



---

# LA REPRISE DE L'INSTRUMENT DE MUSIQUE CHEZ UNE PERSONNE MUSICIENNE POST ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

---

PATOUREAU EVA



29 MAI 2020

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE DE CRÉTEIL

Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du diplôme d'État d'ergothérapeute



## ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État 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 texte, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 64 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, soussignée, PATOUREAU Eva étudiante en 3<sup>ème</sup> 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.

Créteil, le 28/05/2020

Signature :



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

## Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Tout d'abord, je remercie ma maître de mémoire, Claire Godefroy, de s'être investie lors de la rédaction de ce mémoire en me donnant des conseils tirés de ses connaissances et expériences auprès de la population étudiée.

Je remercie également les ergothérapeutes et les personnes interrogées pour m'avoir accordé des entretiens et avoir répondu aux questions sur mon sujet, ainsi que d'avoir partagé leur expérience personnelle avec moi.

Je remercie mes tuteurs et tutrices de stages pour le partage de leur savoir, leur pratique et leurs conseils qui m'ont permis de progresser et de construire mon identité professionnelle.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie de Créteil pour leur suivi lors de ces trois années de formation. Plus particulièrement Simon Gadeyne et Anaïs Villaume pour leur accompagnement, leur bienveillance et le temps qu'ils ont su m'accorder pour m'aider sur le versant méthodologique de ce mémoire.

Je souhaite remercier mes ami.e.s, notamment Maéva, Dália et Louise qui m'ont apporté leur soutien et leur bonne humeur tout au long de ce parcours de formation. Merci à Hannes et Mika qui m'ont aidé à traduire mon résumé en anglais.

Enfin, je tiens à remercier ma famille d'avoir relu et corrigé mon mémoire. Leurs conseils de rédaction ont été très précieux. Aussi, plus particulièrement mes parents, sans qui suivre cette formation n'aurait pas été possible.

« La musique. C'est un cadeau de la vie.  
Ça existe pour consoler. Pour récompenser. Ça aide à vivre. »

Michel Tremblay

## Sommaire

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>I – CADRE THEORIQUE</b>	<b>3</b>
<b>1 – L’ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL CHEZ UNE PERSONNE MUSICIENNE</b>	<b>3</b>
1) ÉTIOLOGIES ET FACTEURS DE RISQUES	3
2) ÉPIDEMIOLOGIE	4
3) SEQUELLES TRANSITOIRES OU PERMANENTES	5
4) REPERCUSSIONS DES SEQUELLES DE LA PERSONNE AYANT EU UN AVC SUR LES OCCUPATIONS	7
<b>2 – ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE MUSICIENNE EN ERGOTHERAPIE</b>	<b>10</b>
1) L’ACCOMPAGNEMENT EN ERGOTHERAPIE APRES UN AVC	10
2) LES PARTICULARITES DE LA PERSONNE MUSICIENNE ET SON OCCUPATION	15
3) L’APPROCHE CENTREE SUR LE CLIENT	18
4) LE MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L’ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL	19
<b>3 – L’APPROCHE <i>COGNITIVE ORIENTATION TO DAILY OCCUPATIONAL PERFORMANCE (CO-OP)</i></b>	<b>22</b>
1) APPROCHES GENERALES	22
2) L’APPROCHE CO-OP	23
3) L’UTILISATION DE STRATEGIES COGNITIVES	24
4) LA PERSONNE POST-AVC, L’ERGOTHERAPEUTE ET CO-OP	26
<b>II – PARTIE EXPERIMENTALE</b>	<b>28</b>
<b>1 – METHODOLOGIE D’ENQUETE</b>	<b>28</b>
1) LES OBJECTIFS DE L’ENQUETE	28
2) POPULATIONS CIBLES	28
3) CHOIX DE L’OUTIL D’INVESTIGATION	29
4) LES ENTRETIENS	30
<b>2 – PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS</b>	<b>31</b>
1) PRESENTATION ET ANALYSE DES ENTRETIENS AUPRES DES ERGOTHERAPEUTES	31
2) PRESENTATION ET ANALYSE DE L’ENTRETIEN AUPRES DE LA PERSONNE MUSICIENNE POST-AVC	41
3) ANALYSE CROISEE DES ENTRETIENS	45
<b>3 – DISCUSSION</b>	<b>47</b>
1) FAISABILITE DE L’APPROCHE CO-OP AVEC UNE PERSONNE MUSICIENNE POST-AVC	47
2) DIFFERENTS PROFILS DE PERSONNES MUSICIENNES POST-AVC POUR LESQUELS L’APPROCHE CO-OP EST PERTINENTE	49
3) ACCOMPAGNEMENT AVEC L’APPROCHE CO-OP POUR UNE PERSONNE MUSICIENNE POST-AVC	51
4) ANALYSE DES BIAIS METHODOLOGIQUES	52
5) LES LIMITES DE L’ETUDE	52
6) L’INTERET DE L’ETUDE	53
7) LA VALIDATION DE L’HYPOTHESE	54
<b>CONCLUSION</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCES</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>60</b>

## Liste des abréviations

AIT	Accident ischémique transitoire
AVC	Accident vasculaire cérébral
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
ETP	Éducation thérapeutique du patient
HDJ	Hôpital de jour
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel
MCRO	Mesure canadienne du rendement occupationnel
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UNV	Unité neurovasculaire

## Introduction

Soudain et imprévisible, un accident vasculaire cérébral bouleverse toute une vie. Du jour au lendemain, une personne se retrouve incapable de faire certaines occupations qui lui tenaient à cœur. Pour certains, c'est la pratique d'un instrument de musique. Pour eux, jouer de la musique est essentiel à leur équilibre occupationnel<sup>1</sup>, en refaire est possiblement une grosse partie de cet équilibre. Cependant, la reprise est dépendante de la récupération motrice et cognitive.

En effet, j'ai eu l'occasion de découvrir la nouvelle *Partition du temps qui passe* de Christophe Henning. Elle raconte une matinée d'un musicien professionnel. Il nous expose d'abord ses difficultés dans les activités de la vie quotidienne, à la suite d'un évènement qui n'est pas encore cité : se raser, marcher, s'habiller...

Ensuite, il y décrit sa dure reprise du violoncelle. D'abord sa difficulté à maintenir l'instrument, « il se concentra pour coincer plus efficacement le violoncelle entre ses cuisses, mais ses membres affaiblis exerçaient une pression à peine suffisante. À tout instant, l'instrument pouvait glisser, lui échapper » (Henning, 2017, p. 100) ; sa perte de puissance au niveau des mains, des doigts « lentement, la main remonta vers le manche qu'elle pinça aussi fort que possible. Les doigts cherchaient la bonne prise. L'instrumentiste entama lentement ses gammes, enchaîna les notes, avec quelques couacs quand la main prenait du retard, ne suivait plus le rythme, n'avait plus assez de force pour pincer. L'étau entre le pouce et le doigt maladroit ne parvenait plus à écraser suffisamment les cordes, surtout les deux plus graves, plus épaisses » (Henning, 2017, p. 100). Le protagoniste éprouve des difficultés à être dans le rythme et à faire des notes justes... Deux choses primordiales pour un musicien.

À la fin, il est raconté la scène où sa vie change. Il a été victime d'un accident vasculaire cérébral : « Accident vasculo-cérébral. Attaque vasculaire ischémique. AVC. Plus jamais Étienne ne se produira en concert. Mais jamais il ne lâchera son violoncelle » (Henning, 2017, p. 101). En tant que musicienne, cela a particulièrement résonné en moi. Pour beaucoup de musiciens, professionnels ou non, la musique est une passion, une échappatoire. Alors lorsque la maladie frappe, il est bon de pouvoir se rattacher à une activité importante, qui a du sens. Pouvoir rejouer peut donc être une des principales demandes d'un.e musicien.ne.

Comment reprendre cette occupation qui compte énormément pour beaucoup de musiciens, professionnels ou non ? Comment surmonter les déficits moteurs et cognitifs ? La reprise de

---

<sup>1</sup> Défini par Wilcox dans *An Occupational Perspective of Health* (2006), le concept sera détaillé dans la partie 2. 2) d.

l'instrument de musique est pleine de défis. De quelle manière l'aborder ? L'ergothérapeute, qui est le spécialiste des occupations, joue un rôle essentiel dans l'atteinte de cet objectif.

Ma question de recherche est donc la suivante : **De quelle manière l'ergothérapeute peut-il accompagner la personne musicienne post-AVC à reprendre son instrument ?**

Menée par ma problématique, la présentation du cadre conceptuel constituera la première partie et permettra de clarifier les notions clés de l'étude. Il me permettra d'établir mon hypothèse.

Dans la deuxième partie, après avoir défini la méthodologie choisie, les résultats de l'enquête et leur analyse seront présentés afin de pouvoir être comparés et discutés avec des éléments théoriques. S'en suivra une analyse réflexive incluant les limites et les intérêts de l'étude ainsi que la validation ou non de mon hypothèse.

Enfin, la dernière partie sera consacrée à la conclusion de ce travail.

## I – Cadre théorique

### 1 – L'accident vasculaire cérébral chez une personne musicienne

L'accident vasculaire cérébral (AVC) se définit comme une « complication aiguë d'une maladie vasculaire » (Brugerolle, 2010, p. 170). Cette complication est attribuée à l'interruption de l'apport sanguin dans la région du cerveau appelé « infarctus cérébral » ou à la rupture d'un vaisseau sanguin appelé « hémorragie cérébroméningée ».

Lorsque la vascularisation sanguine d'un territoire cérébral est interrompue, cela engendre sa destruction. Le tissu cérébral étant sensible, il se nécrose lorsque la réduction du débit sanguin dure plus de six minutes.

#### 1) Étiologies et facteurs de risques

L'AVC a deux causes principales : l'obstruction d'un vaisseau sanguin par un caillot de sang, ou la rupture de ce vaisseau, qui provoque une hémorragie (Brugerolle, 2010). Les facteurs de risques dépendent du type d'AVC.

##### *a. Les AVC ischémiques*

Ils sont dus à l'occlusion d'une artère cérébrale par un caillot sanguin (INSERM, 2019). Aussi appelés infarctus cérébraux, thrombose ou embolie cérébrale représentent environ 80 % des AVC.

Les causes des obstructions, à fréquence égale, peuvent être :

- l'athérosclérose : lésion de la paroi des artères, qui entraîne la rupture d'une plaque d'athérome et la dispersion d'embolies, des corps circulants dans les vaisseaux, qui peuvent les boucher (Brugerolle, 2010)
- la thrombose : formation de caillots constitués dans les cavités cardiaques à cause d'une arythmie cardiaque (Brugerolle, 2010)
- une « maladie des petites artères cérébrales » (INSERM, 2019)
- une lésion sur la paroi d'une artère qui provoque l'infiltration de sang et augmente le volume de la paroi (INSERM, 2019) : c'est la première cause d'AVC ischémique chez les jeunes.

Lorsque l'AVC est d'origine veineuse, on parle de thrombose veineuse cérébrale (INSERM, 2019). Cela représente seulement environ 1 % des AVC. Il concerne plus souvent les femmes en raison de facteurs hormonaux et est favorisé par le tabagisme.

Certains AVC ischémiques restent inexplicables, de l'ordre de 30 % (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011).

### *b. Les AVC hémorragiques*

Ils sont dus à la rupture d'une artère cérébrale au niveau du cortex ou des méninges (INSERM, 2019). Ils peuvent donc être cérébraux — 15 % des AVC — ou méningés — 5 % des AVC —.

La principale cause des hémorragies méningées est la rupture d'anévrisme, qui est « une dilatation anormale de la paroi artérielle » (INSERM, 2019).

Les hémorragies dans le cortex peuvent être à cause d'un traumatisme crânien, d'une malformation vasculaire ou d'une tumeur (INSERM, 2019). Elles peuvent aussi être spontanées, dues à l'hypertension artérielle (lors d'une hémorragie profonde) ou à l'angiopathie amyloïde cérébrale (lors d'une hémorragie superficielle).

Certains AVC hémorragiques restent inexpliqués, de l'ordre de 10 à 15 % (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011).

### *c. Les facteurs de risques*

Les facteurs de risques d'obstruction des vaisseaux sont principalement le diabète, la cardiopathie, l'hypertension artérielle, l'âge avancé et les antécédents personnels ou familiaux d'AVC (Brugerolle, 2010). Dans une moindre mesure, les contraceptifs oraux, l'obésité, la dyslipidémie, le tabagisme et l'alcoolisme sont aussi des facteurs de risques.

L'accident ischémique transitoire est un facteur de risque d'AVC, avec 5 % de risques d'en faire un dans les 48 heures, 10 % de risques d'en faire un dans le mois et 10 % de risques d'en faire un dans l'année (Bejot, et al., 2007).

Les facteurs de risques de rupture des vaisseaux au niveau du cortex sont l'hypertension artérielle, l'âge avancé, l'angiopathie amyloïde, hypocholestérolémie, l'alcoolisme, la consommation de cocaïne et les traitements anticoagulants (Bejot, et al., 2007).

