeute qui relève l'évaluation comme étant un principe de l'approche CO-OP.

Le deuxième sous-objectif est d'analyser si les principes de l'approche CO-OP sont utilisés dans la pratique des ergothérapeutes.

Les trois ergothérapeutes ont connaissance qu'elles ne réalisent pas l'approche CO-OP de manière stricte, même si E1 et E3 sont formées. E1 dit utiliser « *CO-OP ich* » et E2 « *l'esprit de CO-OP* » et E3 « *posture CO-OP* ». Elles identifient des limites à l'utilisation de l'approche CO-OP.

Par les exemples qu'ont partagés les ergothérapeutes lors de l'entretien, il en est ressorti un exemple concret pour E1 qui est en plein accompagnement avec un client avec antécédent d'AVC, E3 qui a terminé son accompagnement avec un client AVC hémiplégié gauche, apathie et troubles cognitifs et enfin, une pratique générale décrite pour E2.

E1 et E3 ont défini l'objectif de l'accompagnement avec le client pour tendre à engager ce dernier comme vu dans le 1^{er} sous objectif du thème 2. E2 impose une activité plaisir au client mais l'objectif peut aussi être défini par la MCRO en HDJ, de plus elle n'associe pas le fait que l'objectif soit défini avec lui comme un facteur qui permettrait d'engager celui-ci comme l'ont cité E1 et E3.

Les trois ergothérapeutes s'impliquent dans leur accompagnement. En effet, E1 s'implique dans la recherche de stratégie avec son client comme E2 qui s'implique lorsque le client s'est vu en

vidéo et qu'il a essayé de trouver des stratégies, l'ergothérapeute s'implique dans l'analyse en posant des questions ou en indiquant sans donner la réponse. Enfin E3 qui s'implique en soutenant le client dans la réflexion devant une situation. En effet, E3 s'implique dans la recherche des points d'échec sans donner la réponse lorsqu'il faut trouver une stratégie qui pour elle, lui permet de s'engager. Alors que E1 ne fait pas de lien entre l'engagement du client et l'utilisation de la stratégie.

E3 a utilisé l'approche CO-OP qu'elle définit par le But Plan Fait Vérifie afin que le client trouve des stratégies pour l'activité tartinage puis pour l'activité habillage. Elle dit plus haut que l'engagement de la personne est permis par l'utilisation de stratégie pour d'autres activités.

Les ergothérapeutes formées à l'approche CO-OP, E1 et E3, ont conscience qu'elles n'utilisent pas l'évaluation et le PQRS qu'elles identifient comme éléments de l'approche CO-OP.

Pour conclure, alors que les trois ergothérapeutes ont conscience qu'elles n'utilisent pas l'approche CO-OP de manière stricte, elles utilisent certains éléments qu'elles associent à l'approche CO-OP qu'elles identifient comme ayant un impact sur l'engagement du client.

Thème 3 : La généralisation de la stratégie cognitive globale de CO-OP et l'engagement occupationnel au domicile.

Le tableau ci-dessous représente les réponses données aux questions du thème 3 par chaque ergothérapeute :

Thème 3 : Le transfert et la généralisation de la stratégie cognitive globale de CO-OP et l'engagement occupationnel au domicile	
Sous-objectifs et questions	
Sous-objectif : Identifier une amélioration de l'engagement occupationnel en séance.	<i>E1 : "[avec les patients qui donnent plus de sens à l'analytiques] "dans leur chambre pour travailler l'habillage [...]ils nous demandent d'intervenir" "on va trouver ensemble une stratégie mais ça peut pas aller au-delà"</i>

<p>Questions : De quelle manière les patients post-AVC pourraient s'approprier cette approche pour augmenter leur engagement occupationnel dans la réalisation d'occupation en séance ? Avez-vous observé une amélioration dans la manière d'aborder l'activité en séance ? Est-ce une approche bien perçue par les patients ? ou plutôt difficile pour eux ?</p>	<p>E2 : "j'ai pu le voir dans ma pratique, hein, la personne, elle la [la stratégie] met en place [...], ils prennent conscience [...] ça permet à la personne de s'approprier un peu plus "</p>
<p>Sous-objectif : Identifier une amélioration de l'engagement occupationnel au domicile.</p> <p>Questions : HDJ : Avez-vous déjà identifié des résultats sur l'engagement occupationnel des patients à leur domicile ? HC : Je sais que vous ne travaillez pas en HDJ, mais est-ce que vous pensez qu'il y aurait une utilité à utiliser CO-OP en HDJ auprès de la population AVC ? Comment les avez-vous identifiés ?</p>	<p>E3 : "au moins il avait essayé de trouver des stratégies tout ça"</p> <p>E1 : en chambre "avec une patiente, j'ai travaillé pendant 2 mois chaque semaine la toilette habillage [...]j'ai arrêté de le travailler parce qu'elle était autonome euh pour ces tâches là et elle n'acceptent plus de les faire". Au domicile "j'ai pas moi de recul en fait, comme j'accompagne jusqu'au retour à domicile [...] je sais qu'ils continuent de faire des progrès de ce que j'entends mais je ne saurais pas dire si c'est lié à CO-OP ou autre chose"/ "Absolument oui oui, quel que soit le mode d'hospitalisation [...] enfin dès qu'on est au plus près du quotidien de la personne, de son environnement euh je pense que c'est un très bon outil oui." "encore plus puissant"</p> <p>E2 : "oui franchement oui. Oui, alors je t'avoue qu'en HC c'est pas très parlant mais auprès de personnes qui viennent en hospitalisation de jour, ah oui"</p> <p>E3 : "ça oui il y arrivait [à tartiner seul chez lui] [...]il y arrivait en tout cas des dire de tout le monde" "mais je pense que derrière tout seul à la maison face à une difficulté, il n'aurait pas recherché des stratégies." "Elles [les auxiliaires de vie] ne veulent pas forcément laisser la personne en difficulté et du coup, elles le font à la place."</p>

<p>Sous-objectif : Identifier une amélioration de l'engagement occupationnel au domicile par l'utilisation de la stratégie cognitive globale de CO-OP.</p> <p>Questions : Selon vous est-ce que l'intégration de la stratégie cognitive globale de CO-OP par le patient lui permet de favoriser son engagement occupationnel au domicile ? Est-ce que vous avez des retours sur le fait qu'il utilise ces stratégies pour d'autres occupations problématiques ?</p>	<p>E1 : /</p>
	<p>E2 : <i>"notamment à 2 ou 3 personnes avec qui j'ai pratiqué [...] disent "ha bah vous savez, maintenant je fais plus comme ça je trouve que c'est plus facile en le faisant autrement. Ça m'arrive de me filmer tout seul, et du coup de me regarder et ho comment je pourrais faire autrement """. Et aussi "pas que sur l'activité travaillé" par exemple «une personne plégique qui a repris la cuisine chez lui [...] j'avais fait en mise en situation [...] il a fait du couscous, il avait trouvé des stratégies pour le faire un peu mieux [...] sur une journée, il "a repris le jardinage aussi en impliquant un peu ce principe d'analyse de la situation, de voir comment il le réalise, comment il peut l'améliorer [...] oui [il s'est lancé seul]"</i>.</p>
	<p>E3 : <i>"j'ai des bons résultats, mais pas forcément sur un patient qui avait eu un AVC [...] je n'ai pas d'exemple en tête"</i></p>

Tableau 5 : Réponses données aux questions du thème 3 par chaque ergothérapeute

Le premier sous-objectif est d'identifier une amélioration de l'engagement occupationnel en séance.

E1, E2 et E3, à la suite de leur accompagnement ont pu observer des améliorations différentes. E1 en HC montre que les clients donnant plus de sens à l'analytique vont spontanément ne pas trouver leurs solutions seuls pour l'habillage notamment. Cependant lorsque l'ergothérapeute réexplique l'objectif, ils vont tout de même essayer de trouver des stratégies en séance. E2 ayant une expérience en HC et HDJ, a observé que les clients s'approprièrent plus la stratégie en HDJ. E3 ayant une expérience en HDJ, a observé que le client était actif dans la recherche de stratégies.

Le deuxième sous-objectif est d'identifier une amélioration de l'engagement occupationnel au domicile.

Cependant, E1 et E2 relèvent des difficultés à observer une amélioration de l'engagement occupationnel au domicile des clients en HC.

E1 en HC où il y a la présence de week-ends thérapeutiques, a une expérience en chambre avec une cliente qui n'est pas à son domicile. Elle explique que la cliente ne réalise pas sa toilette tandis qu'à la suite d'une approche utilisant des éléments de CO-OP elle était autonome. Sinon, elle explique ne pas avoir de recul pour observer des améliorations au domicile. Elle a des retours sur des améliorations au domicile par ses collègues mais ne peut pas définir si c'est strictement lié à l'approche CO-OP. Cependant elle est d'accord pour dire que l'approche CO-OP permettrait de favoriser l'engagement occupationnel au domicile du client quel que soit le mode d'hospitalisation surtout si celui-ci est proche de l'environnement quotidien du client.

Les ergothérapeutes E2 et E3, en ayant une expérience en HDJ, ont pu observer toutes deux une amélioration au domicile. De manière général pour E2 et par la réalisation de l'occupation travaillé en séance pour E3.

E1 a observé une amélioration de l'engagement occupationnel au domicile de manière plus prononcé en HDJ qu'en HC. E3 affirme que le client arrivait à réaliser son occupation seul chez lui. Elle pense que dans le temps, un des freins peut être la présence des aides humaines qui peuvent entraver la réalisation de l'occupation par le client.

Le troisième sous-objectif est d'identifier une amélioration de l'engagement occupationnel au domicile par l'utilisation de la stratégie cognitive globale de CO-OP.

E1 n'a pas pu donner de réponse à ce sous-objectif (au vu de sa réponse au sous-objectif du dessus). E1 et E3 ont pu observer l'utilisation de stratégies à domicile. En effet, E2 a pu observer sur 2 ou 3 clients chez eux, qu'ils utilisaient la vidéo pour questionner leur manière de réaliser d'autres activités que celle travaillée en séance en mise en situation. Elle décrit l'exemple d'un client qui a utilisé le principe d'analyse, d'observation pour trouver des solutions qu'il a utilisées afin de réaliser un repas puis pour jardiner. Quant à E3, elle a pu observer de bons résultats sur l'utilisation de la stratégie cognitive globale de CO-OP auprès de clients avec antécédent d'AVC, elle spécifie qu'elle l'a observé aussi auprès d'autres types de populations.