Les facteurs de risques de rupture des vaisseaux au niveau des méninges sont l'hypertension artérielle et le tabagisme (Bejot, et al., 2007).

## 2) Épidémiologie

Environ 500 000 personnes ont eu un accident vasculaire cérébral en France (Brugerolle, 2010). L'AVC est un problème majeur de santé publique. En effet, il y a plus de 140 000 nouveaux cas chaque année en France, soit un AVC toutes les quatre minutes (INSERM, 2019). C'est la première cause de handicap physique acquis chez l'adulte.

Même si l'âge moyen lors d'un AVC est de 74 ans, il peut survenir à n'importe quel âge de la vie : 25 % de la population touchée a moins de 65 ans et 10 % a moins de 45 ans. De plus, le nombre de personnes jeunes ayant subi un AVC ne cesse d'augmenter ces dernières années. L'AVC touche quatre hommes pour trois femmes (Brugerolle, 2010).

Comme la prévention primaire, qui consiste à réduire les facteurs de risques, la prévention secondaire est également importante pour cette pathologie, car il y a 35 000 récurrences chaque année (Brugerolle, 2010). Le risque de récurrence est de 10 % dans les 5 ans (INSERM, 2019).

En France, l'AVC est inscrit à la liste des affections de longue durée (ALD). Cela signifie que la prise en charge des soins est globale, peu importe le statut socio-économique de la personne touchée (Gosseume, Lejeune, De Marco, & Urbanczyk, 2016).

### 3) Séquelles transitoires ou permanentes

Les séquelles de l'AVC sont variables. 20 % des personnes décèdent après l'accident (INSERM, 2019). Parmi les survivants, les deux tiers récupèrent une indépendance fonctionnelle et 75 % d'entre eux peuvent à nouveau travailler. En général, les AVC hémorragiques sont plus graves : la mortalité est plus élevée et les séquelles plus importantes.

Les signes cliniques sont les troubles observables qui permettent le diagnostic, car ils sont dépendants du territoire vasculaire cérébral concerné (Larousse, 2020). Les séquelles sont les troubles qui persistent dans le temps après le traitement de la cause première.

Le polygone de Willis, qui permet l'apport de sang au cerveau, est schématisé en Annexe 1 pour faciliter la compréhension.

#### *a. Le territoire carotidien*

Cela concerne 80 % des infarctus hémisphériques (Brugerolle, 2010). Si la lésion est à droite, les symptômes neurologiques se manifestent à gauche et inversement (sauf mention contraire), on parle alors de symptômes controlatéraux (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011) :

– Si le territoire de l'artère cérébrale moyenne (sylvienne) gauche est touché, les signes cliniques sont une hémiparésie, une hémianopsie latérale homonyme, une hémianesthésie, une aphasie et une apraxie constructive et gestuelle (Brugerolle, 2010).

– Si le territoire de l'artère cérébrale moyenne (sylvienne) droite est touché, les signes cliniques sont une hémiparésie droite, une hémianopsie latérale homonyme, une hémianesthésie, une apraxie de l'habillage et une apraxie constructive (Brugerolle, 2010).

– Si le territoire de l'artère cérébrale moyenne (sylvienne) superficielle est touché, les signes cliniques sont une hémiparésie ou une hémiparésie sensitivo-motrice prévalant à la face et au bras, une hémianopsie ou une négligence visuelle homolatérale, une aphasie de compréhension (si l'hémisphère dominant est concerné) ou d'expression avec possiblement des troubles du calcul ou de la lecture, une hémiparésie et une désorientation temporo-spatiale (si l'hémisphère mineur est concerné) (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011).

– Si le territoire de l'artère cérébrale moyenne (sylvienne) profonde est touché, les signes cliniques sont une hémiparésie ou une hémiparésie globale et pure (pas de déficit visuel ou sensitif) avec possiblement une suspension de la parole et une dysarthrie (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011).

– Si les territoires de l'artère cérébrale moyenne (sylvienne) superficielle et profonde sont touchés, on parle de syndrome sylvien étendu (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011). Les signes cliniques sont une hémiparésie globale associée à un déficit visuel et sensitif, ainsi qu'une aphasie (si l'hémisphère dominant est concerné). On retrouve aussi fréquemment des troubles de la vigilance.

– Si le territoire de l'artère cérébrale antérieure est touché, les signes cliniques sont une hémiparésie sensitivo-motrice prédominante ou limitée au membre inférieur avec possiblement un syndrome frontal, une « réaction d'agrippement involontaire de la main » du côté du membre lésé et une incontinence urinaire (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011).

#### *b. Le territoire vertébro-basilaire*

Si la lésion est à droite, les symptômes neurologiques se manifestent à gauche et inversement (sauf mention contraire), on parle alors de symptômes controlatéraux (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011) :

– Si le territoire de l'artère cérébrale postérieure est touché, les signes cliniques sont une hémianopsie ou une quadrantanopsie, une hémiparésie visuelle, des hallucinations visuelles, une hémihypoesthésie, des troubles de la mémoire (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011).

– Si le territoire vertébro-basilaire de la fosse postérieure (atteinte du tronc cérébral et du cervelet) est touché, les signes cliniques sont des signes d'atteinte des nerfs crâniens du côté de la lésion ou des signes cérébelleux avec des troubles moteurs ou sensitifs du côté opposé à la lésion (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011).

– Dans le cas d'un infarctus cérébelleux, les signes cliniques sont une instabilité et des vomissements avec possiblement des céphalées (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011).

### *c. Séquelles concernant directement la musique*

La personne post-AVC peut aussi souffrir d'amusie (Weill-Chounlamountry, Soyez-Gayout, Tessier, & Pradat-Diehl, 2008). En effet, cela correspond à un trouble de la production et/ou de la perception musicale ainsi que de la perte des aptitudes musicales. Il y en a plusieurs types : l'amusie expressive (incapacité à chanter, jouer d'un instrument ou écrire de la musique), réceptive (impossibilité à reconnaître une musique connue ou à mémoriser des mélodies nouvelles, voire même dissocier sons et musique). Elle est plus sévère et fréquente lors d'une lésion de l'hémisphère droit (Hirel, et al., 2014).

Il est aussi possible de souffrir d'anhédonie musicale (Hirel, et al., 2014). C'est-à-dire que la personne ne ressent plus de plaisir en écoutant de la musique. La procédure de diagnostic de l'amusie ne comprend généralement pas l'évaluation de la perte de l'appréciation de la musique ou des émotions musicales. Ces deux symptômes sont rarement liés.

### *4) Répercussions des séquelles de la personne ayant eu un AVC sur les occupations*

L'occupation représente « toutes les activités humaines signifiantes et significatives pour la personne » (Morel-Bracq, 2017, p. 87). Ces occupations donnent un sens à la vie, ont un impact sur le bien-être et la santé des personnes et apportent un cadre structurant et temporel.

#### *a. Activités de la vie quotidienne*

Les séquelles de l'AVC peuvent réduire la capacité de la personne à réaliser certaines occupations. En effet, dans les enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution de 2008-2009, presque la moitié (45,3 %) des personnes ayant des séquelles rapportent avoir des difficultés pour au moins une des sept activités présentées<sup>2</sup> contre 3,6 % dans la population n'ayant pas fait d'AVC (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Celles qui reviennent le plus sont les activités de toilette (39,4 %), d'habillage-déshabillage (34,3 %), couper sa nourriture ou se servir à boire (31 %) et se coucher et se lever du lit (26 %).

Dans les mêmes enquêtes, les séquelles plus souvent décrites sont les troubles de l'équilibre (50,3 %) et les troubles de la mémoire (42,1 %) (De Peretti, Grimaud, Tuppin, Chin, & Woimant, 2012). Marcher 500 mètres est jugé très difficile ou impossible par 51 % de la population ayant des séquelles. 31,4 % peuvent saisir des objets seulement avec l'une des deux mains (12 % seulement avec la main non dominante et 19,4 % seulement avec la main dominante). 37,2 % des personnes ayant des séquelles ont déclaré une atteinte motrice d'un ou plusieurs membres. 23,1 % ont rapporté des troubles visuels

---

<sup>2</sup> Se laver seul, s'habiller/se déshabiller seul, couper la nourriture ou se servir à boire seul, se coucher et se lever du lit seul, s'asseoir et se lever d'un siège seul, se servir des toilettes seul, manger et boire

et 19,6 % des troubles sensitifs. 33,9 % ont signalé des troubles du langage ou de l'articulation. 16,5 % ont une incontinence urinaire et 13,3 % des troubles de la déglutition.

Certaines personnes ont aussi des troubles de la motricité, associés à la paralysie : syncinésies, dystonie, spasticité (Yelnik, Bonan, Simon, & Gellez-Leman, 2008) ; ce qui réduit considérablement la possibilité de contrôler ses gestes lors de tâches motrices.

#### *b. Comorbidités pouvant affecter les occupations*

Une dépression peut aussi parfois survenir à la suite d'un AVC, sa prévalence est de 30 à 50 % lors de la première année (Pinoit, et al., 2006). Elle augmente le risque de mortalité et de morbidité. Le diagnostic précoce est compliqué, mais parfois les premiers symptômes sont décelables dès le séjour en unité neuro-vasculaire (UNV). Si elle n'est pas soignée, elle devient vite un obstacle à la rééducation et la réadaptation sociale. Elle peut aussi mener à un déclin cognitif. Un des symptômes centraux de la dépression est l'anhédonie et correspond à la perte de la capacité à ressentir le plaisir (Gaillard, Gourion, & Llorca, 2013).

D'autres personnes développent des crises épileptiques post-AVC, de l'ordre d'environ 10 % (Lamy, 2008). Une petite partie développera ensuite une véritable épilepsie. Les crises précoces surviennent dans les 7 à 14 jours suivants l'AVC et se distinguent des crises tardives qui surviennent principalement dans la première année après l'AVC.

Le risque de chute post-AVC est non négligeable (Diagne, et al., 2013). Il est indépendant de la durée d'évolution de l'AVC, l'âge de la personne et de la région atteinte. Les chutes sont fréquentes et peuvent être graves. Cependant, l'évaluation de l'équilibre postural et une bonne rééducation pendant la phase aiguë réduisent sa fréquence.

Certaines personnes n'ont pas de séquelles apparentes, mais elles sont souvent victimes de fatigue, d'anxiété, de trouble de la concentration et d'irritabilité (INSERM, 2019). La fatigue est multifactorielle et touche 39 à 72 % des individus (Colle, Bonan, Gellez Leman, Bradai, & Yelnik, 2006). Elle est surtout liée aux troubles du sommeil, au surcote énergétique de la marche, au déconditionnement à l'effort pour le cas d'une fatigue physique. Pour la fatigue psychique, elle est possiblement liée à une dépression.

#### *c. Obstacles à la reprise d'un instrument de musique*

Jouer d'un instrument de musique est une activité complexe, qui requiert un apprentissage à long terme et une expertise telle qu'une dextérité manuelle élevée, une concentration maintenue, une écoute spécifique à la musique, des capacités de mémorisation et d'apprentissage élevées ainsi qu'une coordination des deux mains, qui ont une gestuelle différente... (Nicolet, 2015)

Les personnes qui demandent à reprendre l'instrument de musique en ont déjà la connaissance ainsi qu'un savoir-faire. Selon l'analyse de l'activité effectuée (Annexe 2), certaines des séquelles ci-dessus peuvent affecter l'utilisation de l'instrument de musique.

En effet, pour en jouer, il faut être capable de maintenir une posture assise ou debout. Or, cela peut être compliqué par des troubles de l'équilibre.

Au niveau moteur, cette activité est très complexe. En effet, il est nécessaire de pouvoir tenir l'instrument ainsi que d'avoir une bonne mobilité des articulations. Ces prérequis peuvent être limités par la difficulté à prendre des objets mentionnés dans l'étude ainsi que par les troubles de la motricité. De plus, la personne doit être endurante, et la fatigue peut être un facteur limitant.

Au niveau cognitif, les troubles de la mémoire évoqués par les individus peuvent compliquer la reprise qui nécessite de la mémoire de travail ainsi que de la mémoire à long terme. De plus, la personne doit être concentrée, ce qui peut être compliqué si elle a des troubles de la concentration. L'apraxie peut aussi être une gêne, la personne ne saura pas se servir de l'instrument. L'aphasie de lecture peut aussi être un obstacle car la personne ne pourra pas lire la partition. L'amusie, comme expliquée plus haut, peut empêcher la reprise de l'instrument. L'anhédonie musicale peut, elle, retarder voire supprimer l'émergence de la demande de reprendre l'instrument de musique.

Au niveau sensitif, le toucher est requis pour une bonne dextérité manuelle, les troubles sensitifs mentionnés dans l'enquête peuvent alors être limitants. L'audition est également importante, pour distinguer deux notes et donc avoir un feedback auditif sur le mouvement. La vision n'est pas forcément nécessaire pour la reprise, mais l'héminégligence visuelle peut installer une difficulté pour lire la partition.