Pour conclure, deux ergothérapeutes ont eu des retours des clients sur la réalisation d'occupations travaillées en HDJ et réalisées de manière autonome au domicile par l'utilisation de stratégie.

G. Discussion

1. *Les interventions en ergothérapie pouvant favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC*

Une ergothérapeute sur trois identifie spontanément les difficultés d'engagement occupationnel comme limitant la réalisation d'occupations et les deux autres les identifient bien mais après une question sur le sujet.

En effet, les trois ergothérapeutes évoquent tout d'abord les séquelles de la sphère de la personne (Morin, 2009) comme : les troubles cognitifs, les troubles physiques et enfin l'apathie, l'anosognosie, la fatigue et la dépression post-AVC, qui font partie des troubles affectifs. L'apathie est un trouble du comportement pouvant être présent à la suite de l'AVC, il est lié aux troubles cognitifs (Morin, 2009). L'apathie se caractérise par un manque d'initiation à l'activité et à une démotivation d'origine neurologique (Morin, 2009). De telles séquelles sont citées comme origine des limitations dans la réalisation des occupations du client. En effet, les séquelles de l'AVC étant nombreuses, ceci explique en partie les difficultés de réalisation d'activités de la vie quotidienne (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Mais aussi, l'environnement et la famille qui sont aussi cités comme limitant la réalisation d'occupation par les ergothérapeutes. En effet, comme la réalisation d'occupation est l'interaction entre la personne, les occupations et l'environnement (Law, Carswell, Mc Coll, Polatajko, & Pollock, 2011) alors l'environnement peut aussi être un facteur limitant (Barral, 2008).

Quant aux difficultés d'engagement occupationnel, deux ergothérapeutes identifient une baisse de motivation ou une démotivation. Ici on retrouve une composante de l'engagement occupationnel qui est la motivation (Américan Occupational Therapy Association, 2002) qui crée par définition une baisse d'engagement occupationnel.

Aucune des ergothérapeutes cite l'outil MCRO afin d'identifier des difficultés d'engagement occupationnel. Elles identifient par observations plutôt que d'utiliser un outil. Car en effet, l'engagement occupationnel prend en compte la « *participation* » « *psychologique* » par la signification et la motivation mais aussi « *physique* » par l'observation du client actif, l'initiation et le choix réalisé pour effectuer l'occupation (Morel-Bracq, 2017, p. 88).

Quant à leur type d'accompagnement, les trois ergothérapeutes citent l'outil MCRO pour que les clients définissent leur propre objectif, en effet le MCRO peut être un outil pour identifier les difficultés d'engagement occupationnel et c'est outil qui permet aussi d'intégrer le client dans

l'accompagnement en posant des objectifs centrés sur le client (Faure, Martinen, & Maury, 2013) et (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). Lorsque les ergothérapeutes définissent les objectifs avec le client alors elles prennent en considérations la valeur que porte le client à ses occupations entre autres (Pierce, 2016), c'est pour cela que leur démarche est dite centrée sur le client. Pour aller plus loin, ce concept d'être centré sur le client est un des éléments fondamentaux de l'approche CO-OP qui est lié au principe de buts choisis par le client (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). Pour deux ergothérapeutes, l'outil MCRO permet un premier engagement ou de réengager la personne. En effet, le principe de but choisi par le client est un principe qui peut être associé à un des éléments de la pleine conscience occupationnel qui est l'intention (Reid, 2011) .

Une des ergothérapeutes n'utilise pas la MCRO pour tous ses clients avec des difficultés d'engagement occupationnel. Afin de poser un objectif elle impose une activité plaisir. En effet, s'appuyer sur le sentiment de plaisir que peut faire émerger une occupation est un moyen pour favoriser l'engagement occupationnel (Perrochon , Gelineau, Landais, Bernache-Assollant, & Mandigout, 2021).

Une des ergothérapeutes utilise l'outil AMPS afin d'établir des objectifs, en effet c'est un outil qui peut être utilisé et qui est aussi considéré comme centré sur le client (Fisher, 2014).

E1 dit favoriser l'engagement occupationnel par un environnement composé d'objets du quotidien. Un environnement avec des objets du quotidien permet de dire que la démarche est à visée écologique (Guilhard, 2007). L'ergothérapeute en identifiant son environnement comme se rapprochant du quotidien, elle fait ici référence au principe d'habilitation de l'approche CO-OP (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017).

E3 quant à elle, dit favoriser l'engagement occupationnel par une forte collaboration avec le client, en le faisant participer ce qui lui permet d'initier des problématiques occupationnelles qui font écho à l'utilisation d'une approche centré sur le client (American Occupational Therapy Association, 2002). Elle intègre entièrement le client dans l'accompagnement dont pour ses objectifs, qui peuvent se référer au principe de but choisi par le client de l'approche CO-OP (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). De plus, pour elle cette collaboration permet l'initiation de l'activité, qui est un concept de l'engagement occupationnel (Américan Occupational Therapy Association, 2002, p. 611).

En effet, ces deux ergothérapeutes disent utiliser des adaptations de l'approche CO-OP pour favoriser l'engagement occupationnel, de fait on retrouve bien dans leur discours des éléments qui peuvent se référer à quelques principes de l'approche CO-OP.

E2, ne cite pas l'approche CO-OP mais on peut cependant retrouver des éléments qui s'y réfèrent dans l'entretien. Elle utilise les mises en situations comme moyen et utilise la vidéo pour aider le client à

observer les points d'échecs et les points forts pour ensuite les analyses. Cette analyse réalisée par le client, est un élément inhérent au principe de stratégie cognitive globale (Johansson, Lilja, Petersson, & Borell, 2007) qui repose sur une analyse de la situation par le client pour qu'il trouve ses propres solutions.

Afin de répondre au premier objectif de l'enquête qui est d'identifier les interventions ergothérapie que les ergothérapeutes utilisent pour favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC avant le 30 mai 2022, les critères d'évaluation au regard des réponses va permettre de valider ou non l'objectif. Suite à l'interprétation des résultats, il en ressort que les trois ergothérapeutes identifient des difficultés d'engagement occupationnel en parlant directement d'engagement ou de motivation. Et puis, que les trois ergothérapeutes réalisent un accompagnement au regard de ses difficultés par la pose d'objectifs et de moyens d'accompagnement. Un des moyens cités est une adaptation de l'approche CO-OP pour deux d'entre elles.

2. L'approche CO-OP et l'engagement occupationnel

Dans la présentation de l'approche CO-OP par les ergothérapeutes et de l'utilisation de cette approche auprès de clients avec antécédent d'AVC, une interprétation du lien entre les concepts d'engagement occupationnel et de l'approche CO-OP a été réalisé. Le but est d'analyser si les trois principes de l'approche CO-OP favorisant l'engagement occupationnel : principe de but choisis par le client, principe de stratégie cognitive globale, stratégie d'habilitation ressortent.

Par rapport aux interprétations au-dessus, deux ergothérapeutes utilisant le principe de but choisis par le client font un lien direct avec le fait que ce principe permet d'engager le client. Les trois ergothérapeutes identifient que le client doit trouver ses propres stratégies et une à l'aide du moyen mnémotechnique But Plan Fait Vérifie de l'approche CO-OP (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). Pour deux ergothérapeute ce principe permet d'engager le client. Enfin, les trois ergothérapeutes identifient en partie l'objectif final de CO-OP (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017) en parlant de généralisation, de transposer à d'autres activités et d'utiliser la stratégie dans l'autre environnement et d'autres activités où il est retrouvé ici les idées du principe d'habilitation. Deux ergothérapeutes sur les trois relèvent pour l'une l'évaluation et l'autre le PQRS dans leur discours. Ces éléments font référence à l'évaluation de la réalisation de l'occupation qui est associée au principe d'analyse dynamique du rendement occupationnel de l'approche CO-OP (Scammell, Bates, Houldin, & Polatajko, 2016).

Voici un tableau récapitulatif afin de présenter le lien que réalisent les ergothérapeutes entre les principes de l'approche CO-OP et l'engagement occupationnel de manière théorique :

Principes de l'approche CO-OP	Nombres d'ergothérapeutes
Engagement occupationnel	
But choisis par le client	3/3
Engagement occupationnel	2/3
Analyse dynamique de la performance	2/3
Engagement occupationnel	0/3
Stratégie cognitive globale	3/3
Engagement occupationnel	2/3
Découverte guidée	0/3
Engagement occupationnel	0/3
Principes d'habilitation	3/3
Engagement occupationnel	0/3
Engagement de l'entourage	0/3
Engagement occupationnel	0/3
Structure de la démarche	0/3
Engagement occupationnel	0/3

Tableau 6 : Lien que réalise les ergothérapeutes entre les principes de l'approche CO-OP et l'engagement occupationnel de manière théorique

Deux ergothérapeutes ont posé l'objectif avec le client qui est retrouvé dans le principe de buts choisis par le client (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). La dernière ergothérapeute peut imposer l'objectif du client qui n'est donc pas un principe de l'approche CO-OP ce qui peut expliquer le fait qu'elle n'associe pas le choix de l'objectif du client comme déterminant de l'engagement occupationnel.

Les trois ergothérapeutes participent à la découverte de la stratégie avec le client. Par la manière où elles l'ont mis en avant montre qu'elles guidaient le client. Cette idée est aussi retrouvée dans l'approche CO-OP comme étant le principe de découverte guidée (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). Une ergothérapeute a utilisé le principe d'habilitation pour l'utilisation de la stratégie cognitive globale pour deux occupations différentes, qui se réfère au transfert (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). Il semble que cette dernière a pu l'utiliser par rapport aux autres car elle s'est basée sur un exemple d'accompagnement terminé alors que les autres non.

Voici un tableau récapitulatif afin de présenter les principes de l'approche CO-OP utilisé en pratique par les ergothérapeutes :

Principes de l'approche CO-OP	Nombres d'ergothérapeutes
But choisis par le client	2/3
Analyse dynamique de la performance	0/3
Stratégie cognitive globale	3/3
Découverte guidée	3/3
Principes d'habilitation	1/3
Engagement de l'entourage	0/3
Structure de la démarche	0/3

Tableau 7 : Les principes de l'approche CO-OP utilisé en pratique par les ergothérapeutes

Les trois ergothérapeutes relèvent des limites à l'utilisation de l'approche CO-OP, il parait donc important d'aborder ce sujet. En effet, en pratique, les trois ergothérapeutes citent l'approche CO-OP en spécifiant qu'elles ne l'utilisent pas de manière stricte, mais qu'elles utilisent une adaptation de l'approche CO-OP. Elles identifient toutes les trois des limites à l'utilisation de l'approche CO-OP sur le terrain : client peu sensible à une approche occupationnel, peu de moyen matériel à l'hôpital et enfin le manque de temps cité deux fois. En effet, on retrouve dans la littérature des obstacles à la réalisation de pratiques fondées sur les occupations (Baillargeon-Desjardins & Brousseau, 2019). Une ergothérapeute relève aussi les troubles cognitifs qui est bien un critère nommé comme ne pouvant pas permettre l'utilisation de l'approche CO-OP (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). Ce qui ne permet pas d'utiliser l'approche de manière systématique.

Afin de répondre au deuxième objectif de l'enquête qui est de déterminer si, du point de vue de l'ergothérapeute, l'utilisation de l'approche CO-OP permet de favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC avant le 30 mai 2022, les critères d'évaluation au regard des réponses va permettre de valider ou non l'objectif. Suite à l'interprétation des résultats, il en ressort que 4 principes de l'approche CO-OP sont cités ou expliqués par au moins deux ergothérapeutes. Deux principes sont cités comme favorisant l'engagement occupationnel pour au moins deux ergothérapeutes : le principe de but choisi par le client et le but de la stratégie cognitive globale. En pratique, les ergothérapeutes utiliseront les principes cités comme favorisant l'engagement occupationnel et le principe de découverte guidée. Ici, on ne retrouve pas le principe d'habilitation permettant de favoriser l'engagement occupationnel qui est peu utilisé pour l'instant.

3. La stratégie cognitive globale pour la généralisation de l'engagement occupationnel

Les clients en séance vont être actifs pour trouver des solutions, ils peuvent aussi l'utiliser de manière spontanée. L'engagement occupationnel est alors amélioré en séance car on retrouve une composante de l'engagement occupationnel qui est le fait que le client soit actif (American Occupational Therapy Association, 2002).

L'ergothérapeute en HC pense qu'une amélioration de l'engagement occupationnel pourra être observée au domicile cependant elle pense que l'approche CO-OP n'est pas le seul facteur. En effet, la plasticité cérébrale par exemple peut aussi jouer un rôle pour favoriser l'engagement occupationnel. Mais elle affirme que l'approche CO-OP permettrait de favoriser l'engagement occupationnel au domicile du client. De plus, deux ergothérapeutes affirment qu'elles observent une amélioration de l'engagement occupationnel dans les occupations au domicile des clients. Par les interprétations réalisées, il semble que cette amélioration de l'engagement occupationnel ce soit réalisée par l'utilisation de certains principes de l'approche CO-OP.

La réponse de deux ergothérapeutes montre que l'engagement occupationnel a pu être favorisé par l'utilisation de stratégies cognitives globales de CO-OP à domicile.

En réalisant une comparaison des résultats avec la littérature, des similitudes ont émergé. Tout d'abord, une étude a montré qu'une adaptation de l'approche CO-OP permettrait d'améliorer une initiation de l'occupation et donc d'améliorer un engagement occupationnel. Sachant que cette étude a été réalisée sans véritable regard d'ergothérapeutes (Poulin, Korner-Bitensky, Bherer, Lussier, & Dawson, 2017). De plus, une autre étude a montré que l'engagement occupationnel est favorisé par une utilisation de la stratégie de résolution de problème « (Goal-Plan-Do-Check) » soit « But-Plan-Fait-Vérifie » en français, et de la réalisation d'une écoute active des clients (Skidmore, Whyte, Butters, Terhorst, & Reynolds, 2015).

Pour conclure, au vu des résultats et de la littérature, il en ressort que les trois ergothérapeutes réalisent des interventions afin de favoriser l'engagement occupationnel du client avec antécédent d'AVC. De plus, elles utilisent certains principes de l'approche CO-OP et non pas l'approche CO-OP entière pour favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC. Les principes utilisés et mis en lien avec l'engagement occupationnel sont les principes de but choisi par le client et le but de la stratégie cognitive globale utilisé avec le principe de découverte guidée. En effet, l'étude de Poulin et al. de 2017 montre qu'une adaptation de CO-OP permet de favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC. Enfin, du point de vue de deux ergothérapeutes, la généralisation de l'utilisation de la stratégie cognitive globale de CO-OP en HDJ favorise l'engagement

occupationnel du client avec antécédents d'AVC à son domicile. Ce dernier résultat permet d'être en lien avec l'étude de Skidmore et al. de 2015 qui montre que la stratégie « But-Plan-Fait-Vérifie » est un facteur favorisant l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC.

Ces résultats permettent de montrer que l'approche CO-OP n'a pas été utilisée dans son entièreté, mais que la généralisation de la stratégie cognitive globale permet de favoriser l'engagement occupationnel au domicile des clients avec antécédent d'AVC.

Pour rappel, l'hypothèse est que l'utilisation de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) en HDJ permet au client avec antécédent d'AVC d'intégrer une stratégie cognitive globale ce qui permettra de généraliser son engagement occupationnel de l'HDJ au domicile. L'hypothèse est donc partiellement validée, car ce n'est pas par l'utilisation de l'approche CO-OP, mais par une adaptation de l'approche CO-OP que la stratégie cognitive globale permet de favoriser l'engagement occupationnel au domicile.

4. Limites de l'étude

Cependant, lors de l'étude, des limites ont été rencontrées. J'ai rencontré des difficultés à trouver des ergothérapeutes formés à l'approche CO-OP travaillant auprès d'une population AVC, ce qui m'a poussé à modifier le critère d'inclusion de ma population en rajoutant le terme « sensibilisé ». Cependant, avant de modifier les critères, j'avais un entretien prévu avec une ergothérapeute formé à l'approche CO-OP avec qui, après deux entrevus déplacées à cause de contre-temps, l'entrevue a été annulée (cf. Figure 2).

L'utilisation d'entretiens semi-directifs renferme des biais. L'apprentissage est indispensable pour manipuler correctement la technique de l'entretien semi-directif. Pourtant, même si j'ai pu m'expérimenter sur les terrains de stage, les relances ont manqué de précisions. Ce qui semble avoir eu des effets sur le comportement des ergothérapeutes. Celles-ci pouvaient montrer qu'elles avaient déjà répondu à la question ce qui a pu affecter les réponses. De plus, le terme engagement occupationnel n'a pas été défini au début de l'entretien ce qui est peut-être un biais dans l'interprétation des termes « engagement » utilisé par les ergothérapeutes. Enfin, des biais sont apparus lors des entretiens. E1 a eu quinze minutes de retard ce qui a limité l'entretien à vingt-cinq minutes au lieu de quarante minutes prévues. De plus, E2 a eu un contretemps de cinq minutes au bout de dix minutes d'entretien. Ces deux entretiens ont donc été raccourcis ce qui a pu impacter la collecte d'information.

Alors que j'ai inclus des ergothérapeutes en HC, E1, ayant et travaillant essentiellement en HC, n'a pas pu répondre entièrement à mon troisième objectif. En effet, elle n'a pas pu se projeter comme je l'avais imaginé.

Une des limites de cette étude est que moi-même, je ne suis pas formé à l'approche CO-OP. Même si j'ai pu observer et utiliser l'approche de manière non-stricte dans deux terrains de stage avec des enfants. Ce qui peut impacter ma bonne vision de son utilisation de manière stricte.

L'étude présente aussi des limites qui ont été relevé par E1. Cette étude ne permet pas de s'assurer que l'approche CO-OP est le facteur qui a permis de favoriser l'engagement occupationnel au domicile des clients. En effet, des études complémentaires pourraient être réalisées en comparant l'approche de réadaptation avec l'approche CO-OP avec un accompagnement ordinaire afin de s'en assurer.

5. Apports de l'étude

Cette étude a permis d'apporter de nouveaux éléments pour la recherche. En effet, il est montré que l'approche CO-OP aurait plus d'impact sur l'engagement occupationnel au domicile en étant utilisé en HDJ. Aussi, que la stratégie cognitive globale ayant été travaillée par l'utilisation des principes de buts choisis par le client et de découverte guidée en amont en HDJ permet de favoriser l'engagement occupationnel au domicile des clients avec antécédent d'AVC. De plus, cette enquête a permis d'apporter une vision ergothérapique sur l'apport des principes de l'approche CO-OP sur l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC au domicile.

De plus, alors que je pensais que d'avoir des ergothérapeutes différentes (formées et sensibilisée) à l'approche CO-OP serait un frein pour comparer les résultats, une analyse a pourtant été pertinente. En effet, l'analyse a pu être réalisée, car aucune des trois ergothérapeutes n'utilise l'approche CO-OP entièrement, mais elles avaient connaissance des éléments principaux. Même s'il est à noter que les deux ergothérapeutes formés ont relevé des éléments supplémentaires, cela n'a pas été significatif dans les résultats.

Ce mémoire m'a permis de travailler sur la capacité à sélectionner l'essentiel en fonction d'un sujet précis et de garder un fil rouge lors de l'écrit, en sommes, de m'être remis en question pendant le cheminement. Aussi, de m'avoir permis de développer ma capacité de compréhension d'écrit en anglais. Enfin, la réalisation de ce mémoire m'a permis de créer de véritables échanges intéressants avec les ergothérapeutes sur un sujet précis en utilisant un vocabulaire professionnel. Ces entretiens m'ont permis de me rendre compte que réaliser une approche CO-OP, et même une approche basée sur l'occupation est difficile sur le terrain, mais pas impossible.

IV. Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche repose sur la problématique suivante : de quelle manière l'ergothérapeute en Hôpital de Jour peut-il favoriser l'engagement occupationnel à domicile du client avec antécédent d'Accident Vasculaire Cérébral ? L'hypothèse proposée est que l'utilisation de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) en HDJ permet au client avec antécédent d'AVC d'intégrer une stratégie cognitive globale ce qui permettra de généraliser son engagement occupationnel de l'HDJ au domicile.

L'étude réalisée a permis de répondre en partie à la problématique. L'engagement occupationnel au domicile peut être favorisé par une stratégie cognitive globale mais, sans être forcément le fruit de l'utilisation de tous les principes de l'approche CO-OP lors de l'accompagnement en HDJ.