Au niveau social, il est plus difficile de communiquer avec des troubles du langage comme une aphasie, mais cela n'est pas primordial. Cependant, les problèmes de comportement peuvent être un obstacle majeur.

Le côté occupationnel de l'activité est aussi un versant important dans la reprise de l'instrument de musique, il sera développé dans la partie 2. 2) b.

Toutes ces limitations ne surviennent pas chez toutes les personnes post-AVC et lorsque c'est le cas, elles se manifestent à des degrés différents. Elles peuvent être restaurées et/ou compensées grâce à un accompagnement adapté.

## 2 – Accompagnement de la personne musicienne en ergothérapie

L'accompagnement est le fait « de guider, d'orienter un parcours à condition qu'il prenne sens pour la personne » (Coeur-Larreur, Malifarge, & Lefèbvre, 2010, p. 30).

### 1) L'accompagnement en ergothérapie après un AVC

Nous avons donc vu que les séquelles de l'AVC sont très variées et peuvent toucher les fonctions motrices autant que cognitives, sensitives ou sensorielles (Gossemaume, Lejeune, De Marco, & Urbanczyk, 2016). Par conséquent, les pertes ou diminutions de fonctions peuvent limiter l'autonomie de la personne dans ses activités de vie quotidienne. Une prise en soins en rééducation est donc importante pour les personnes limitées dans la réalisation des activités qui leur tiennent à cœur, les activités significatives, autrement appelées occupations.

On distingue habituellement trois phases d'évolution post-AVC : la phase aiguë de l'accident jusqu'au 13<sup>ème</sup> jour, la phase subaiguë du 14<sup>ème</sup> jour jusqu'à six mois et la phase chronique après six mois (HAS, 2012). Plus la rééducation de l'AVC est commencée tôt, idéalement dans les 24 premières heures, plus elle est efficace. Les séquelles dues à un AVC sont rééduquées dans l'unité neurovasculaire (UNV) puis si besoin, dans un service de soins de suite et réadaptation (SSR) (INSERM, 2019).

#### *a. L'importance de la pluridisciplinarité*

Le but de la rééducation de l'AVC est de rendre la personne autonome et indépendante, quelles que soient les conséquences de son AVC (Yelnik, Bonan, Simon, & Gellez-Leman, 2008). Cela nécessite de stimuler la plasticité cérébrale, prévenir les complications et développer des compensations. La plasticité cérébrale correspond aux changements cérébraux induits par la pratique résultant de la répétition, de la complexité croissante des mouvements, de la motivation et de la récompense (Hatem, et al., 2016). L'amélioration spontanée de la dysfonction motrice et cognitive observée dans les premières semaines après un accident vasculaire cérébral prouve sa présence qui implique la réorganisation du réseau neuronal après la lésion (Deroide, Nih, Tran Dinh, Lévy, & Kubis, 2010).

Tous les intervenants impliqués dans la prise en soins s'assurent de l'observance des traitements et stimulent la motivation de la personne (HAS, 2012). En effet, en plus de l'ergothérapeute, les intervenants en rééducation sont nombreux et sollicités en fonction des limitations de la personne : kinésithérapeute, orthophoniste, neuropsychologue, éducateurs sportifs en activité physique adaptée (EAPA), psychologue, orthoptiste... (Gossemaume, Lejeune, De Marco, & Urbanczyk, 2016) L'accompagnement pluridisciplinaire est très important en neurologie. Il stimule la plasticité neuronale, dans le but de « récupérer les capacités antérieures, de prévenir les complications

secondaires et d'autonomiser au maximum » la personne pour limiter voire remédier aux restrictions rencontrées (Gosseume, Lejeune, De Marco, & Urbanczyk, 2016, p. 76).

L'ergothérapeute contribue au projet en pluridisciplinarité et son but est l'autonomisation de la personne en vue de son retour et de son maintien au domicile, ainsi qu'éventuellement retour au travail (Yelnik, Bonan, Simon, & Gellez-Leman, 2008). En effet, 25 % des personnes ayant un AVC ont moins de 60 ans et sont donc en âge de travailler (Schnitzler & Pradat-Diehl, 2006). Si la pratique de l'instrument de musique est souvent un loisir, elle est pour certain aussi un travail et implique donc aussi de la productivité. Si après l'accompagnement, la personne est autonome dans les activités de la vie quotidienne, le musicien professionnel peut être accompagné pour reprendre son activité. Cela est un objectif en plus, fortement dépendant des séquelles et donc des capacités ainsi que de l'environnement socioprofessionnel. Cela peut être fait par étapes, au moyen d'un temps partiel thérapeutique.

#### *b. L'accompagnement en ergothérapie*

L'ergothérapeute est un professionnel de santé paramédical « qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé » et est « l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (ANFE, 2019). L'objectif de l'ergothérapie est de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement » (ANFE, 2019).

En général, **l'éducation thérapeutique** du patient (ETP) et de son entourage est « à privilégier dès le début de la rééducation afin d'en optimiser et d'en pérenniser les résultats » (HAS, 2012, p. 4). De plus, il est recommandé de **stimuler la fonction sensitive** chez les personnes n'ayant pas d'activité motrice (HAS, 2012).

En ergothérapie, plusieurs méthodes de rééducation sont utilisées pour des personnes post-AVC. Ces approches sont utilisées comme moyens pour un retour possible à l'occupation en toute autonomie. Il est recommandé d'associer deux méthodes ou plus pour maximiser les résultats (HAS, 2012).

- Les approches générales, les concepts neurofacilitateurs avec des approches composées de multiples exercices (Hattem, et al., 2016). Le **concept Bobath**, développé par Berta et Karl Bobath, vise à réguler le tonus musculaire et simplifier le mouvement volontaire par la manipulation de points spécifiques (épaules, tronc, bassin, mains et pieds) afin de guider les personnes par l'initiation et l'aboutissement des mouvements. Il existe aussi les méthodes **Brunnström**, **Kabat** et de **Rood** (HAS, 2012).

- Les techniques de rééducation isolées spécifiques (Hattem, et al., 2016). Les **exercices de renforcement musculaire**, sont des exercices actifs progressifs contre la résistance du bras parétique. Ces exercices peuvent être effectués contre une résistance manuelle exercée par le thérapeute ou en utilisant un appareil ayant une charge. La **répétition de tâches** (repetitive task training) ou tâches orientées, consiste en la répétition d'une même séquence de mouvements pour améliorer leur exécution (HAS, 2012). Le piano en est un exemple et a été utilisé pour la rééducation post-AVC dans plusieurs études. L'une d'entre elles montre que jouer du piano apporte une amélioration de la fonction de la main liée à la prise en main, au pincement, à la force et à la vitesse (Chong, Kim, & Han, 2016).
- Les interventions basées sur mécanisme des neurones miroirs et de l'imagerie motrice (Hattem, et al., 2016). La **pratique mentale avec imagerie motrice** (Mental Practice with Motor Imagery), qui nécessite une répétition cognitive de la tâche dans le but d'améliorer la performance des activités. Le mouvement est imaginé par la personne, il n'est pas réellement produit.
- Les interventions supportées par la technologie (technology supported training). (Hattem, et al., 2016) La **thérapie assistée par robot** (Robot-Assisted Therapy), qui combine trois composantes : un composant mécanique motorisé, sur lequel la main parétique est attachée, qui fournit un mouvement passif, actif aidé ou actif de la main ou du bras entier ; une rétroaction visuelle liée à la performance via un écran ; et un programme informatique interactif qui augmente la difficulté progressivement afin de motiver la personne. La **réalité virtuelle, l'immersion en réalité virtuelle et les jeux** (Virtual Reality, Virtual Reality Immersion, and Gaming), qui est basé sur l'interaction avec un environnement virtuel en 2D présenté sur un écran de télévision/d'ordinateur ou dans un casque.
- La **thérapie par contrainte induite du mouvement** (Constraint-induced Movement Therapy), qui est une approche axée sur la tâche (Hattem, et al., 2016). Son but est d'induire la plasticité cérébrale et l'apprentissage moteur avec des entraînements intensifs. Elle « contraint » le membre supérieur sain et donc « désactive » les neurones de la région controlatérale à l'AVC (Deroide, Nih, Tran Dinh, Lévy, & Kubis, 2010, p. 488). Aussi le membre parétique est stimulé pour « activer » la région corticale motrice correspondante.

D'autres approches, parfois utilisées en pratique, ne sont pas citées dans les recommandations de la HAS ou l'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur leur efficacité (HAS, 2012) comme la **méthode Perfetti**, les **exercices d'étirement** (thérapie physique ou application d'appareils : plâtre, attelle et taping) (Hattem, et al., 2016), l'**entraînement bilatéral des membres supérieurs**, l'**apprentissage moteur** (Motor Learning), l'**observation des mouvements** (Movement Observation),

**l'imitation motrice** (Motor Imitation), **l'utilisation forcée** (Forced-Use) et **la thérapie miroir** (Mirror Therapy).

Les méthodes présentées sont celles recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2012) et sont analytiques. La spécificité de l'ergothérapeute étant les occupations, l'accompagnement peut gagner à combiner ces méthodes à des approches davantage centrées sur les occupations. Peu importe le mode de rééducation choisi, l'ergothérapeute prend en considération la personne dans son ensemble, qui effectue une occupation dans un environnement donné. Pour jouer d'un instrument de musique, il est pris en compte les facteurs personnels et environnementaux influençant la reprise.

Pour se baser sur les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé, il est entre autres conseillé une rééducation intensive avec une activité ciblée ayant un nombre important de répétitions, une rééducation manuelle individuelle en passif et actif, une rééducation de la posture, l'imagerie mentale motrice et un renforcement musculaire (HAS, 2012). Cela est travaillé lors de la reprise de l'instrument.

### *c. La thérapie supportée par la musique*

**La thérapie supportée par la musique** (Music-Supported Therapy) peut être active ou passive (Hatem, et al., 2016). La thérapie passive correspond à la synchronisation auditivo-motrice, c'est-à-dire une fonction d'entraînement avec un signal auditif rythmique de l'exécution du mouvement. La thérapie active utilise des instruments de musique ou des appareils spécialement conçus pour entraîner la motricité fine et globale. Dans une étude, les sujets ont montré une amélioration significative après la pratique de l'instrument de musique en ce qui concerne la vitesse, la précision et la fluidité des mouvements (Schneider, Schönle, Altenmüller, & Münte, 2007).

Parmi les principaux troubles neurologiques, les preuves les plus solides de l'efficacité des interventions musicales sont pour les personnes post-AVC (Sihvonen, et al., 2017). Par exemple, cinq essais randomisés contrôlés ont montré que la thérapie assistée par la musique est efficace pour rééduquer le bras parétique après un AVC. Par rapport à la prise en soins standard, les trois semaines de musique pendant la thérapie ont considérablement amélioré la motricité du bras parétique des individus ce qui a diminué leurs problèmes moteurs dans les AVQ. De plus, il a été prouvé que, pour les personnes victimes d'un AVC, la thérapie assistée par la musique, qui implique le mouvement et le rythme, produisait grâce à la plasticité neuronale une amélioration significative de la motricité fine et globale en ce qui concerne la vitesse, la précision et la douceur des mouvements (Altenmüller, Marco-Pallares, Münte, & Schneider, 2009).

Par rapport à la récupération cognitive, dans un essai contrôlé randomisé, une heure par jour d'écoute de la musique préférée d'une personne pendant les deux premiers mois après l'AVC, a amélioré sa

récupération cognitive (Sihvonen, et al., 2017). Six mois après, les personnes montraient encore des améliorations significatives dans la performance des tâches nécessitant la mémoire verbale et l'attention focalisée, par rapport à une intervention de contrôle (écoute de livres audio) ou la prise en soins standard.

Pour l'aphasie, dans deux essais randomisés contrôlés, la thérapie musicale active a amélioré le discours des personnes souffrant d'aphasie chronique (Sihvonen, et al., 2017). L'écoute de musique est également associée à moins de confusion et de dépression, comparativement à la prise en soins standard.

L'amusie peut être rééduquée par deux voies : la « voie mélodique » qui travaille à la reconnaissance de notes et la « temporelle » qui travaille à la reconnaissance du rythme (Weill-Chounlamountry, Soyez-Gayout, Tessier, & Pradat-Diehl, 2008, p. 333). L'approche peut s'apparenter à la rééducation d'autres troubles auditifs d'origine neurologique comme la surdité verbale.

Lors d'une thérapie, en raison de la valeur motivationnelle personnelle de la musique, l'ajout d'un stimulus musical peut entraîner une amélioration de l'effet thérapeutique (Sihvonen, et al., 2017). La synchronisation interne, basée sur la mémoire musicale, génère l'attente de sons consécutifs d'une chanson familière et fournit un feedback mental du mouvement, ce qui soutient la proprioception altérée de l'individu.

La musique produite par la personne lors de la reprise de l'instrument supporte donc les améliorations cognitives et motrices. Cela engendre un cercle vertueux.