Pour commencer, le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels permet de mettre en relation les différents éléments de la problématique. Le client avec antécédent d'AVC en HDJ présente diverses séquelles qui peuvent persister même après la rencontre des différents professionnels lors du parcours de soin et du mécanisme de plasticité cérébrale se réalisant en parallèle. De plus, par la présence de ces séquelles et d'un environnement au domicile non adapté, la réalisation d'occupations peut être impactée. En effet, les clients avec antécédent d'AVC suivis en HDJ rencontrent des difficultés occupationnelles au domicile, c'est alors à ce stade aussi que l'ergothérapeute à tout son rôle. L'ergothérapeute étant le spécialiste du lien entre l'occupation et la santé, peut être le témoin des difficultés d'engagement occupationnel de ces clients à l'origine des séquelles persistantes et d'un environnement obstacle amenant à des difficultés de rendement occupationnel. Une approche basée sur l'occupation nommée approche CO-OP a prouvé son efficacité auprès de diverses populations afin de favoriser leur rendement occupationnel. Il a donc été intéressant de s'interroger sur son intérêt et plus particulièrement, sur l'un de ces principes : la stratégie cognitive globale, afin de généraliser l'engagement occupationnel de l'HDJ au domicile des clients avec antécédent d'AVC.

Ensuite, la partie expérimentale a permis de faire ressortir que les trois ergothérapeutes utilisent l'approche CO-OP avec principalement quatre de ces principes (cf. Tableau 6) dans le but de favoriser l'engagement occupationnel. Par leurs expériences, elles identifient une amélioration de l'engagement occupationnel en séance et pour les deux d'entre elles ayant une expérience en HDJ, une amélioration de l'engagement occupationnel au domicile par l'utilisation de la stratégie cognitive globale. L'hypothèse est alors validée partiellement.

De fait, cette étude a permis de montrer l'intérêt de l'approche basée sur l'occupation auprès des clients avec antécédent d'AVC. Cette étude m'a permis de développer et d'avoir un regard plus attentif sur l'aspect de l'engagement occupationnel. Dans ma futur pratique, je souhaiterais contribuer à l'évolution de l'ergothérapie en réalisant ce genre de pratique. Alors qu'adopter une pratique basée sur l'occupation semble rencontrer des obstacles sur le terrain, j'espère pouvoir sensibiliser, dans ma futur pratique, les clients et professionnels gravitant autour de lui. Notamment, par une formation à l'outil MCRO et l'approche CO-OP afin d'y contribuer.

Afin d'aller plus loin, des questionnements ont émergé et pourraient faire l'objet de recherche. Est-ce que l'approche CO-OP devrait être adapté aux suivis des clients avec antécédent d'AVC ? Comment les échanges entre les clients sur leurs expériences avec un accompagnement basé sur l'occupation favoriseront leur engagement occupationnel ? Enfin, je proposerai un dernier questionnement : comment permettre une réalisation d'une approche basée sur l'occupation de façon pérenne dans tout type de services ?

Bibliographie

- Acciarresi, M., Bogousslavsky, J., & Paciaroni, M. (2014). Post-Stroke Fatigue: Epidemiology, Clinical Characteristics and Treatment. *European Neurology*, 72(5-6), 255-261.
- American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational therapy practice framework : Domain and process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
- ANAES. (2002). *Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral, aspects paramédicaux*. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- ANFE. (2020). L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France : Une approche centrée sur la personne en situation de handicap et son entourage.
- ANFE. (2022). *La profession d'ergothérapeute*. Récupéré sur ANFE: <https://anfe.fr/la-profession/>
- Ashe, M., Miller, W., Eng, J., & Noreau, L. (2008). Older adults, chronic disease and leisure time physical activity. *Gerontology*, 55(1), 64-72.
- Azouvi, P., Eustache, F., Lambert, J., & Viader, F. (1997). Les syndromes d'hémisphérique : évaluation et rééducation. *Rééducations neuropsychologiques*, 171-196.
- Baillargeon-Desjardins, J., & Brousseau, M. (2019). Les ergothérapeutes francophones européens parviennent-ils à avoir une pratique fondée sur les occupations ? *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 5(1), 81-101.
- Barral, C. (2008). Reconfiguration internationale du handicap et la loi du 11 février 2005. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*(3), 95-102.
- Béjot, Y., Touzé, E., Jacquin, A., Giroud, M., & Mas, J.-L. (2009). Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. *Med Sci*, 25(8-9), 727-732.
doi:<https://doi.org/10.1051/medsci/2009258-9727>
- Bigex, A. (2017). Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie - de l'activité analytique à l'activité signifiante. *Hand Surgery and Rehabilitation*, 36(6), 502.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2017.10.226>
- Black, M., Milbourn, B., Desjardins, K., Sylvester, V., Parrant, K., & Buchanan, A. (2019). Understanding the meaning and use of occupational engagement : Findings from a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(5), 272-287.
- Bohic, N. (2012). Prévention des accidents vasculaires cérébraux et vieillissement : Impact des inégalités sociales et territoriales de santé. *Gérontologie et société*, 35(HS1), 217-227.
doi:<https://doi.org/10.3917/g.s.hs01.0217>
- Bonnet, A., & Touzé, E. (2016). Une cartographie des séquelles. *Cerveau Psycho*, 77(5), 38-41.
- Brown, T., & Chien, C.-W. (2010). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment : which way do we go ? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3).
doi:<https://doi.org/10.4276/030802210X12682330090334>
- Bruguière, P. (2012). La travail clinique en service spécialisé. *Le Journal des psychologues*(9), 41-45.
- Chagnon, J.-Y., Croas, J., Djenati, G., Taly, V., & Weismann-Arcache, C. (2014). Approche clinique des troubles instrumentaux (dysphasie, dyslexie, dyspraxie). *Psycho Sup*, 23-24.

- Charpentier, P., Brun, C., Devaux, E., Durand, A., Roditis, T., & membres du groupe Cotrim SSR ARS Ile de France. (2008). Quelle prise en charge de rééducation en hospitalisation de jour dans les établissements SSR franciliens ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 66, 29.
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*(45), 17-36. doi:10.3917/cont.045.0017
- Colaïanni, D., Provident, I., DiBartola, L., & Wheeler, S. (2015). A phenomenology of occupation-based hand therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 177-186.
- Cott, C., Boyle, J., Fay, J., Sutton, D., Bowring, J., & Lineker, S. (2001). *Client-centred rehabilitation*. Toronto: The Arthritis Society.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre : la psychologie du bonheur*. Paris: Robert Laffont.
- Daviet, J., Dudognon, P., Salle, J., Munoz, M., Lissandre, J., Rebeyrotte, I., & Borie, M. (2002). Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. Bilan et prise en charge. *Encycl Méd Chir, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26-455-A-10, 24.
- Dawson, D., Gaya, A., Hunt, A., Levine, B., Lemsky, C., & Polatajko, H. (2009). Using the Cognitive Orientation to Occupational Performance (CO-OP) with adults with executive dysfunction following traumatic brain injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 115-127.
- De Peretti, C., Grimaud, O., Tuppin, P., Chin, F., & Woimant, F. (2012). Prévalence des accidents vasculaire cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution 2008-2009. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(1), 1-6.
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer US.
- Décret 2-14-562 chaoual 1436. (2015). Pris pour application fr loi-cadre 39-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et SROS-article 2. 13.
- Delpont, B., Blanc, C., Osseby, G., Hervieu-Bègue, M., Giroud, M., & Béjot, Y. (2018). Pain after stroke : A review. *Revue Neurologique*, 174(10), 671-674.
- Doig, E., & Fleming, J. (2016). Occupation-based, client-centred approach to goal planning and measurement. *Rehabilitation Gal Setting : theory, practice and evidence*, 105-211.
- Doussin, A. (2020). Introduction au Modèle de l'Occupation Humaine. *ANFE*, (p. 27). Webinaire.
- Dubois, B., Thiébaud Sanson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. De Boeck Supérieur SA.
- Einstad, M., Saltvedt, I., Lydersen, S., Ursin, M., Munthe-Kaas, R., Ihle-Hansen, H., & Thingstad, P. (2021). Associations between post-stroke motor and cognitive function : a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 21(1), 1-10.
- Ennuyer, B. (2020). La discrimination par l'âge des "personnes âgées" : conjonction de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique vieillesse qui a institué la catégorie "personnes âgées" comme posant problème à la société. *La revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*(17).

- Faure, H., Martinen, A., & Maury, M. (2013). *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée*. Paris: ARTC.
- Fayolle-Minon, I., Aveque, C., Barrois, B., Boyer, F.-C., Brochard, S., Callais, F. al. (2017). *Hospitalisation de jour ou a temps partiel en médecine physique et de réadaptation*. Groupe de travail Rhône-Alpes et FEDMER.
- Fisher, A. G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 97-107.
- Gaju, Y. M., Ngandzali, D. D., Youmbert, A. N., Ossou-Nguet, P. M., & Bileckot, R. (2021). Prise en charge globale des AVC en médecine physique et réadaptation. *Revue Neuropsychologique*, 177, Supplement, 147-148. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.02.046>
- Gallien, P., Adrien, S., Petrilli, S., Durufle, A., Robineau, S., Kerdoncuff, V., Nicolas, B. (2005). Maintien à domicile et qualité de vie à distance d'un accident vasculaire cérébral. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 48(5), 225-230. doi:<https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.02.001>
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2009). Coaching parents to enable children's participation : An approach for working with parents and thei children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(1), 16-23.
- Grès, F. (2017). L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie : traumatisme crânien et anosognosie.
- Guilhard, J.-P. (2007). Ecologie thérapeutique ou thérapie écologique ? Expériences en ergothérapie : vingtième. 28-40.
- Hammell, K. (2013). Client-centred occupational therapy in Canada : Refocusing on core values/Recentrer l'ergothérapie au Canada sur les valeurs fondamentales de la pratique centrée sur le client. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 141-149. doi:10.1177/0008417413497906
- Hartke, R., & Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Topics in stroke rehabilitation*, 22(5), 326-334.
- HAS. (2006). Recommandations pour la pratique clinique prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - aspect paramédicaux . *Service de recommandations professionnelles*.
- HAS. (2009). Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse).
- HAS. (2012). Méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. *Accident vasculaire cérébral*, 11.
- HAS. (2015). Promotion et prescription d'une activité physique adaptés. *Présentation de la Haute Autorité de Santé*.
- HAS. (2020). Fiche : Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC. *Recommander les bonnes pratiques*.
- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2007). La démotivation du sujet âgé. *Gérontologie et société*, 30(121), 115-135. doi: <https://doi.org/10.3917/gs.121.0115>

- Imbert. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.
- INSERM. (2019). *Accident vasculaire cérébral (AVC) La première cause de handicap acquis de l'adulte*. Récupéré sur INSERM: <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
- Johansson, B.-B. (2000). Brain plasticity and stroke rehabilitation : the Willis lecture. *Stroke*, 31(1), 223-230.
- Johansson, K., Lilja, M., Petersson, I., & Borell, L. (2007). Performance of activities of daily living in a sample of applicants for home modification services. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 44-53.
- Jorgensen, H.S., Nakayama, H., Raaschou, H.O., Vive-Larsen, J., Stoier, M., & Olsen, T.S. (1995). Outcome and time course of recovery in stroke. Part I : outcome. The Copenhagen Stroke Study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 76, 399-405.
- Jurkiewicz, M., Marzolini, S., & Oh, P. (2011). Adherence to a Home-Based Exercise Program for Individuals After Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(3), 277-284.
- Kassberg, A.-C., Nyman, A., & Larsson Lund, M. (2021). Perceived occupational balance in people with stroke. *Disabil Rehabil*, 43(4), 553-558.
- Larousse. (2022). *Définition*. Récupéré sur Dictionnaire <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>
- Larsson-Lund, M., Mansson, L., & Nyman, A. (2021). Strategies for Empowering activities in Everyday life : protocole d'étude pour une étude de faisabilité d'une intervention d'ergothérapie sur Internet pour les personnes victimes d'un AVC. 7(1).
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference ? . *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 250-257.
- Law, M., Carswell, A., Mc Coll, M.-A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2011). La mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. (ACE, Éd.) *CAOT*, 4.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans A. c. ergothérapeutes, *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Leclerc, A.-A., & Gosselin, J. (2011). *Intervention précoce et ergothérapie*. Consulté le Janvier 2022, sur Portail enfance: <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/intervention/intervention-precoce/>
- Legg, L., Drummond, A., & Langhorne, P. (2017). Ergothérapie pour les patients ayant des problèmes dans les activités de la vie quotidienne après un AVC. *cochrane Database Syst Rev*.
- Lequerica, A., Donnell, C., & Tate, D. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy : physical and occupational therapist impressions. *Disability and Rehabilitation*, 31(9), 753-760.
- Letts, L. (2011). Optimal positioning of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational therapy*, 78, 209-219.
- Libault, D. (2019). *Rapport de la concertation Grand âge et autonomie-Ministère des Solidarités et de la Santé*.

- Ludovic, D. (2019). *Conception et évaluation d'un système virtuelle pour l'assistance à l'autorééducation du membre supérieur post-AVC*. Université Paris Saclay: Bio-informatique.
- Lugen, M. (2015). Petit guide de méthodologie de l'enquête. *Méthodologie de recherche scientifique, Répertoire des ressources bibliographiques de l'Université Libre de Bruxelles*, 19.
- Maclean, N., & Pound, P. (2000). A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Social science and medicine*, 50, 495-506.
- Marchalot, I. (2016). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel. *Les modèles conceptuels : au fondement de nos pratiques*(62),19-24.
- Marchalot, I. (2019). Concevoir un environnement ergothérapique facilitant l'engagement dans l'occupation. *Participation, occupation, et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*, 443-452.
- Marchalot, I. (2020). Promouvoir l'activité physique : une mission des ergothérapeutes. *ErgOTérapies*, 78, 7-15.
- Markland, D., & Tobin, V. (2004). A Modification to the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire to Include an Assessment of Amotivation. *Journal of Sport dans Exercise Psychology*, 26(2), 191-196.
- Marque , P., Gasq, D., Castel-Lacanal, E., De Boissezon, X., & Loubinoux, I. (2014). Post-stroke hemiplegia rehabilitation : Evolution of the concepts. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(8), 520-529. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.08.004>
- Mattle, H. (2000). L'accident vasculaire cérébral. *Bulletin des médecins suisses*, 81, 1789-1797.
- Mayo, N., Wood-Dauphinee, S., Côte, R., Durcan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 83(8), 1035-1042.
- McAuley, E., Duncan, T., & Tammen, V. (1989). Psychometric Properties of the Intrinsic Motivation Inventory in a Competitive Sport Setting : A Confirmatory Factor Analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60(1), 48-58.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris: De Boeck Supérieur.
- Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgOTérapies*(77).
- Montgomery, P., Jermyn, D., Bailey, P., Nangia , P., Egan, M., & Mossey, S. (2015). Community reintegration of stroke survivors : the effect of a community navigation intervention. *Journal of advanced nursing*, 71(1), 214-225.
- Morel-Bracq, M.-C. (2006). Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie : Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique. *Mémoire de recherche de Master CPFE*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Introduction aux concepts fondamentaux : Les modèles conceptuels en ergothérapie* (éd. 2). De Boeck Superieur.
- Morin, C. (2009). *Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral*. John Libbey.

- Niclot, P., Crassard, I., Cohen, A., & Bousser, M.-G. (2004). Prévention des accidents vasculaires cérébraux. *EMC-Neurologie*, 1(1), 1-20.
- Npochinto Moumeni, I., Njankouo Mapoure, Y., Gracies, J., Moyse, E., Temgoua, M., Moulangu, J., & Moumeni, N.N. (2021). Plasticité musculaire et traitement physique dans la parésie spastique déformante: physiopathologie de la sous-utilisation et réversibilité par le réentraînement intensif. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 21(124), 227-242.
- Olofsson, A., Lund, M., & Nyman, A. (2018). Everyday activities outside the home are a struggle Narratives from two persons with acquired brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.
- Pariel-Madjlessi, S., & al. (2005). La dépression : une complication méconnue de l'accident vasculaire cérébral chez les sujets âgés. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 3(1), 7-16.
- Perrochon, A., Gelineau, A., Landais, H., Bernache-Assollant, I., & Mandigout, S. (2021). Motivation des personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral dans l'auto-rééducation à domicile par le jeu vidéo. *Troyectorias Humanas Trascontinentales*(11).
- Petrilli, S., Durufle, A., Nicolas, B., Pinel, J., Kerdoncuff, V., & Gallien, P. (2002). Hémiplégie vasculaire et retour à domicile. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 45(2), 69-76. doi:[https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(01\)00179-9](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(01)00179-9)
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur SA.
- Plant, S., & Tyson, S. (2018). A multicentre study of how goal-setting is practised during inpatient stroke rehabilitation. *Clinical rehabilitation*, 32(2), 263-272.
- Polatajko, H. J., Mandich, A., & Cantin, N. (2017). *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*. Association canadienne des ergothérapeutes.
- Polatajko, H., Davis, J., Steward, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2008). Préciser le domaine de préoccupation : L'occupation comme base. Dans E. Townsend, & H. Polatajko, *Faciliter l'occupation: L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: CAOT publications ACE.
- Poltawski, L., Boddy, K., Forster, A., Goodwin, V., Pavey, A., & Dean, S. (2015). Motivators for uptake and maintenance of exercise : Perceptions of long-term stroke survivors and implications for design of exercise programmes. *Disability and Rehabilitation*, 37(9), 795-801.
- Poulin, V., Korner-Bitensky, N., Bherer, L., Lussier, M., & Dawson, D. (2017). Comparison of two cognitive interventions for adults experiencing executive dysfunction post-stroke : A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 39(1), 1-13. Récupéré sur <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1123303>
- Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. Hoboken: Wiley.
- Reid, D. (2011). Mindfulness and flow in occupational engagement: Presence in doing. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 50-56.
- Rousseaux, M., Dei Cas, P., Gossery, S., & Jaman, C. (2012). Neuropsychologie (I) : troubles du langage. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 55, 185-190.

- Roussel, M., Godefroy, O., & De Boissezon, X. (2017). Troubles neurocognitifs vasculaires et post-AVC : De l'évaluation à la prise en charge. *Neuropsychologie*, 1-26.
- Rusin, M. (1990). Stroke rehabilitation : A geropsychological perspective. *Arch Phys Med Rehabil*, 71, 914-922.
- Satink, T., Cup, E., Ilott, I., Prins, J., De Swart, B., & Nijhuis-Van Der Sanden, M. (2013). Patients' views on the impact of stroke on their roles and self : A thematic synthesis oh qualitative studies. *Arch Phys Med Rehabil*, 94(6), 1171-1183.
- Scammell, Bates, S., Houldin, A., & Polatajko, H. (2016). The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) : a scoping review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(4), 216-225.
- Seene, M. (2009). L'évaluation écologique. *Un Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*.
- Sharipo, S., Carlson, L., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanism of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 373-386.
- Singam, A., Ytterberg, C., Tham, K., & Von Koch, L. (2015). Participation in complex and social everyday activities six years after stroke : Predictors for return to pre-stroke level. *PLoS ONE*, 10(12).
- Skidmore, E., Whyte, E., Butters, M., Terhorst, L., & Reynolds, C. (2015). Strategy training during inpatient rehabilitation may prevent apathy symptoms after acute stroke. *Physical Medecine and Rehabilitation*, 7(6), 562-570.
- Soins de suite et de réadaptation - SSR*. (2020). Récupéré sur Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
- Sorita, E. (2016). Quel est l'intérêt pour les ergothérapeutes français d'introduire dans leurs pratiques des outils validés d'évaluation de mises en situation dans les activités de la vie quotidienne ? *ErgOthérapie*(63). Récupéré sur ANFE.
- Tang, M., Wang, D., & Guerrien, A. (2020). A systematic review and meta-analysis on basic psychological need satisfaction, motivation, and well-being in later life: Contributions of self-determination theory. *PsyCh Journal*, 9(1), 5-33. doi:<https://doi.org/10.1002/pchj.293>
- Teasell, R., & Hussein, N. (2013). *Clinical consequences of stroke*.
- Touzé, E. (2015). Prévenir l'infarctus cérébral. *Stroke : new therapies*, 84-92.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (éd. 2). Association Canadienne des ergothérapeutes.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II : Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. Ottawa: ACE.
- Townsend, E., Polatajko, H., & Craik, J. (2008). Faciliter l'occupation, l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. *CAOT*.
- Trombly, C. (1993). Anticiper l'avenir : Evaluation de la fonction professionnelle. *American Journal of Occupationnal Therapy*, 47, 253-257.