#### *d. Possibilités en ergothérapie pour la reprise l'instrument de musique*

Pour pouvoir jouer un instrument de musique après un AVC il y a trois possibilités, à combiner ou non :

- Mettre à profit le concept de plasticité cérébrale (Yelnik & Bradaï, 2005). C'est-à-dire répéter les gestes nécessaires à la pratique jusqu'à pouvoir les réaliser. Plus un neurone est stimulé, plus la plasticité cérébrale est favorisée (Yelnik, Bonan, Simon, & Gellez-Leman, 2008). Il est prouvé que lorsqu'un membre n'est plus utilisé, sa représentation corticale diminue, à l'inverse, lorsqu'une tâche est apprise, elle augmente.
- Obtenir le même résultat avec une autre voie physiologique, un circuit musculaire différent, grâce à la compensation (Yelnik & Bradaï, 2005). L'instrument peut inciter et aider la personne à développer des compensations pour pouvoir en jouer, compensations qu'il peut transférer vers d'autres activités signifiantes, c'est-à-dire faire un transfert des acquis.
- Adapter l'instrument de musique avec les moyens disponibles en rééducation ou dans le meilleur des cas en collaboration avec un ingénieur (Thony, Thomann, Cordier, & Di Donato, 2009). Pour cela, il faut prendre en compte les facteurs physiques de la personne, les

caractéristiques de l'instrument et l'environnement pour que le tout concorde. Aussi, il faut penser aux contraintes de temps et de difficulté d'installation du système entier toujours dans un but d'autonomie de la personne.

En plus des bienfaits de l'écoute de la musique, ces solutions peuvent permettre à la personne de reprendre son occupation : jouer d'un instrument de musique.

## 2) Les particularités de la personne musicienne et son occupation

En France, 16 % des français jouent de la musique en amateur, dont 7 % au moins une fois par semaine (Ministère de la Culture et de la Communication, 2008). Cela représente une grande partie de la population. De plus, il ne faut pas oublier les musiciens professionnels, qui sont environ 25 000 en France, soit quatre fois plus que dans les années 80 (L'Express, 2003).

### a. Prédispositions neuroplastiques

La personne musicienne a des prédispositions neuroplastiques (Platel & Groussard, 2017). En effet, depuis le développement des techniques de neuroimagerie dans les années 90, la pratique musicale est devenue un modèle d'étude pour la plasticité neuronale. Grâce à ces travaux, il a été établi deux grands types de plasticité : la plasticité fonctionnelle et la plasticité structurale.

La **plasticité fonctionnelle** correspond aux modifications de l'activité cérébrale pendant l'exécution de tâches et montre que certaines régions cérébrales sont sollicitées uniquement par les experts (Platel & Groussard, 2017). Cela pointe donc la différence d'activation entre musicien et non-musiciens lors du traitement d'informations musicales ou verbales. Ces différences peuvent aussi être remarquées au repos et permet d'identifier l'apport d'une expertise ou d'un entraînement sur la synchronisation des régions cérébrales et comment elles communiquent. Les musiciens, comparés aux non-musiciens, ont une connectivité fonctionnelle significativement accrue, c'est-à-dire que les régions cérébrales communiquent plus que la normale.

La **plasticité structurale** correspond aux changements du substrat neural en fonction de l'expertise de la personne (Platel & Groussard, 2017). L'impact de cette dernière sur la matière grise et le cortex est quantifié par la configuration des sillons corticaux, la densité de substance grise et de substance blanche ainsi que par l'épaisseur corticale. Les musiciens, comparés aux non-musiciens, ont une augmentation de la substance grise des cortex moteur et auditif, corrélée à la fréquence de la pratique musicale.

Chez les personnes non-musiciennes, la localisation des réponses du cortex auditif au son pur est la même, alors qu'elle est différente chez les personnes musiciennes (Platel, 2010). Le cortex auditif du

musicien répond plus amplement lorsqu'il possède l'oreille absolue, c'est-à-dire la capacité de « nommer la hauteur fondamentale de tout son entendu » (Platel, 2010, p. 292).

De plus, une étude a montré que l'entraînement musical déclenche une plasticité instantanée dans le cortex et que la zone antérieure de l'hémisphère droit fournit une interface audiomotrice pour la représentation du clavier lors de la pratique du piano (Bangert & Altenmüller, 2003).

Par conséquent, l'expertise musicale implique une réorganisation cérébrale au niveau de la zone sollicitée pendant l'apprentissage musical, mais aussi une amélioration des capacités cognitives (Platel & Groussard, 2017). De meilleures performances sont remarquées chez les personnes musiciennes lors de tâches qui font appel aux compétences sollicitées à l'occasion de l'apprentissage de la musique : mémoire (à court terme, de travail, épisodique), jugement émotionnel, langage. Plusieurs études montrent aussi des effets sur des compétences non sollicitées directement par la pratique musicale : raisonnement verbal et non verbal, vocabulaire, mathématiques, distinction du changement prosodique (apprentissage des langues).

Les expériences musicales de la personne musicienne lui apportent aussi un savoir-faire dans la technique. En effet, à force de pratique, le musicien développe sa motricité fine et l'indépendance des doigts, ainsi qu'une meilleure prise de conscience de sa respiration (Barraud, 2018). Cela favorise aussi l'acquisition d'une meilleure posture.

#### *b. Apports de la pratique musicale*

Au-delà de cela, la personne musicienne accorde une place importante au fait de pouvoir jouer de la musique, car cela fait partie des occupations qui lui tiennent à cœur. En effet, jouer d'un instrument représente des enjeux occupationnels ; cela apporte de l'apaisement, de la satisfaction, permet d'oublier son quotidien...

La musique apporte aussi du plaisir, car elle stimule la sécrétion de la dopamine dans le cerveau (Bolduc, 2010). Cela augmente le bien-être et permet l'épanouissement. Jouer d'un instrument de musique permet d'augmenter la confiance et l'estime de soi. Cela apporte également de la satisfaction et parfois de la fierté.

La pratique musicale développe l'esprit critique, la pensée créative et l'imagination (Bolduc, 2010). Aussi, elle apprend à gérer le temps dans la musique (tempo) et donc dans la vie de tous les jours. Elle assure une meilleure connaissance de soi vis-à-vis de ses réactions ainsi que son corps. Jouer d'un instrument de musique apprend à maîtriser ses émotions notamment lorsque la personne joue devant un public (Barraud, 2018). La pratique permet d'extérioriser ses sentiments à travers l'interprétation du morceau.

La pratique de la musique permet aussi la socialisation et promeut la coopération, qui elle-même accroît la capacité d'adaptation et d'intégration (Bolduc, 2010). Le sentiment d'appartenance à un groupe est cultivé. Elle participe donc à l'intégration sociale.

La pratique musicale stimule le sens de l'effort, de la persévérance et la discipline personnelle, car elle nécessite un investissement presque quotidien pour progresser (Bolduc, 2010). La personne a donc besoin de motivation.

### *c. Motivation*

La personne musicienne post-AVC n'a pas systématiquement de la motivation pour jouer de la musique, du fait par exemple d'une dépression. Mais, cette étude se concentre sur le postulat que l'intéressé.e veut reprendre son instrument de musique et est motivé.e à le faire, ce qui est très important pour son engagement occupationnel. L'engagement étant « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013, p. 15).

Il y a deux systèmes de motivation, le premier correspond à la satisfaction des besoins psychologiques et biologiques, la « motivation de sécurisation », le deuxième est la « motivation d'innovation » et correspond au fait de surmonter des difficultés, résoudre des problèmes, montrer ses aptitudes, gagner en autonomie physique, intellectuelle ou affective, faire preuve de création et d'innovation, apporte du plaisir à la personne (Favre, 2010, pp. 236-237). C'est donc ici que se situe la motivation pour reprendre la musique chez une personne musicienne.

Pendant la rééducation, la motivation des personnes post-AVC est influencée par de multiples facteurs internes et externes (Otaka, et al., 2018). La motivation est un levier pour les séances, elle peut changer le comportement de la personne. Il a été montré que « la motivation augmente lorsque l'exécution d'une tâche possède un but et une signification » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 25). En effet, elle va pousser la personne à faire de son mieux et trouver des stratégies pour y parvenir. « Quand on aime ce que l'on fait et qu'une activité nous passionne, on ne compte pas ses efforts pour la mener à bien. Même si c'est difficile, on la poursuit, parce qu'elle est agréable et qu'on y attache une grande importance » (OEQ, 2008, p. 2).

De plus, sa motivation l'aide à stimuler sa mémoire (Fenouillet & Tomeh, 1998). En effet, « la motivation agit d'autant plus sur la mémoire à long terme que l'individu a de connaissances » (Fenouillet & Tomeh, 1998, p. 43). La motivation a aussi un impact sur la mémoire à long terme, sur l'organisation de l'information. Par ses connaissances dans le domaine, il lui sera plus facile de se souvenir et de retrouver en mémoire les gestes appris en rééducation.

Aussi, la motivation a un impact sur la mémoire à court terme (Fenouillet & Tomeh, 1998). En effet, « Au niveau de l'attention, les informations les plus motivantes sont sélectionnées au détriment des autres informations. Au niveau de la répétition, les informations les plus motivantes sont également les plus répétées » (Fenouillet & Tomeh, 1998, p. 43). Cela pourrait donc éviter une mise en échec trop importante.

Enfin, d'après plusieurs études, « lorsque la tâche devient extrêmement exigeante, la motivation influence l'acquisition, le rendement et la volonté de continuer » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 25).

#### *d. Importance de la pratique musicale pour l'équilibre occupationnel*

La pratique musicale fournit des expériences pleines de sens qui participent à l'équilibre occupationnel de la personne et donc à ses besoins fondamentaux (Bolduc, 2010). L'équilibre occupationnel est défini comme un équilibre dans les engagements occupationnels, qui amène la personne dans un état de bien-être (Wilcox, 2006). L'équilibre est à atteindre entre les activités obligatoires et celles choisies ; entre les activités physiques, mentales et sociales ; entre les activités de repos et les activités demandant de l'énergie. La perception de l'équilibre est subjective (Backman, 2004). Elle est influencée par les valeurs, la culture et les attentes environnementales de la personne.

Les participants d'une étude sur l'approche occupationnelle perçoivent leur AVC comme une « menace sur leurs occupations » (Bertrand, 2016, p. 85). Le déséquilibre occupationnel<sup>3</sup> est créé par le fait « d'avoir moins d'opportunités de s'engager dans des occupations, de ne plus avoir le même rendement, et de dépendre davantage de l'aide des autres » (Bertrand, 2016, p. 85). Même si leurs occupations sont menacées, les personnes victimes d'un AVC sont, grâce à l'ergothérapie, dans une démarche de reconstruction de leur équilibre occupationnel et jouer de la musique en fait partie. C'est pourquoi des « objectifs significatifs » pour la personne doivent « émerger dans le cadre d'une pratique centrée sur le client » (Morel-Bracq, 2017, p. 87).

### 3) L'approche centrée sur le client<sup>4</sup>

Les occupations ont trait aux caractères propres du comportement d'un individu particulier (Polatajko & Mandich, 2017). Deux personnes n'ont pas exactement les mêmes occupations et ne les réalisent pas exactement de la même façon.

---

<sup>3</sup> « Manque de correspondance entre l'engagement désiré et réel dans les occupations significatives » (Leufstadius & Eklund, 2008)

<sup>4</sup> Les approches centrées sur la personne utilisent le terme « client » pour parler d'une personne prise en soins, c'est pourquoi nous utiliserons le terme dans les parties s'y référant.

Les objectifs concernant le client ne peuvent pas être connus sans sa collaboration, car « la personne est l'experte de ses propres occupations » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 26). C'est pourquoi une approche centrée sur le client est pertinente.

Dans une approche centrée sur le client, les besoins de celui-ci sont considérés comme primordiaux, il est au cœur de la démarche (Polatajko & Mandich, 2017). En effet, ses connaissances et son expérience sont mises en valeur. Il est inclus dans les prises de décisions le concernant contrairement aux approches traditionnelles. Le thérapeute et le client agissent en collaboration : ils atteignent ensemble les buts établis ensemble. Il a été prouvé que cette approche accroît le sentiment de satisfaction du client, l'amélioration des résultats fonctionnels et l'adhésion et le respect des recommandations.

Ces approches croient en la « contribution des clients à leur traitement » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 23). Le client est donc engagé activement dans son accompagnement, dès le début. Le travail en partenariat favorise le choix, l'autonomie, le contrôle et la responsabilisation du client. Cette approche permet de s'assurer que la thérapie est signifiante et participe « à les habiliter à accomplir les occupations » choisies (Polatajko & Mandich, 2017, p. 23). L'habilitation correspond au fait de faciliter la réalisation des occupations du client « par la création de possibilités et par le renforcement du pouvoir et de la capacité d'être ou d'agir » (Morel-Bracq, 2017, p. 88)

L'utilisation des occupations du client pour la rééducation permet d'être au plus proche de ses besoins et d'amener des réponses personnalisées et adaptées à sa problématique (Bigex, 2017). Qu'est-ce qui est important pour le client ? Que veut-il jouer ? Un morceau en improvisation ou avec une partition ? Où ? Avec qui ? Quand ? Comment ?