- Trombly, C. (1995). Eleanor Clarke Slagle Lecture 1995 : Occupation : Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 960-972.
- Trouvé, E., Clavreul, H., Poriel, G., Riou, G., Caire, J.-M., Guilloteau, N., Marchalot, I. (2019). *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. Paris: ANFE.
- Wassenius, C. (2020). *Occupational engagement afeter stroke, a long-term perspective*. University of Gothenburg: Institute of Neuroscience and Physiology. Departement of Health and Rehabilitation.
- WFOT. (2012). *About Occupational Therapy*. Récupéré sur WFOT: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy#:~:text=Occupational%20therapy%20is%20a%20client-centred%20health%20profession%20concerned,to%20participate%20in%20the%20activities%20of%20everyday%20life>.
- Wolf, T., Chuh, A., Floyd, T., McInnis, K., & Williams, E. (2015). Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke : An evidence-based review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1).
- Yao, M., Chen, J., Jing, J., Sheng, H., Tan, X., & Jin, J. (2017). Defining the rehabilitation adherence curve and adherence phases of stroke patients : An observational study. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1435-1441.
- Yelnik, A., & Bradaï, N. (2005). Rééducation du sujet âgé après accident vasculaire cérébral. *Psychol NeuroPsychiatre Vieil*, 3(3), 157-162.
- Yelnik, A.-P., Schnitzler, A., Pradat-Diehl, P., Sengler, J., Devaillly, J.-P., Dehail, P., Rode, G. (2011). Physical and rehabilitation medicine (PRM) car pathways : "Stroke patients". *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 506-518.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2011.09.004>
- Yerxa, E. (1998). Health and the Human Spirit for Occupation. *The American journal of Occupational Therapy*, 52(6), 412-418.
- Zhang, C., Mc Carthy, C., & Craik, J. (2008). Les étudiants à titre d'interprètes du Modèle Canadien du rendement occupationnel et de la participation. *Actualités ergothérapeutiques*, 10.3, 3-5.

Annexes

Annexe 1 : Glossaire	II
Annexe 2 : Guide d'entretien	III
Annexe 3 : Retranscription de l'entretien de E1	V

Annexe 1 : Glossaire

ACE: Association canadienne des ergothérapeutes

HC : Hospitalisation complète

AMPS: Assessment of Motor and Process Skills

HDJ : Hospitalisation de jour

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

ANFE : Association nationale française des ergothérapeutes

MIF : Mesure de l'indépendance fonctionnelle

AVC : Accident vasculaire cérébral

MCREO : Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel

CAOT: Canadian association of occupational therapists

MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel

CCTE : Cadre conceptuel du groupe terminologique de ENOTHE

MCRO-E : Modèle canadien du rendement occupationnel et de l'engagement

CO-OP: Cognitive orientation to daily occupational performance

MCRO-P : Modèle canadien du rendement occupationnel – Participation

EAPA : Educateur d'activité physique adaptée et santé

MPR : Médecine physique et de réadaptation

ENOTHE: European Network of Occupational Therapy in Higher Education

OMS : Organisation mondiale de la santé

SSR : Soins de suite et de réadaptation

HAD-R : Hospitalisation à domicile de réadaptation

UNV: Unité neuro-vasculaire

HAS : Haute autorité de santé

WFOT: World federation of occupational therapists

Annexe 2 : Guide d'entretien

<p>« Bonjour, vous allez bien ? Merci d'avoir accepté d'échanger avec moi pour mon mémoire. Je me représente, je suis Madeline DUCREY étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'école de Créteil, dans le cadre de mon mémoire je réalise une enquête qui porte sur la question de l'engagement occupationnel au domicile des patients avec antécédent d'AVC. L'objectif de cet échange va être de me permettre de valider ou non mon hypothèse de mémoire. On peut compter environ 30 minutes d'échange, je voudrais enregistrer notre échange afin de faciliter mon analyse, m'autorisez-vous à enregistrer ? (Il sera supprimé à la fin de la recherche) et m'autorisez-vous à partager cet entretien qui sera anonymisé ? Est-ce que vous-avez des questions avant de commencer ? Si vous êtes prêt.e, nous pouvons commencer. ».</p>		
Sous objectifs	Questions	Relances
Les expériences professionnelles de l'ergothérapeute		
<i>Obtenir les années d'expérience en ergothérapie et diplôme actuel.</i>	Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?	Quel âge avez-vous ? En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapeute ?
<i>Recueillir les expériences réalisées auprès de population AVC.</i>	Quel a été votre parcours professionnel ?	Dans quel type de service avez-vous travaillé en tant qu'ergothérapeute suite à votre diplôme ? Avec quel type de populations/pathologies/service ? Aujourd'hui, dans quel type de service travaillez-vous ? Depuis combien de temps ? HC : Est-ce que les patients peuvent retourner à domicile quelques jours ?
<i>Identifier une formation à l'approche CO-OP.</i>	Quelles ont été vos formations complémentaires dans le domaine de l'ergothérapie après votre diplôme ?	Quand les avez-vous faits ? Pourquoi avez-vous réalisé une formation sur l'approche CO-OP ?
Thème 1 : Les interventions en ergothérapie pouvant favoriser l'engagement occupationnel des clients avec antécédent d'AVC		
<i>Identifier si l'ergothérapeute identifie des difficultés d'engagement occupationnel.</i>	Pour vous, quelles sont les problématiques les plus courantes qui limiterais les personnes post-AVC dans la réalisation de leurs occupations ?	Que pensez-vous de l'engagement occupationnel dans le service des personnes post-AVC ? Dans mes recherches j'ai relevé que l'engagement occupationnel des patients était très diminué après l'hospitalisation, ceci pouvait les amener à une inactivité au domicile, qu'en pensez-vous ?

<i>Identifier la démarche d'accompagnement de l'ergothérapeute pour favoriser l'engagement occupationnel.</i>	Que pensez-vous du rôle de l'ergothérapeute face à la diminution de l'engagement occupationnel des patients post-AVC ?	Comment avez-vous identifié cette baisse d'engagement occupationnel auprès de la population post-AVC ? Quelles interventions réalisez-vous afin de favoriser leur engagement dans leurs occupations ?
Thème 2 : L'approche CO-OP et l'engagement occupationnel		
<i>Obtenir la signification et l'objectif de l'approche CO-OP perçu par l'ergothérapeute comme favorisant l'engagement occupationnel à domicile.</i>	Etant formés ou sensibilisé à l'approche CO-OP, pouvez-vous définir l'approche ?	Est-ce que vous connaissez des principes de CO-OP ? Pour vous, quels sont ses objectifs ? Que pensez-vous de l'utilisation de l'approche CO-OP auprès de patients post-AVC ?
<i>Analyser si les principes de l'approche CO-OP sont utilisés en pratique.</i>	Si vous avez utilisé l'approche CO-OP avec un patient post-AVC, pouvez-vous me décrire comment vous l'avez utilisé ?	Pouvez-vous me décrire une séance type ? Quel est le cadre temporel de vos interventions ? Combien de séances avez-vous réalisés ?
Thème 3 : Le transfert et la généralisation de la stratégie cognitive globale de CO-OP et l'engagement occupationnel au domicile		
<i>Identifier une amélioration de l'engagement occupationnel en séance.</i>	De quelle manière les patients post-AVC pourraient s'approprier cette approche pour augmenter leur engagement occupationnel dans la réalisation d'occupation en séance ?	Avez-vous observé une amélioration dans la manière d'aborder l'activité en séance ? Est-ce une approche bien perçue par les patients ? ou plutôt difficile pour eux ?
<i>Identifier une amélioration de l'engagement occupationnel au domicile.</i>	HDJ : Avez-vous déjà identifié des résultats sur l'engagement occupationnel des patients à leur domicile ? HC : Je sais que vous ne travaillez pas en HDJ, mais est-ce que vous pensez qu'il y aurait une utilité à utiliser CO-OP en HDJ auprès de la population AVC ?	HDJ : Comment les avez-vous identifiés ? Exemple : Est-ce qu'ils sont plus acteurs pour identifier les points d'échecs ? <i>Si oui</i> : De quelle manière cela a pu être généralisé ?
<i>Identifier une amélioration de l'engagement occupationnel au domicile grâce à la stratégie cognitive globale de CO-OP.</i>	Selon vous est-ce que l'intégration de la stratégie cognitive globale de CO-OP par le patient lui permet de favoriser son engagement occupationnel au domicile ?	Est-ce que vous avez des retours sur le fait qu'il utilise ces stratégies pour les occupations problématiques ?
Conclusion		

<p><i>Avoir des informations complémentaires qui n'auraient pas été abordées pendant l'entretien.</i></p>	<p>Pour terminer, est-ce que vous voulez aborder un point qui vous semble important ?</p>
<p><i>Avoir d'autre contact d'ergothérapeutes et recueillir le consentement à la demande d'autres informations.</i></p>	<p>Est-ce que vous auriez le contact d'ergothérapeute qui pourrait participer à cet entretien ? Est-ce que je pourrais vous recontacter si j'ai besoin de d'autres informations ?</p>

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien de E1

« Etudiante : Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

Ergothérapeute : Non non

Etudiant : okay si vous êtes prête on peut commencer alors pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Ergothérapeute : Okay alors je suis **** j'ai 29 ans, je travaille en neurologie au centre de rééducation de Bobigny de MPR Bobigny je travaille essentiellement en neurologie on a un petit peu d'orthopédie et traumatologie. Euh je suis diplômée depuis 2015 heu j'ai une licence également à Créteil euh et après j'ai fait un master européen que j'avais fait de 2016 à 2018. Donc je suis ergothérapeute à temps plein et je donne des cours d'anglais professionnel à ADERE et je suis membre du comité scientifique de l'ANFE.

Etudiante : D'accord et euh vous avez... quel a été votre parcours professionnel en sortant du de l'école d'ergothérapie ?

Ergothérapeute : alors j'ai travaillé 3 ans au centre de rééducation de Créteil euh pardon à Champigny et euh pendant 3 ans et après j'ai rejoint le centre de Bobigny

Etudiante : d'accord ok super et donc depuis combien temps vous êtes là dans le service MPR ?

Ergothérapeute : euh ça fait depuis 2018 ouais ça fait presque 4 ans

Etudiante : OK super merci et heu est ce que du coup vous êtes en hospitalisation complète ?

Ergothérapeute : oui

Etudiante : oui c'est ça ouais est ce que les patients ils peuvent retourner à domicile pendant des week-ends thérapeutiques ou des petits temps ?