#### 4) Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

##### *a. Le modèle conceptuel*

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) — Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) en anglais — a été créé par Polatajko, Townsend et Craik en 2007 (Polatajko, Townsend, & Craik, 2007). Ce modèle est une réactualisation du modèle canadien de performance occupationnelle (CMOP) qui a été développé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) en 1997.

C'est un modèle canadien qui a une approche centrée sur la personne (Morel-Bracq, 2017). Il vise à établir des objectifs de traitement en rééducation et à évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçues lors de l'accompagnement. « La pratique centrée sur le client est fondamentale dans ce modèle, prenant en compte la subjectivité, les désirs et les besoins propres du client » (Morel-Bracq, 2017, p. 87).

L'activité n'est pas un moyen thérapeutique mais constitue l'objectif thérapeutique visant la « participation réelle de la personne à la société » (Morel-Bracq, 2017, p. 92). Donc ici, reprendre l'instrument de musique est l'objectif thérapeutique pour le client. Elle a une valeur occupationnelle pour lui.

Le modèle est basé sur l'interaction de trois sphères (Law, et al., 2014). La personne, au milieu, est abordée dans sa globalité. Elle est représentée par ses dimensions affective, cognitive et physique qui sont le fondement de la dimension spirituelle. L'occupation est constituée des domaines de la productivité, des soins personnels et des loisirs. L'environnement comprend les éléments social, culturel, physique et institutionnel.

Il est indispensable de prendre en compte les trois sphères dans leur ensemble. Ces trois sphères sont en interrelation et interdépendantes, chaque changement dans une sphère influence une autre, et impacte le rendement occupationnel (Polatajko & Mandich, 2017).

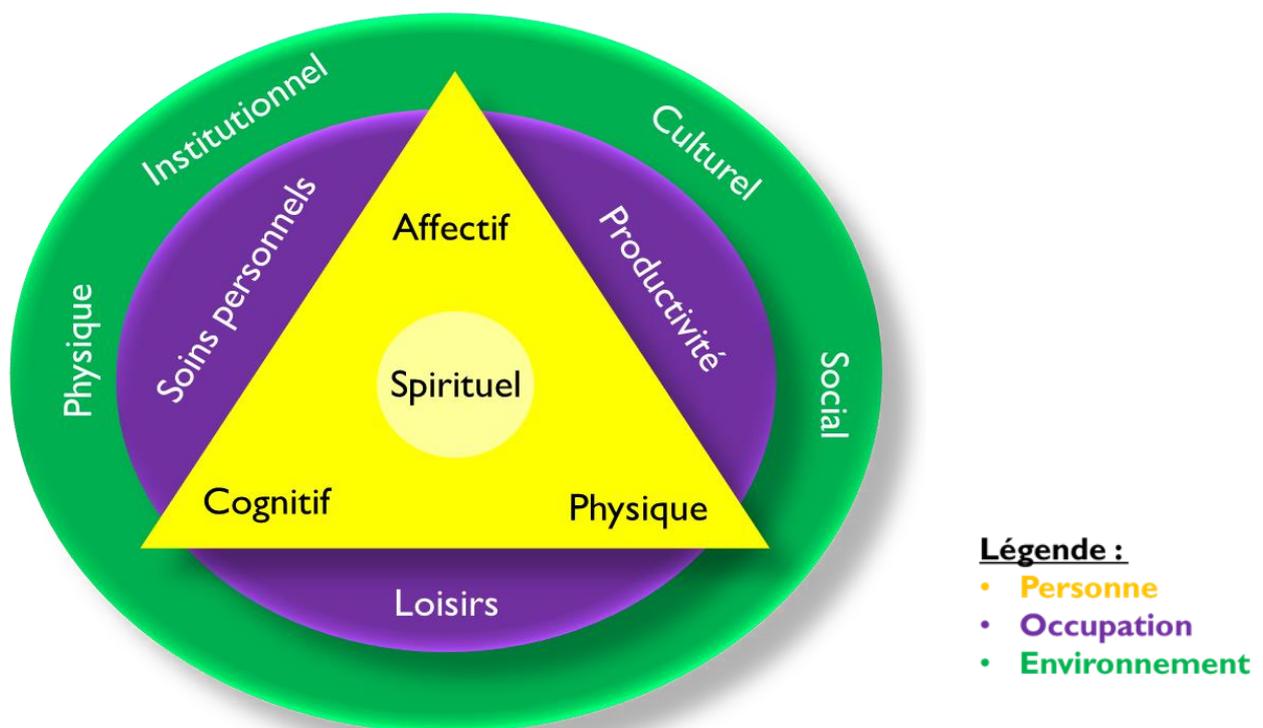


Figure 1 - Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel

Le rendement occupationnel est « le résultat des interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation » (Law, et al., 2014, p. 3). Il se définit par la « capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction » (Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 2002, p. 2).

L'ergothérapie accorde de l'importance au rendement occupationnel dans les trois domaines de l'occupation : soins personnels (hygiène, mobilité fonctionnelle, vie communautaire), productivité (travail rémunéré ou non, gestion du foyer, travail scolaire et jeu), loisirs (activités récréatives paisibles, loisirs actifs, vie sociale) (Law, et al., 2014). Le rendement occupationnel est déterminé par une « appréciation personnelle » plutôt qu'à partir d'une « observation objective » avec l'outil du MCRO. (Law, et al., 2014, p. 3)

### *b. L'outil*

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) — Canadian Occupational Performance Measure (COPM) en anglais — est l'outil du MCRO (Law, et al., 2014). Elle a été conçue pour permettre aux ergothérapeutes d'appréhender la perception du client vis-à-vis de son rendement occupationnel à un moment donné et remarquer son évolution. Elle est donc à faire passer au début de l'accompagnement (évaluation) puis à intervalles réguliers (réévaluation), fixés en accord avec le client. Elle est utilisable pour des clients atteints d'incapacités diverses et à tous les stades.

La MCRO (Annexe 3) permet de déterminer « les domaines problématiques du rendement occupationnel » (Law, et al., 2014, p. 1). En effet, il est demandé au client d'identifier les problèmes occupationnels qu'il rencontre dans les différents domaines de l'occupation cités ci-dessus. Il doit décrire les occupations qu'il doit faire ou veut faire avec lesquelles il a des difficultés aujourd'hui. Ensuite, le client doit prioriser les occupations. Pour cela, il doit coter l'importance des occupations identifiées de 1 (pas important du tout) à 10 (extrêmement important). Les cinq premières sont retenues. Ensuite, pour chacune des cinq difficultés identifiées le client doit évaluer son rendement de 1 (incapable d'exécuter l'activité) à 10 (capable d'exécuter parfaitement l'activité) ainsi que son sentiment de satisfaction associé, de 1 (pas satisfait du tout) à 10 (extrêmement satisfait).

Dès le début de l'accompagnement, la MCRO favorise une participation du client ainsi que son engagement, par la demande explicite d'identification des problèmes qu'il rencontre (Law, et al., 2014). La MCRO soutient le fait que l'ergothérapeute et le client sont partenaires dans le processus thérapeutique. Elle tient compte du degré de satisfaction du client par rapport au rendement subjectif des objectifs fixés. La motivation de celui-ci est ainsi accrue (Bigex, 2017).

La MCRO peut servir de base pour établir des objectifs en ergothérapie (Law, et al., 2014). Ensuite, à travers une réévaluation, l'évolution de la perception du client vis-à-vis de son rendement occupationnel peut être mesurée au cours ou seulement à la fin de l'intervention en ergothérapie.

L'objectif de reprendre l'instrument de musique étant fixé, la question est de savoir comment l'atteindre.

### 3 – L’approche *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance* (CO-OP)

#### 1) Approches générales

##### *a. Bottom-up*

Les approches Bottom-up sont des approches traditionnelles qui abordent « les problèmes de rendement à partir d’une approche orientée sur les déficits » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 2). L’objectif principal est l’acquisition d’habiletés<sup>5</sup> qui mènent ensuite à la performance occupationnelle (Faure & Galbiati, 2019). Elles s’inscrivent dans la démarche médicale (Brown & Chien, 2010). Cette méthode fonctionne aisément avec toutes les personnes mais requiert de comprendre leurs forces et leurs faiblesses ainsi que leurs limitations (Faure & Galbiati, 2019). Celles-ci peuvent être décelées par des évaluations normées.

Les approches traditionnelles se concentrent principalement sur la structure et la fonction du corps (Brown & Chien, 2010). Elles donnent de l’importance à la « remédiation et la réadaptation des déficiences sous-jacentes aux difficultés », à la place de prendre en compte plus largement les difficultés éprouvées dans l’accomplissement des occupations de la personne au quotidien (Polatajko & Mandich, 2017, p. 6). Elles considèrent séparément le tonus musculaire, la force, l’endurance ou l’équilibre, sans considérer l’exécution motrice en globalité. Ces dernières sont considérées comme des facteurs qui déterminent le rendement dans les occupations. En effet, ces approches sont fondées sur le postulat que les tâches et activités motrices où il y a des difficultés résultent d’une ou plusieurs déficiences sous-jacentes. Quand elles sont identifiées, on peut axer la rééducation dessus et ainsi améliorer le rendement dans l’exécution de la tâche et donc de l’activité. Ces approches ciblent l’amélioration des fonctions motrices, cognitives, sensorielles, sociales qui sont réduites (Faure & Galbiati, 2019). L’objectif est la récupération des fonctions corporelles ou psychiques qui restreignent l’occupation.

Comme exemple d’approches Bottom-up, on peut citer les approches d’intégration sensorielle, neurodéveloppementales, visuomotrice et sensorielle perceptuelle motrice... (Polatajko & Mandich, 2017) Elles requièrent des prises en charge très longues et intensives.

##### *b. Top-down*

Les approches Top-down sont des approches contemporaines « considérant l’acquisition d’habiletés motrices à l’intérieur d’un paradigme d’apprentissage » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 2). Elles adoptent une perspective globale et se concentrent sur la participation de la personne dans un contexte de vie pour déterminer ce qui est important et pertinent pour elle (Brown & Chien, 2010).

---

<sup>5</sup> « Une aptitude, développée par l’expérience, qui permet l’action effective. » (Meyer, 2013)

L'objectif principal est l'engagement dans les occupations (Faure & Galbiati, 2019). De cet engagement résulte une performance qui est le résultat de l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement propre. L'accent est placé sur l'autonomie. Ces nouvelles approches sont plus en lien avec les concepts de fondement de l'ergothérapie.

L'exécution d'une tâche ou activité motrice est « examinée à partir d'une perspective d'apprentissage et selon une perspective systémique mettant l'accent sur l'interaction dynamique entre la personne, son environnement et la tâche » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 7). Ces approches trouvent des stratégies dans les composantes de l'occupation qui posent problème (Faure & Galbiati, 2019). Cela permet à la personne de s'engager et de réaliser l'occupation. Ces approches ont pour objectif immédiat d'améliorer le rendement de la personne dans l'exécution des « tâches et activités significatives » pour elle (Polatajko & Mandich, 2017, p. 7). Leur objectif à long terme est de permettre une généralisation des acquis à d'autres situations retrouvées dans d'autres contextes, en dehors des séances d'ergothérapie (Faure & Galbiati, 2019).

Comme exemple d'approches Top-down, on peut citer l'approche CO-OP, l'intervention sur les tâches spécifiques, le programme d'entraînement neuromoteur à la tâche... (Polatajko & Mandich, 2017)

## 2) L'approche CO-OP

Cette approche a été créée à l'origine pour les enfants, avec pour objectif d'aider à réaliser les activités « qu'ils veulent faire, qu'ils ont besoin de faire ou qu'ils doivent faire » qui ont été définies par la MCRO (Polatajko & Mandich, 2017, p. 1). C'est une approche centrée sur le client, où le thérapeute le guide dans l'utilisation « d'habiletés métacognitives » pour l'amener à utiliser des stratégies qu'il a lui-même créées. La métacognition est « la pensée d'ordre supérieur qui implique un contrôle actif des processus cognitifs engagés dans l'apprentissage »<sup>6</sup> ou simplement le fait de « penser à sa pensée » (Livingston, 2003, p. 2).

CO-OP requiert la motivation et l'engagement du client (Polatajko & Mandich, 2017). Ceux-ci sont directement acquis puisque les buts ont été choisis par le client lui-même. L'approche est fondée sur la résolution de problèmes et le rendement occupationnel. Son objectif est l'exécution de tâches ou d'activités avec un rendement satisfaisant pour le client.

Une fois celle-ci acquise, son but ultime est « le transfert et la généralisation des habiletés et des stratégies de résolution de problèmes apprises durant l'intervention » à d'autres tâches et activités motrices (Polatajko & Mandich, 2017, p. 25).

---

<sup>6</sup> Traduction libre

Le transfert correspond à l'adaptation d'une habileté à une autre occupation tandis que la généralisation correspond à la transposition de la même habileté dans un autre environnement. Dans une étude il est montré que les personnes du groupe jouant d'un instrument avaient considérablement amélioré leur contrôle moteur dans les activités quotidiennes (Schneider, Schönle, Altenmüller, & Münte, 2007).

« L'ergothérapeute guide les personnes à travers un processus de résolution de problèmes moteurs qui les mène à découvrir et à appliquer leurs stratégies cognitives pour effectuer les tâches de la vie quotidienne » (Faure & Galbiati, 2019, p. 22). Pour la reprise de l'instrument de musique, ces solutions pourraient être autant liées à la performance même de la personne qu'à l'adaptation de l'instrument de musique.

Les prérequis à l'approche CO-OP pour le client sont des habiletés de communication, car le thérapeute et la personne doivent échanger ; des capacités cognitives suffisantes, car elle s'appuie sur les habiletés cognitives ; et enfin une réactivité comportementale, car elle demande l'engagement actif de la personne (Polatajko & Mandich, 2017).

Le processus implique l'utilisation de stratégies que le client doit trouver par lui-même grâce à différentes caractéristiques clés : « les buts choisis par le client », « l'analyse dynamique de l'exécution », « l'utilisation de stratégies cognitives », « la découverte guidée », « les principes de l'habilitation », « l'implication des personnes significatives », « la structure de l'intervention » (Polatajko & Mandich, 2017, p. 47).

Nous allons nous focaliser sur l'utilisation de stratégies cognitives qui est au cœur de cette approche.

### 3) L'utilisation de stratégies cognitives

L'utilisation de stratégies cognitives permet l'acquisition d'habiletés, l'utilisation de stratégies, la généralisation et le transfert des acquis (Polatajko & Mandich, 2017). Les stratégies cognitives sont des outils cognitifs qui servent à combler la différence entre les capacités et le rendement.

Cette approche permet d'apprendre au client à réfléchir sur la manière de trouver une stratégie lorsqu'il rencontre un problème d'exécution dans la tâche ou dans l'activité choisie, d'identifier une stratégie et de la mettre en place pour ensuite déterminer si elle fonctionne ou non (Polatajko & Mandich, 2017).

Tout au long du processus, le client doit verbaliser son processus mental pour résoudre le problème d'exécution. Ainsi, le client et l'ergothérapeute échangent sur le but, sur comment le réaliser (Polatajko & Mandich, 2017). L'ergothérapeute pose des questions, sans y répondre.

Lors de la réalisation de la tâche, le client est incité à se réciter intérieurement son plan. Le fait de parler pendant tout le processus aide le client à s'engager dans la résolution des problèmes de rendement et à vérifier les résultats. Cela favorise la métacognition.

Les stratégies globales et spécifiques sont utilisées pour faciliter l'utilisation de la métacognition.

#### a. Stratégie globale

La stratégie globale de CO-OP est la stratégie de résolution de problèmes « BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER » qui permet de structurer l'ensemble de l'intervention (Polatajko & Mandich, 2017, p. 67). Une fois que le client a intégré cette démarche, il peut se l'approprier et l'appliquer à son activité. Le plan doit être précisé à l'avance.

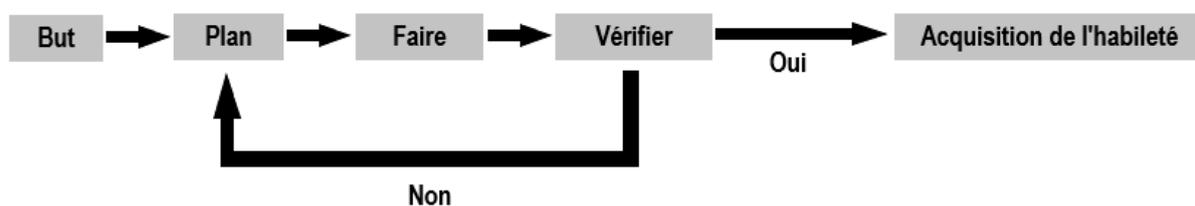


Figure 2 - BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER de l'approche CO-OP

- Le « **But** » fait référence à l'objectif établi par le client.
- Le « **Plan** » correspond aux différentes étapes nécessaires pour atteindre le but. Il peut exister beaucoup de plans différents mais le client doit trouver celui qui lui correspond et qui fonctionne le mieux. Une fois élaboré, il est conseillé de le mettre par écrit.
- Le « **Faire** » est l'application des différentes étapes du plan. Le client doit suivre le plan qu'il a fait ; c'est pourquoi il doit être très précis.
- Le « **Vérifier** » est la vérification du plan. Le contrôle peut être une comparaison, un résultat, un aboutissement ou une conséquence. Le plan est-il efficace ? Si tel est le cas, l'habileté est acquise et le plan peut être adopté après une deuxième vérification. Si ce n'est pas le cas, il faut se demander pourquoi. Quand la raison est trouvée, il faut réviser le plan, le réaménager voire l'abandonner pour en faire un nouveau et repartir dans le processus.

#### b. Stratégies spécifiques

Les stratégies spécifiques de CO-OP sont les stratégies pour résoudre une tâche ou une habileté spécifique (Polatajko & Mandich, 2017). Elles servent pour un temps court, sont propres au client et adaptées à la tâche et à la situation. Au fur et à mesure, les stratégies spécifiques sont précisées, répondant à des problèmes propres à l'exécution d'une tâche ou d'une habileté. Elles sont liées à la personne et plusieurs stratégies spécifiques peuvent être utilisées pour une même tâche ou habileté.

La guidance verbale est le fait que l'ergothérapeute guide la personne par la voix pour ensuite l'emmener vers l'autonomie, c'est-à-dire l'autoguidance verbale où la personne se dirige elle-même à haute voix (Polatajko & Mandich, 2017). Elle se récite les différentes étapes du plan pour ensuite se les dire intérieurement. C'est à travers cette guidance verbale que les stratégies spécifiques émergent. Il en existe plusieurs types ; cela peut concerner la position du corps, la particularité ou la modification de la tâche, porter attention à l'exécution, compléter les connaissances quant à la tâche, sentir le mouvement, faire un script verbal ou une verbalisation mnémonique motrice.

#### 4) La personne post-AVC, l'ergothérapeute et CO-OP

La méthode CO-OP permettrait donc d'accompagner la personne musicienne dans son désir de reprendre la pratique instrumentale. Elle le fait participer en engageant sa métacognition.

Pour la rééducation, il est conseillé d'utiliser une activité qui a du sens pour la personne (Yelnik, Bonan, Simon, & Gellez-Leman, 2008). En effet, « l'occupation a un potentiel thérapeutique » (Morel-Bracq, 2017, p. 86). Pour un musicien, jouer de son instrument est une activité signifiante. Cela peut jouer sur la motivation, l'implication et l'adhésion de la personne en rééducation. Sa motivation va le pousser à faire de son mieux et trouver des stratégies pour y parvenir ce qui est un des fondements de l'approche CO-OP.

Grâce aux prédispositions neuroplastiques que le musicien a, les liens entre les deux hémisphères sont renforcés. Aussi, de nombreuses études montrent une forte association cérébrale entre les régions sensorimotrices et auditives (Platel & Groussard, 2017). Le couplage auditivo-moteur est important dans l'approche CO-OP, le feedback auditif permettant de savoir si le geste est bien effectué afin de pouvoir l'ajuster si besoin.

Le musicien est expert de son instrument. Grâce à son savoir-faire acquis avant l'AVC, la personne saura comment réaliser et améliorer ses gestes et pourra aisément deviner pourquoi son plan ne fonctionne pas. Aussi, ses expériences musicales lui permettront de reconnaître la justesse des notes et du rythme.

La méthode CO-OP met la personne en face de ses difficultés mais cela peut être stimulant. En effet, « la perspective d'une nouvelle difficulté est source d'anxiété, anxiété tempérée par le souvenir des réussites antérieures et l'expérience du changement comme source d'épanouissement et de dépassement de soi » (Favre, 2010, p. 237).

Une étude suggère que la rééducation par l'approche CO-OP en ergothérapie est efficace et suit un protocole bien défini (Ahn, 2017). L'outil d'évaluation le plus couramment utilisé pour évaluer l'efficacité de l'approche CO-OP était la MCRO avec l'auto-évaluation du rendement et de la satisfaction. Tous les sujets présentaient des améliorations dans la réalisation de leurs objectifs autosélectionnés. De plus, le rendement occupationnel, la qualité de vie et la satisfaction ont augmenté grâce à l'intervention CO-OP. Une autre étude suggère que l'approche CO-OP chez les personnes post-AVC a, en plus des effets sur les performances des activités sélectionnées, un transfert vers les activités non entraînées (McEwen S. , et al., 2015).

Mon hypothèse est donc : **L'approche CO-OP, en particulier l'utilisation de stratégies cognitives, favorise la reprise de l'instrument de musique chez une personne musicienne post-AVC.**

## II – Partie expérimentale

### 1 – Méthodologie d'enquête

#### 1) Les objectifs de l'enquête

**1** — Déterminer la faisabilité de l'approche CO-OP et en particulier de l'utilisation de stratégies cognitives lors de la reprise de l'instrument de musique chez une personne musicienne post-AVC d'ici trois mois.

Critères d'évaluation :

- Utilisation ou possibilité d'utilisation de CO-OP, en particulier de l'utilisation de stratégies cognitives ou de l'autoréflexion lors de l'accompagnement
- Absence de facteurs limitant l'utilisation de l'approche CO-OP

**2** — Établir les différents profils de personnes post-AVC pour lesquels l'approche CO-OP et en particulier l'utilisation de stratégies cognitives serait pertinente d'ici trois mois.

Critères d'évaluation :

- Types de profils de la personne post-AVC adapté ou non à l'approche CO-OP
- Présence d'un champ lexical positif sur les observations de l'ergothérapeute

**3** — Vérifier que l'accompagnement ergothérapeutique avec l'approche CO-OP et en particulier l'utilisation de stratégies cognitives est aidante dans la reprise de l'instrument chez une personne musicienne post-AVC d'ici trois mois.

Critères d'évaluation :

- Présence d'un champ lexical positif concernant l'utilisation de stratégies cognitives ou de l'autoréflexion de la personne
- Progrès objectifs de la personne par rapport à la reprise de l'instrument
- Satisfaction de l'ergothérapeute et de la personne

#### 2) Populations cibles

Je choisis d'interroger les deux populations qui sont réunies dans mon sujet, les premiers sont interrogés en tant que responsables de l'accompagnement et les seconds en tant que bénéficiaires de celui-ci (Blanchet & Gotman, 2007). Ils partageront chacun leurs expériences dans des domaines différents de la pratique.

### *a. Des ergothérapeutes*

Ils accompagnent la personne dans la réalisation de ses demandes, ce sont eux qui proposent différentes manières de travailler pour atteindre l'objectif de la personne, il est important de les interroger pour comprendre comment et pourquoi ils choisissent telle ou telle manière de travailler.

Critères d'inclusion : ergothérapeute DE depuis au moins six mois, a pris en charge au moins une personne musicienne post-AVC avec une mise en situation écologique, connaît l'approche CO-OP.

Critères d'exclusion : la personne musicienne n'a pas désiré reprendre son instrument, les ergothérapeutes travaillent dans le même centre.

Constitution de l'échantillon : J'ai utilisé le mode d'accès direct en publiant une annonce sur les réseaux sociaux dans des groupes d'ergothérapeutes et en utilisant les adresses mail que j'avais pu récupérer (Blanchet & Gotman, 2007). J'ai aussi utilisé les modes d'accès indirect en passant par l'ANFE pour transmettre ma demande d'entretien (relais institutionnel) et en demandant des contacts aux ergothérapeutes interrogé.e.s (méthode de proche en proche).

### *b. Des personnes post-AVC*

À l'origine de la demande de reprendre l'instrument, il est important de les interroger sur leur ressenti vis-à-vis de la thérapie afin de savoir ce qui leur a été utile pour eux et ce qui ne l'a pas été.

Critères d'inclusion : personne ayant eu un AVC, musicienne professionnelle ou non, a bénéficié d'un accompagnement en ergothérapie avec mise en situation écologique, a désiré reprendre son instrument de musique.

Critères d'exclusion : personne mineure, aphasique, a des troubles cognitifs sévères, des troubles comportementaux ou une amusie.

Constitution de l'échantillon : J'ai utilisé un mode d'accès indirect (Blanchet & Gotman, 2007). En effet, je me suis adressée à des associations pour les personnes victimes d'AVC (relais institutionnels). Pour cause de protection des données, nous ne pouvons pas demander des contacts aux ergothérapeutes interrogés.

## 3) Choix de l'outil d'investigation

Je choisis de faire des entretiens de recherche, car ils permettent « un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations » (Tétreault & Guilez, 2014). Elle peut « décrire ses expériences et son contexte de vie ».