Ergothérapeute : Alors ce qu'on fait le plus souvent c'est des journées c'est-à-dire que c'est soit le samedi soit le dimanche ou peut être des fois les 2. Euh auparavant, donc après on a été un peu gêné par le COVID mais euh il est possible aussi de faire des week-ends thérapeutiques donc on a vraiment le week-end complet. Et souvent ça c'est, alors j'en ai pas on l'a pas fait récemment avec mes patients, *toux* mais ça est arrivé à un mois avant la sortie de de prévoir un week-end thérapeutique quand on sentait que la sortie n'était pas simple. Notamment pour les proches. Donc voilà ça sert surtout à voilà un peu valider le matériel, l'entourage voilà l'entourage se rend compte des difficultés de de leurs proches que le proche enfin que le patient aussi se se projette chez lui. Donc voilà pour toutes ces raisons-là donc on le on faisait en week-end thérapeutique. Donc moi j'ai pas pratiqué depuis longtemps après peut être que mes collègues le font encore et c'est aussi pas mal médecin-dépendant enfin voilà

Etudiante : d'accord okay

Ergothérapeute : Mais oui oui on le fait

Etudiante : ok super et en parlant un peu de la population euh pour vous quelles sont les problématiques les plus courantes qui limiterait les personnes post AVC dans la réalisation de leurs occupations ? *silence*

Ergothérapeute : Qu'est ce qui qu'est-ce que les gêne le plus en général ?

Etudiante : c'est ça

Ergothérapeute : alors *toux* c'est vrai que souvent ce sont les troubles cognitifs qui sont le plus handicapant euh pour oui voilà tout ce qui est troubles praxiques, troubles mnésiques, troubles attentionnels c'est beaucoup, c'est un frein vraiment pour pour réaliser, faire les activités de vie quotidiennes. Alors bien sûr tout ce qui est aspect physique donc moi j'ai des patients qui sont tétraplégiques euh donc euh là c'est vraiment aussi lié à leurs capacités physiques et aussi à l'environnement qui n'est pas toujours adapté à leurs besoins. Euh *toux* et euh voilà après on ne peut pas enfin en fonction de des moyens qu'on a, on peut pas toujours bah je sais pas par exemple dans l'institution les repas sont servis toujours à la même heure, la douche est faites le matin. Il y a des choses qu'on ne peut pas trop modifier et qui peut être avoir aussi un impact sur leur autonomie.

Etudiante : D'accord

Ergothérapeute : voilà

Etudiante : ok et euh qu'est ce que vous pensez de l'engagement occupationnel dans le service de ces personnes post-AVC ?

Ergothérapeute : alors euh nous euh enfin je pense que c'est pas toujours évident pour quelqu'un euh de s'engager directement c'est pas, y en a, il y a des personnes pour qui s'est automatique, qui euh nous on pratique la MCRO euh avec tous nos patients. Euh il y a peut être rarement un ou deux patients avec qui c'est pas possible euh parce que il y a la barrière de la langue, faut savoir qu'on travaille dans un territoire bah où les personnes pour qui la langue maternelle et française c'est une minorité. Euh donc on arrive à se débrouiller parce que bah quand même la plupart quand même ils parlent français. Euh ou avec des proches voilà une petite fille, un cousin enfin voilà on arrive quand même on peut parfois faire appel à des traducteurs

Etudiante : d'accord

Ergothérapeute : donc heu on arrive quand même majoritairement à pratiquer la la MCRO. Donc déjà parce que souvent la question qu'on nous pose à l'arrivée c'est bah qu'est ce que l'ergothérapie ? qu'est ce que je vais faire de plus par rapport à des ... ? et donc dès que on fait la MCRO et que nous en fait en, avec notre entretien un peu semi directif on n'essaye de faire comprendre à la personne bah concrètement nous nous qu'est ce qu'on pourra réaliser ensemble pour améliorer. La personne déjà se projette mieux à la fin d'un entretien MCRO, parfois souvent elle a plus compris le travail qui va être fait. Et déjà c'est peut être un premier engagement dans le sens où bah elle va déterminer les objectifs euh qui sont vraiment en lien avec son quotidien, euh et assez précis c'est à dire enfin nous on va vraiment faire en sorte que bah c'est pas juste marcher, c'est aller chercher son pain à la boulangerie une fois par jour enfin c'est vraiment essayer de d'établir des problèmes occupationnels, déjà ça commence par ça, qui sont précis de manière à ce que ouais la personne elle, déjà c'est un engagement, de dire bah entre marcher juste et aller chercher son pain il

il y a vraiment une grosse différence parce que voilà il y a un contexte, il y a une distance, il y a peut-être qu'il faut demander son pain, s'exprimer enfin voilà c'est vraiment il y a vraiment au monde entre l'objectif marcher et l'objectif aller chercher son pain.

Etudiante : oui oui et beaucoup face à ses diminutions de l'engagement, enfin je sais pas si vous avez observé en tout cas une diminution de l'engagement occupationnel des patients post-AVC et si oui beaucoup le rôle de l'ergothérapeute là comme vous avez dit c'est d'établir des objectifs, vous le faites avec le MCRO

Ergothérapeute : Oui

Etudiante : Et est-ce que vous avez d'autres outils et ensuite quels sont les interventions que vous mettez en place pour favoriser l'engagement occupationnel ?

Ergothérapeute : ouais ouais alors donc moi j'utilise aussi le AMPS euh et j'ai été aussi formée CO-OP. Mais c'est vrai que je je fais ce qu'on appelle le CO-OP pich est pas trop le vraiment euh la pratique CO-OP quoi. Euh nous déjà on a essayé de d'aménager notre notre environnement c'est à dire du service. C'est-à-dire euh déjà on travaille énormément euh enfin en hospitalisation complète, en chambre. Parce que voilà avant même de d'explorer le reste du centre euh euh voilà où euh on a des outils de rééducation ou de réadaptation comme un balais, un aspirateur, déjà on commence par les basiques. Donc boire, manger, s'habiller, se laver, se brosser les dents euh aller aux toilettes, enfin tout... déjà on on on vraiment on... l'objectif numéro un c'est d'être autonome au maximum dans la chambre. Donc on commence par ça et après une fois que ça se passe bien en chambre, à ce moment-là on explore les autres activités : la cuisine, le jardinage, le ménage, s'occuper du linge voilà. Euh donc déjà je pense que au niveau, déjà enfin si vous demandez au niveau de l'engagement occupationnel euh en premier lieu donc l'usage de de la MCRO euh voilà est déjà en premier point. Et peut-être le 2e point c'est aussi voilà les les activités qu'on leur propose, les séances qu'on leur propose, et voilà ils arrivent dans la dans la dans la salle d'ergothérapie bah ils aperçoivent directement du linge qui est en train de sécher, euh un aspirateur donc ça les met dans le contexte. Alors bien sûr qu'on a encore quelques outils de rééducation analytiques mais déjà de voir, je pense, les objets du quotidien ça ça leur montre que voilà c'est ça qu'on va faire en séances.

Etudiante : d'accord ok

Ergothérapeute : Après bien sûr euh Ya quelques exceptions il y a par exemple culturellement il y a des j'ai quelques patients qui le fait qu'on est dans un hôpital enfin selon leur leurs croyances euh ils vont penser que on va s'occuper d'eux qu'ils n'ont rien à faire et que bah ils vont guérir juste par le fait d'être hospitalisé, être suivi par des des médecins. Euh n'ont pas du tout cette culture même si on essaie de leur expliquer. En fait ils vont le faire pour nous faire plaisir mais pas pour eux-mêmes. Euh donc on a très peu d'engagement leur part.

Etudiante : D'accord, comment vous identifiez cette baisse d'engagement le fait que qu'elle soit pas optimum ? Vous utilisez des outils particuliers ou c'est par observation ou euh...

Ergothérapeute : bah c'est déjà dans les objectifs que qui vont des fois être donné lors de la MCRO. Alors il y a aussi bien sûr l'anosognosie qui fait que la personne vas dire bah non tout se passe très bien pour moi je n'ai pas besoin de vos séances ou éventuellement ça m'intéresse de marcher mais rien de plus voilà. Euh et après euh bah on va alors ils vont donc pendant les séances, ils vont sans cesse...enfin surtout les séance heu.. à la limite plus s'engager sur des sur des choses analytique en pensant que je sais pas ça peut être leur être utile. Alors que quand on est devant eux dans la douche ou dans dans leur chambre pour travailler l'habillage, ils vont nous regarder, ou nous

demander d'intervenir et c'est à nous de bien dire mais non on vous aidera pas, enfin je ... peut être qu'on va trouver ensemble une stratégie mais ça peut pas aller au-delà

Etudiante : d'accord

Ergothérapeute : Donc et bah avec une patiente, quand j'ai travaillé pendant 2 mois chaque semaine la toilette habillage ça fait peut être 2 mois que j'ai arrêté de les travailler parce que elle était autonome euh pour ces tâches là et elle n'acceptent plus de les faire voilà... faire alors qu'elle sait le faire et alors qu'elle en plus dans un contexte social compliqué, elle n'aura pas forcément des aides humaines à la maison. Elle ne se rend pas compte que il est important pour elle de continuer à à pratiquer ces ces tâches là parce que elle n'aura pas d'aide discussion s ?.

Etudiante : et euh et comment vous êtes formé à CO-OP, alors vous avez parlé de CO-OP ich *rire* est ce que vous pouvez définir avec vos mots cette approche ?

Ergothérapeute : alors Ben alors le CO-OPich c'est, ça nous a été donné par notre formateur. Euh donc euh il, lui voilà il euh il sait que on peut pas toujours pratiquer euh le CO-OP euh CO-OP donc euh de manière euh systématique et voilà de manière standardisé. Euh alors d'ailleurs il s'en est aperçu dans notre centre étant donné qu'on a énormément de patients avec euh qui viennent d'origines différentes. C'est pas toujours évident de d'utiliser CO-OP qui est peut être plus orienté vers l'occident, des pays occidentaux, peut-être. C'est vraiment après c'est des suppositions il y a pas.. il y a aucune sciences derrière ça. Mais voilà c'est vrai qu'on a un peu plus de mal à pratiquer. Euh donc c'est vrai que CO-OPich ça va être avec euh bah utiliser quand même l'idéologie de CO-OP c'est à dire dans le sens où en entraîne nos patients c'est c'est un entraînement mais c'est que ce soit eux qui trouvent leurs stratégies euh pour. On va pas leur donner tout toute la solution à leur problème occupationnel. Mais voilà on va pas faire l'évaluation comme enfin moi en tout cas je vais pas faire l'évaluation comme je devrais, j'utilise pas les les je sais pas combien d'étapes qui sont euh données enfin voilà. Voilà je le fait pas, je j'utilise l'idéologie mais euh pas forcément la méthode on va dire. Et c'est un peu difficile à expliquer mais c'est un peu ça.