Les façons d'aborder la reprise de la pratique musicale sont vastes et je ne veux pas le réduire en posant des questions fermées. Il se pourrait que je n'aie pas pensé à un versant de mon sujet, ou à un obstacle, et que cela ne puisse pas être assez développé dans une autre forme d'enquête. L'entretien permet « d'approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne » (Tétreault & Guilez, 2014). Les entretiens sont basés sur la faisabilité et le possible apport de la méthode CO-OP, ainsi que le ressenti des personnes, il est donc important que je recueille leurs mots précis qui seraient restreints dans un questionnaire.

Une observation n'est pas pertinente pour mon enquête, car la pratique n'est pas répandue. L'entretien, qui convient à l'étude de l'individu et des groupes restreints, est donc plus pertinent (Blanchet & Gotman, 2007).

Contrairement au questionnaire, l'entretien n'implique pas de connaître parfaitement le monde de référence et ne nécessite pas de classification préalable de certains éléments déterminants (Blanchet & Gotman, 2007). Lorsque le questionnaire fait apparaître la raison, l'entretien révèle la méthode et le processus. Il dévoile le principe de fonctionnement et la logique d'une action.

Je choisis donc une enquête qualitative à travers un entretien semi-directif. C'est un type d'entretien qui appelle l'interviewé « à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche, en l'influençant très peu, et donc avec des garanties d'absence de biais qui vont dans le sens d'une bonne scientificité » (Romelaer, 2005). L'interviewer doit « veiller à maintenir la conversation et permettre à la personne d'approfondir sa réflexion » (Tétreault & Guilez, 2014).

L'entretien semi-directif commence par une « phrase d'entame » (Romelaer, 2005). Le répondant développe ensuite sa réponse avec ses propres mots dans un entretien orienté par des « reformulations » et des « relances ». Elles sont effectuées jusqu'à ce que les thèmes définis en amont de l'entretien soient tous abordés.

Les guides d'entretien sont disponibles en annexe (Annexe 4 pour les ergothérapeutes, Annexe 5 pour les personnes victimes d'AVC). L'outil a été testé avec une camarade de promotion, une personne étrangère à l'ergothérapie puis avec ma maître de mémoire qui est ergothérapeute DE.

#### 4) Les entretiens

On note que pour un entretien qualitatif, « la représentativité de la population n'est pas un enjeu. Au contraire, l'importance est mise sur le fait d'avoir des informateurs crédibles et participatifs » (Tétreault & Guilez, 2014). Du fait du nombre faible de personnes interrogées, l'échantillon n'est pas

représentatif, j'ai donc veillé « à ce qu'il puisse inclure la plus grande variété de cas possible, de façon à avoir des connaissances sur la plupart des types de populations qui le composent » (Firdion, 2012).

En vue du contexte sanitaire lors de la rédaction de ce mémoire, les entretiens ont été réalisés par téléphone. Les entretiens téléphoniques donnent des « résultats similaires, et ce, sans diminuer la qualité des résultats » (Tétreault & Guilez, 2014).

Après avoir recueilli l'accord de l'interviewé, j'ai commencé à poser mes questions. Ce type d'entretien « comporte des questions prédéterminées abordant différents thèmes pertinents au sujet de recherche » (Tétreault & Guilez, 2014). L'ordre des questions demeurait flexible, pour suivre le fil du discours du répondant mais les questions se sont plutôt bien enchaînées, la fin de réponse de la personne interrogée introduisant souvent ma question suivante.

Les entretiens terminés, je les ai retranscrits entièrement à l'aide de l'enregistrement de chacun.

## 2 – Présentation et analyse des résultats

Tout d'abord, les données recueillies auprès des trois ergothérapeutes seront présentées puis analysées de façon séparée.

Ensuite, les données recueillies auprès de la personne post-AVC seront présentées puis analysées.

Enfin, une analyse croisée des réponses aux deux types d'entretiens sera effectuée afin de déterminer si chaque objectif a été atteint.

### 1) Présentation et analyse des entretiens auprès des ergothérapeutes

Après avoir sollicité 64 structures sanitaires et médico-sociales, 12 structures m'ont dit ne pas avoir eu de personne musicienne post-AVC. 5 ergothérapeutes de structures différentes m'ont dit en avoir eu au moins un. Parmi eux, une m'a répondu mais ne correspondait pas aux critères, une autre avait accepté mais n'a pas donné de suite malgré mes relances (perdue de vue). 3 ergothérapeutes correspondaient aux critères et ont accepté d'effectuer l'entretien.

La retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute 1 est disponible en Annexe 6.

Tableau 1 - Objectifs en fonction des catégories thématiques pour les ergothérapeutes

Catégories thématiques	Objectifs visés
Généralités et expérience professionnelle	Recueillir les éléments permettant d'identifier le profil des ergothérapeutes
Approche, outils et moyens pour accompagner la personne post-AVC	Connaître le type de pratique des ergothérapeutes
L'approche CO-OP avec la personne post-AVC	Objectif 1 : Déterminer la faisabilité de l'approche CO-OP et en particulier de l'utilisation de stratégies cognitives lors de la reprise de l'instrument de musique chez une personne musicienne post-AVC

	Objectif 2 : Établir les différents profils de personnes musiciennes post-AVC pour lesquelles l'approche CO-OP et en particulier l'utilisation de stratégies cognitives serait pertinente
Impact de l'accompagnement sur la personne	Objectif 3 : Vérifier que l'accompagnement ergothérapique avec l'approche CO-OP et en particulier l'utilisation de stratégies cognitives est aidante dans la reprise de l'instrument chez une personne musicienne post-AVC
Ouverture et conclusion	Apporter une réflexion supplémentaire Conclure

### a. Généralités et expérience professionnelle des ergothérapeutes

#### Résultats bruts

Tableau 2 - Présentation de la population des ergothérapeutes interrogés

	Ergothérapeute 1 (E1)	Ergothérapeute 2 (E2)	Ergothérapeute 3 (E3)
Année de diplôme	2015	2019	2008
Structure d'exercice actuelle	SSR Adultes Depuis 2015 (5 ans)	HDJ Adultes Depuis 2019 (1 an)	Centre de rééducation Adultes Depuis 2011 (9 ans)
Région	Pyrénées-Atlantiques	Pays de la Loire	La Réunion
Formations complémentaires	Accompagnement à la reprise de la conduite automobile ; Démarche clinique au positionnement au fauteuil roulant ; Appareillage de prothèses myoélectriques I-Limb et I-Digits	Aucune	Ergonomie ; neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle, du trouble à la rééducation ; Snoezelen ; Orthèses membre supérieur ; Rééducation spécifique de la main ; Parkinson ; Évaluation par le profil des AVQ. MCRO prévue

#### Analyse

Actuellement, les ergothérapeutes interrogés voient tous fréquemment des personnes post-AVC, que ce soit en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Hôpital de jour (HDJ) ou centre de rééducation. Ils ont une expérience auprès d'eux allant de 1 à 9 ans.

Leur diplôme est plutôt récent, sauf un qui a été diplômé avant la réforme de 2010.

Bien que connaissant l'approche CO-OP, aucun des trois ergothérapeutes n'a bénéficié de la formation à celle-ci. La comparaison des points de vue se fera donc possiblement sur les ergothérapeutes utilisant la recherche de stratégies de résolution de problèmes par la personne et ceux ne l'utilisant pas.

*b. Approche, outils et moyens pour accompagner la personne post-AVC*

**Résultats bruts**

Tableau 3 – Approche, outils et moyens pour accompagner la personne post-AVC - Ergothérapeutes

	<b>Ergothérapeute 1 (E1)</b>	<b>Ergothérapeute 2 (E2)</b>	<b>Ergothérapeute 3 (E3)</b>
Approche	<p>« J'alterne entre les deux »</p> <p>Bottom-up :</p> <p>« contexte qui est très centré pathologique avec des médecins rééducateurs »</p> <p>« Culturel dans les services de MPR »</p> <p>Top-down :</p> <p>« j'essaie de développer l'autre approche, centrée directement sur la performance dans l'activité, sans chercher à forcément rééduquer les troubles »</p>	<p>Top-down</p> <p>« Je travaille beaucoup autour de l'outil MCRO où on va partir vraiment des besoins de la personne au niveau de ses occupations »</p>	<p>Bottom-up et Top down</p> <p>« patient-dépendant »</p> <p>« ça dépend de ses objectifs, ça dépend de son histoire de vie »</p>
Apport de l'approche à la pratique	<p>Bottom-up « en tant qu'ergothérapeute [...] je m'y retrouve pas tellement »</p> <p>« Contexte [...] plus fort que ma volonté »</p> <p>Top-down « par rapport à mon identité professionnelle »</p> <p>« partir d'activités significatives [...] pour s'en servir aussi comme activité de rééducation »</p> <p>« favoriser l'autonomie »</p>	<p>« Plus facile d'établir le plan d'intervention en partant vraiment des objectifs établis avec la personne »</p> <p>« Plus facile de faire des séances après en accord avec ce que la personne a réellement besoin »</p>	/
Contexte de l'apparition de la demande de reprendre l'instrument	<p>Un exemple</p> <p>« au fil des séances »</p> <p>« en faisant connaissance avec elle, sur entretien, en prenant connaissance de ses habitudes, surtout de ses loisirs »</p> <p>« apparue un peu naturellement au cours des séances »</p> <p>Activity Daily log</p> <p>MCRO</p>	<p>Un exemple</p> <p>Phase subaiguë, 2 mois après l'AVC</p> <p>« suite à des échanges »</p> <p>MCRO</p>	<p>« lors de l'anamnèse, avant de commencer les bilans »</p> <p>« on leur demande toujours quels sont leurs loisirs [...] s'il y a la musique dedans de toute façon on va travailler là-dessus »</p> <p>« ça m'est jamais arrivé, qu'un patient ne me dise ça qu'en cours de rééducation »</p> <p>« c'est des gens qui pratiquent régulièrement et qui nous le disent dès le départ »</p>
Choix des moyens dans l'accompagnement	<p>« je vais les choisir un peu avec mon patient. Je vais rarement lui imposer un moyen. »</p> <p>Mise en situation (clavier)</p>	<p>Mise en situation (piano)</p> <p>« c'était pas forcément faisable de faire du piano sur 40 minutes de séance au niveau fatigabilité de la</p>	<p>« L'instrument dont il joue »</p> <p>Mise en situation « soit le patient peut ramener son instrument soit nous on les a, mais s'il y a aucun des deux [...] on va glisser sur</p>

	<p>« c'était en échangeant avec elle que finalement on était parti sur l'idée d'utiliser un clavier pour pouvoir travailler »</p> <p>« On a travaillé juste touches par touches au début, après quand elle a progressé on a commencé à faire des accords. Voilà on faisait en fonction de sa progression au niveau moteur. »</p> <p>Pâte de rééducation « divers exercices pour essayer de développer la motricité, la dextérité et essayer que ça ait un lien directement et que ça puisse l'aider à améliorer l'utilisation du clavier »</p>	<p>personne et puis au niveau de la motivation »</p> <p>« c'était important quand même d'alterner les moyens »</p> <p>« par rapport à la personne, à son ressenti au moment de la séance notamment au début on a vraiment commencé, en faisant sur le piano, mise en situation concrète et puis on s'est rendu compte finalement que ça la mettait peut-être un petit peu en échec »</p> <p>« Moyens plus analytiques »</p> <p>Jeux</p>	<p>peut-être quelque chose [...] qui est un petit peu plus analytique qu'écologique et qui va pouvoir servir à la reprise pratique de l'instrument. Les moyens sont physiques, rééducatif pur, en salle de rééducation, des gestes qui peuvent simuler un petit peu les gestes nécessaires à la pratique de l'instrument de musique »</p> <p>« s'il faut d'abord passer par du cognitif pour pouvoir espérer reprendre l'action physique de jouer d'un instrument, ouais on va passer d'abord par du cognitif »</p>
--	--	---	---

### Analyse

En ce qui concerne l'approche, les ergothérapeutes interrogés utilisent tous plus ou moins l'approche Top-down. L'E2 nous dit utiliser l'outil MCRO pour être au plus près des besoins de la personne concernant ses occupations. Cela lui permet d'avoir un plan d'intervention centré sur la personne. L'E1 précise que le contexte médical centré sur la pathologie lui fait aussi se servir de l'approche Bottom-up. Cette approche ne lui correspond pas en tant qu'ergothérapeute. Cependant, il s'attache à développer l'approche Top-down dans ses accompagnements, car celle-ci correspond à son identité professionnelle. Elle permet de favoriser l'autonomie. L'E3 dit aussi utiliser les deux approches, car le choix de l'approche dépend de la personne.

Pour les trois ergothérapeutes, la demande de reprendre l'instrument de musique est apparue lors d'un entretien, souvent le premier, sinon rapidement. L'E1 se sert parfois de l'Activity Daily Log ou la MCRO pour faire ressortir les problèmes occupationnels, quant à l'E2, elle utilise le plus souvent la MCRO. L'E3 utilise seulement l'entretien.