Etudiante : D'accord et euh alors vous avez été vous avez été formé c'était à votre demande où c'était une formation qui était présente dans l'établissement ou vous avez été obligé on va dire ?

Ergothérapeute : non c'était une demande de notre part on était formés euh il y a 7 personnes de l'équipe ont été formé

Etudiante : et vous avez été formés quand ?

Ergothérapeute : Alors c'était en... 2020 je crois

Etudiante : Et euh et donc pour vous les objectifs de CO-OP ça serait quoi ? le but final

Ergothérapeute : à quelle à quelle à quoi ça sert CO-OP ?

Etudiante : oui, vous avez parlé de stratégies de trouver ses propres stratégies

Ergothérapeute : oui c'est trouver ses propres stratégies oui c'est trouver ses propres stratégies et ensuite Ben la dernière étape c'est là généralisation où bah maintenant qu'on a une méthode quand le patient, quand la personne a une méthode euh c'est que après face à un nouveau enfin un nouveau problème occupationnel elle peut utiliser cette même méthode qui lui permet de trouver des stratégies et voilà pour réaliser ses occupations

Etudiante : ok super et qu'est ce que vous pensez de cette approche CO-OP au près des patient post-AVC ? Est-ce que vous pensez qu'elle a un intérêt ou non ?

Ergothérapeute : oui je pense qu'elle a un intérêt parce qu'elle a intérêt je pense que pour la ou peut être elle peut être le plus intéressante en tout cas pour les personnes adultes peut être pour les troubles praxiques. Euh après il faut pas non plus trop qu'il y est trop de troubles mnésiques associés. c'est peut être le euh le frein principal voilà c'est c'est peut être les troubles mnésiques. Euh après on peut utiliser des compensations on peut écrire les choses voilà. Mais euh voilà c'est pour moi adresser essentiellement enfin ça a surtout une utilité pour des personnes qui ont des troubles cognitifs mais qui ne peuvent pas être des troubles cognitifs trop important

Etudiante : d'accord d'accord et est-ce que vous avez utilisé cette approche auprès d'un patient post-AVC et est-ce que vous pouvez me décrire succinctement comment vous l'avez utilisé ? pour quel but euh

Ergothérapeute : Alors c'est que... ouais c'est je l'ai pas utilisé comme on devrait donc j'essaie de l'utiliser avec un patient mais j'utilise pas du tout la méthode donc voilà : CO-OPich

Etudiante : d'accord l'objectif il est quand même défini par vous 2 par collaboration ou c'est un objectif que vous avez posé ?

Ergothérapeute : Alors euh c'est un objectif qu'on a posé ensemble oui, de part la MCRO et c'est autour de l'habillage

Etudiante : ok

Ergothérapeute : Donc il n'arrive pas à faire ses lacets euh tout seul et donc on est entrain d'essayer de trouver des stratégies pour qu'ils puissent mettre ses lacets tout seul

Etudiante : D'accord ok et euh comment vous pensez que enfin de quelle manière les patients post-AVC pourraient s'approprier cette méthode CO-OP pour qu'ils gagnent en engagement occupationnel en séance ? *silence*

Ergothérapeute : euh...bah je pense que déjà quand s'ils sont, on a des patients qui maitrisent bien le français. Euh, après voilà encore une fois j'ai pas vraiment utilisé, j'ai-je n'utilise pas le mot CO-OP quand je travaille avec ça c'est sur. J'ai jamais dis que j'utilisais une stratégie enfin une méthode particulière donc je pense que je suis pas forcément la meilleure personne pour euh donner enfin je vraiment c'est dans ma tête. Mais à aucun moment je euh

Etudiante : Parce que pourquoi c'est c'est quel, est ce que vous arrivez à identifier quelles sont les principes que vous n'arrivez pas à mettre en place dans CO-OP en étant en hospitalisation complète ?

Ergothérapeute : Alors y a aussi le fait que étant donné que je n'ai pas énormément de patient pour qui ça pourrait fonctionner. Je l'ai aussi pas assez pratiquer moi-même. Donc pour moi c'est euh c'est aussi ça le frein c'est que je, c'est que comme je n'ai pas beaucoup de candidats pour qui je peux vraiment utiliser correctement bah je ne suis pas moi-même engagé pleinement dans cet outi. Euh donc peut être que dans d'autres contexte je pourrais arriverai plus à m'engager là-dedans

Etudiante : D'accord

Ergothérapeute : Et euh...et donc l'utiliser euh peut être mieux et au final faire que le patient lui-même se l'approprie plus.

Etudiante : D'accord euh est-ce que c'est une approche, même si vous ne la faites pas totalement est-ce qu'elle est bien perçue par les patients ou pas. Vous disiez que desfois ils pouvaient être un surpris de la manière de faire parce que... c'était pas une manière de rééduquer de manière ordinaire avec de l'analytique

Ergothérapeute : Effectivement oui je réponds, ça va peut-être être la dernière question parce que si vous avez une dernière vraiment très importante. Euh oui c'est sûr que c'est pas toujours très évident. Les personnes connaissent plus euh la kiné et peut être imagine plus des exercices euh travail de force, travail de sensibilité enfin des choses assez analytiques. Peut être comprennent pas toujours pourquoi est-ce qu'on les amène directement à un balais ou euh ou faire à manger. Alors après. Quand même de plus en plus et étant donné qu'on pratique tous ça et les patients peuvent peut être parler entre eux, euh et de notre environnement, globalement on a enfin ils comprennent très vite, le fait qu'on est là pour les aider pour qu'ils soient prêts pour le retour à domicile.

Etudiante : D'accord la dernière question ducoup je sais que vous ne travaillez pas en hôpital de jour

Ergothérapeute : oui

Etudiante : mais est-ce que vous pensez qu'il y aurait une utilité à utiliser CO-OP pour favoriser l'engagement occupationnel des personnes post-AVC à leur domicile ?

Ergothérapeute : Absolument oui oui, ça je, quelque soit le mode d'hospitalisation pour moi c'est un outil qui est très utile et peut être encore plus à la, enfin dès qu'on est au plus près du quotidien de la personne, de son environnement euh je pense que c'est un très bon outil oui encore plus puissant, encore plus puissant oui.

Etudiante : Parce qu'avec les patients que vous avez suivis vous avez peut-être fait un peu de CO-OP est-ce que, est-ce que vous avez pu voir à domicile euh une évolution, enfin voir des résultats ou pas ?

Ergothérapeute : j'ai pas moi de recul en fait, comme j'accompagne jusqu'au retour à domicile. Après c'est mes collègues qui reprennent, qui prennent la suite. Donc je n'ai pas ce recul là. Donc je, je sais que oui ils continuent de faire des progrès de ce que j'entends mais je ne saurais pas dire si c'est lié à CO-OP ou autre chose ou enfin...

Etudiante : d'accord ok, bah merci en tout cas d'avoir participer à mon entretien

Ergothérapeute : Bah derien ! j'espère que ça convient à ...*rire* et c'est suffisant pour euh pour l'entretien

Etudiante : Ouais super je vous enverrais un mail pour savoir si vous avez des contacts d'autres ergothérapeutes qui pourraient répondre à cet entretien et est-ce que voilà je pourrais vous recontacter si besoin

Ergothérapeute : ok ça marche, pas de soucis oui

Etudiante : et bah super merci beaucoup en tout cas j'ai un peu grignoté du temps *rire*

Ergothérapeute : Pas de soucis, pas de soucis. Bon courage et bonne chance pour le mémoire

Etudiante : Merci c'est gentil, bonne journée à vous aussi

Ergothérapeute : Aurevoir bonne journée »

Résumé :

20 % des séquelles les plus lourdes de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) persistent dans le temps. Malgré des suivis en Hôpital De Jour (HDJ), sur l'ensemble de la population AVC avec séquelle, la moitié d'entre eux se trouve limités dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne à domicile. Les difficultés de rendement occupationnel qu'ils rencontrent, peuvent amener à une perte d'engagement occupationnel puis à un déséquilibre occupationnel affectant leur santé. L'objectif de ce mémoire, est d'évaluer si l'utilisation de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) en HDJ, permet au client avec antécédent d'AVC d'intégrer une stratégie cognitive globale à utiliser au domicile ce qui augmentera son engagement occupationnel. Pour l'enquête, des entretiens semi-directifs, ont été effectués auprès de trois ergothérapeutes sensibilisés à l'approche CO-OP et travaillant en HDJ et en Hospitalisation Complète (HC). Suite à l'analyse des résultats, l'approche CO-OP n'est pas utilisée de manière standardisée. Cependant, quelques principes de CO-OP sont utilisés pour favoriser l'engagement occupationnel comme l'utilisation de la stratégie cognitive globale. Suite à son utilisation, des résultats positifs sur l'engagement occupationnel sont identifiés chez certains mais l'enquête ne permet pas d'en conclure par l'effet seul de l'approche CO-OP. L'hypothèse est partiellement validée. L'approche CO-OP semble avoir un intérêt dans l'accompagnement en ergothérapie des clients avec antécédent d'AVC avec des difficultés d'engagement occupationnel mais l'application de celle-ci sur le terrain est limitée. Une adaptation de CO-OP serait intéressante. Mots clés : **Ergothérapie – Engagement occupationnel – Hôpital de Jour – Accident Vasculaire Cérébral - CO-OP**

Abstract:

20 % of the most serious after-effects of a stroke persist over time. Despite follow-up in day hospitals, half of the stroke population with sequelae are limited in their activities of daily living at home. The occupational performance difficulties they encounter can lead to a loss of occupational engagement and then to an occupational imbalance affecting their health. The aim of this dissertation is to evaluate whether the use of the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach in out-patient care allows clients with a stroke history to integrate a global cognitive strategy to be used at home which will increase their occupational engagement. For the survey, semi-structured interviews were conducted with three occupational therapists aware of the CO-OP approach and working in day hospitals and Full Hospitalization (FH). Following the analysis of the results, the CO-OP approach is not used in a standardised way. However, some principles of CO-OP are used to promote occupational engagement such as the use of the global cognitive strategy. Following

its use, positive results on occupational engagement were identified in some people, but the survey did not allow us to conclude that the CO-OP approach alone had an effect. The hypothesis is partially validated. The CO-OP approach seems to be of interest in occupational therapy support for clients with a history of stroke and difficulties in occupational engagement, but its application in the field is limited. An adaptation of CO-OP would be interesting. Key words: **Occupational therapy - Occupational engagement - Day hospital - Stroke - CO-OP**