Les trois ergothérapeutes recourent à la mise en situation lorsque le matériel est disponible. L'E1 et l'E2 utilisent aussi des moyens analytiques (pâte de rééducation, jeux...) pour soutenir la reprise de l'instrument par le développement de « la motricité, de la dextérité » comme précise l'E1. L'E2 dit que c'est pour garder la motivation et ne pas fatiguer la personne. Aussi, la mise en situation mettait la personne un peu en échec. L'E3 utilise des moyens analytiques qui pourront servir à la reprise de l'instrument seulement si l'instrument de musique n'est pas disponible.

L'E3 souligne que si des problèmes cognitifs sont présents, il faudra d'abord rééduquer cet aspect pour pouvoir reprendre « l'action physique de jouer d'un instrument ».

L'ergothérapeute déclarant utiliser une approche plutôt qu'une autre se retrouve donc dans la pratique à utiliser les deux et l'ergothérapeute déclarant utiliser les deux approches privilégie en fait l'approche Top-down lorsque c'est possible. On peut donc se dire que l'approche CO-OP, pour certaines personnes, serait à utiliser avec des compléments analytiques si besoin, pour faciliter la reprise de l'instrument de musique.

### *c. L'approche CO-OP avec la personne post-AVC*

#### Résultats bruts

Tableau 4 – L'approche CO-OP avec la personne post-AVC - Ergothérapeutes

	<b>Ergothérapeute 1 (E1)</b>	<b>Ergothérapeute 2 (E2)</b>	<b>Ergothérapeute 3 (E3)</b>
Incitation à l'utilisation des stratégies de résolutions de problèmes par la personne	<p>Oui</p> <p>« elle était pas capable de dissocier les doigts, par contre elle avait un mouvement de pronosupination qui faisait qu'elle pouvait alterner pouce et petit doigt au niveau des touches. Alors elle était pas très précise, [...] mais ça je me souviens que c'est un geste qu'elle a trouvé elle-même »</p> <p>Pratiquait chez elle</p> <p>Travail de collaboration « la fabrication d'une attelle [...] qui la posturait avec l'index qui pointait »</p> <p>Adaptation à ses envies</p> <p>« je me positionne comme étant accompagnant de solutions qu'elle a trouvées elle »</p>	<p>Oui</p> <p>« beaucoup plus intéressant que la stratégie de résolution de problèmes vient de la personne »</p> <p>Accompagnement</p> <p>« pas toujours évident seul de le faire »</p> <p>« guidage verbal »</p>	<p>Oui</p> <p>« toujours [...] même si il a des troubles cognitifs »</p> <p>« d'après vous, qu'est-ce qui va, qu'est-ce qui va pas ? pourquoi vous pensez que vous n'y arrivez pas ? qu'est-ce que vous pensez qui est bien dans ce que vous avez fait, qu'est-ce qui est moins bien ? »</p> <p>« on va lui demander [...] d'essayer de réfléchir à des solutions »</p> <p>« à nous d'adapter ce qu'ils nous disent soit à transposer sur des exercices purs sur table en rééducation ou essayer de lui donner des petites astuces gestuelles que nous on aurait, auxquelles lui n'aurait pas pensé »</p>
Apport de la méthode	<p>« beaucoup d'influence sur l'aspect motivation. Volition, pour utiliser les termes ergo. »</p> <p>« Le côté pouce-petit doigt pour pouvoir travailler ses gammes, c'est ce qu'elle a le plus travaillé, et ça venait d'elle, pas de moi »</p>	<p>« le fait que ça parte de la personne, l'envie de le faire [...] permet d'avoir la motivation pour pratiquer et puis garder cet objectif »</p> <p>« elle le reproduisait chez elle ce qu'on faisait en séance par exemple, donc c'était plus facile pour elle de le reproduire de son côté et d'être motivée pour continuer les séances »</p>	<p>« l'analyse juste de l'ergothérapeute sur ce que fait le patient avec son instrument [...] ça implique pas vraiment le patient »</p> <p>« plus il va s'impliquer et plus il va réfléchir par lui-même, plus facile sera sa rééducation parce que même les processus cognitifs vont entraîner une mémoire motrice au niveau des mouvements »</p>

			« je suis persuadé que c'est hyper important »
Utilisation de l'approche CO-OP	<p>Non</p> <p>« Je vais pas l'appliquer de manière précise »</p> <p>« c'est clair qu'il y a des possibilités »</p> <p>Manque de temps</p> <p>« beaucoup de patients à la journée »</p> <p>« c'est toujours compliqué de réussir à avoir une pratique carrée avec des outils et des approches cadrées »</p>	<p>Non</p> <p>« à partir du moment où on connaît on intègre quand même certains principes qu'on peut être amenés à plus ou moins utiliser dans certaines situations. » Pas de formation</p> <p>Connaissances uniquement de la formation initiale</p>	<p>Oui</p> <p>« on utilise pas forcément ce terme-là mais on le fait »</p> <p>« avec les patients dont les capacités cognitives nous le permettent on va l'utiliser tout le temps et c'est hyper important »</p>
Avantages de l'approche CO-OP	<p>« mettre un peu plus de sens sur la prise en charge, sur la rééducation »</p> <p>« redonner au patient les motivations, un investissement dans sa rééducation, lui donner des objectifs »</p> <p>« peut-être que ça peut aussi agir directement sur le processus de deuil, sur l'acceptation du handicap »</p>	<p>« facilite la reprise de l'activité sur le long terme »</p> <p>« quand elle sera chez elle par exemple, de pouvoir continuer le travail qui a été commencé en séances »</p> <p>« Notamment les stratégies qui seront mises en places pour faciliter la participation à l'activité pourront être plus facilement reproductible par la suite »</p>	<p>Implique « beaucoup plus le patient, comme je l'ai dit juste avant ça a l'avantage de le faire réfléchir lui-même sur ce qu'il doit corriger »</p> <p>Gain de temps</p> <p>« J'ai l'impression que la motivation elle est bien décuplée, puis l'envie de reprendre est décuplée aussi »</p> <p>Volition</p>
Inconvénients de l'approche CO-OP	<p>« contexte hospitalier qui fait qu'on a peu de temps, qu'on est dans un discours général très centré pathologique et que si nous on prend le temps de faire l'approche CO-OP, on risque de se retrouver un petit peu en décalage par rapport aux médecins. »</p> <p>« si on fait ça, à côté on est obligé de négliger d'autres aspects de la rééducation, qui est le travail de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne »</p> <p>« Je pense que comme on est aussi dans la reprise d'une activité de loisirs, c'est pas forcément un objectif qui est prioritaire »</p>	<p>Les services où les collègues « n'utilisent pas cette approche là et c'est vrai que quand la personne est suivie par plusieurs ergothérapeutes c'est mieux quand on a toutes le même type d'approche. »</p> <p>« Parfois on est obligés d'arrêter en fait, c'est pas... [...] en essayant de le faire de manière ludique, en essayant de garder cette motivation, c'est pas toujours évident et la mise en échec, si on trouve pas des solutions avec la personne [...] cela peut devenir un inconvénient pour la personne, pour sa motivation à continuer la pratique de l'instrument »</p>	Aucuns
Type de personne pour lesquelles l'approche est pertinente	Personnes en HDJ, « déjà dans leur milieu de vie »	Toutes les personnes, pas de limite d'âge	Toutes les personnes

<p>Type de personne pour lesquelles l'approche ne peut pas être utilisée</p>	<p>« je pense aux déficits importants [...] aux AVC assez lourds, avec des tableaux cliniques importants, des troubles cognitifs alliés à des troubles moteurs, des troubles du schéma corporel »  « l'aphasie aussi qui fait qu'on peut avoir du mal à communiquer et c'est quand même la base d'une approche CO-OP, c'est de pouvoir collaborer et communiquer »  « puis l'aspect [...] psychologique. Quelqu'un qui est dans un déni ou [...] qui a pas la capacité psychologique de s'investir dans la rééducation »</p>	<p>Personnes « où c'est vraiment des difficultés liées à leurs capacités [...] motrices ou cognitives »  « on peut pas toujours compenser en fait les difficultés qu'on a »  Personnes qui « ont besoin de retrouver vraiment leurs capacités d'avant pour pouvoir rejouer vraiment comme avant. »</p>	<p>Troubles cognitifs trop importants  « Si le patient n'est pas capable d'avoir une analyse sur ce qu'il fait avec son instrument, le CO-OP va pas forcément fonctionner. Voilà si les troubles cognitifs sont trop importants il n'aura aucune rétro-analyse de ce qu'il est en train de faire. »</p>
--	--	--	---

### Analyse

Les trois ergothérapeutes incitent la personne à trouver des stratégies de résolution de problèmes par elle-même, car cela est « beaucoup plus intéressant » comme dit l'E2. L'E1 souligne que les techniques trouvées par la personne sont beaucoup plus travaillées par la suite en dehors des séances. L'E3 pose diverses questions à la personne pour l'inciter à réfléchir sur les problèmes qu'elle rencontre et ensuite à trouver des solutions à ceux-ci.

Les trois précisent que l'ergothérapeute doit accompagner la personne, mettre en place une « collaboration » comme précise l'E1. L'ergothérapeute peut par exemple proposer une attelle pour faciliter la pratique comme l'a fait l'E1. L'E3 raconte que l'ergothérapeute adapte ce que la personne dit soit par des exercices de rééducation soit par des astuces gestuelles. L'E2 dit qu'un accompagnement par guidage verbal est indispensable, car ce n'est « pas toujours évident seul de le faire. »

En ce qui concerne les apports de la méthode de résolutions de problèmes par la personne, les ergothérapeutes s'accordent à dire que la méthode implique la personne. De plus, l'E1 et l'E2 précisent que cela maintient sa motivation. L'E3 est persuadé que c'est important, car l'analyse seule de l'ergothérapeute n'implique pas la personne. Son implication va le faire réfléchir par lui-même et « les processus cognitifs vont entraîner une mémoire motrice au niveau des mouvements. » L'E1 et l'E2 soulignent que cette méthode permet à la personne d'ensuite travailler seule chez elle, cela permet une continuité de la rééducation.

Cependant, les 3 ergothérapeutes n'utilisent pas l'approche CO-OP à proprement parler. L'E3 dit utiliser tout le temps le principe mais sans utiliser ce terme. L'E1 ne l'utilise pas par manque de temps en précisant qu'il y aurait des possibilités. L'E2, car elle n'a pas la formation mais précise cependant que quand l'approche est connue, certains principes sont intégrés et l'ergothérapeute peut être amené à les utiliser. On peut donc supposer que la non-utilisation de l'approche CO-OP est due à un manque d'informations générales par rapport à cette dernière.

D'après l'E1 et l'E3, les avantages de CO-OP se situent principalement dans l'implication de la personne et sa motivation dans sa rééducation. L'E1 et l'E3 parlent de volition. Pour l'E2, cela facilite l'engagement sur le long terme et facilite la participation. C'est une approche reproductible. Pour l'E1, cela permet aussi d'agir sur le processus de deuil, l'acceptation du handicap. Cela permet également que l'accompagnement ait plus de sens. L'E3 pense aussi qu'il y a un gain de temps à utiliser cette approche.

Pour l'E1 et l'E2, les inconvénients de CO-OP sont les contraintes institutionnelles. En effet, il est plus simple entre collègues d'utiliser la même approche et il faut répondre à la demande des médecins prescripteurs. D'après l'E1, la reprise de l'instrument de musique n'est pas un objectif prioritaire et s'il est travaillé avec l'approche CO-OP, cela fait négliger les autres aspects de la rééducation par manque de temps. L'E2 pense que l'approche CO-OP peut mettre en situation d'échec et impacter la motivation de la personne. L'E3 ne voit pas d'inconvénient à l'approche CO-OP.

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que l'approche est pertinente pour toutes les personnes de tout âge, l'E1 précisant plus particulièrement en lieu de vie comme l'HDJ, car la personne a déjà passé la phase de rééducation post-AVC.

Les trois ergothérapeutes tombent d'accord pour dire que les troubles cognitifs trop importants sont une limite. L'analyse de la personne sur ses actions ne sera pas possible. L'E2 précise que lorsque les capacités motrices ne peuvent pas être compensées, l'approche sera compliquée. De plus, l'E1 note que l'approche n'est pas adaptée pour les personnes ayant des troubles du schéma corporel, une aphasie (car il faut communiquer dans CO-OP) ou encore une personne qui est dans le déni ou qui n'a pas « la capacité psychologique de s'investir dans la rééducation. »

Malgré le fait que les ergothérapeutes n'utilisent pas l'approche CO-OP, ils utilisent une ou plusieurs des caractéristiques clés avec les personnes post-AVC n'ayant pas de troubles cognitifs trop importants. Ce qui montre qu'avec une formation, les ergothérapeutes pourraient utiliser l'approche dans son ensemble.

*d. Impact de l'accompagnement sur la personne*

**Résultats bruts**

Tableau 5 - Impact de l'accompagnement sur la personne – Ergothérapeutes

	<b>Ergothérapeute 1 (E1)</b>	<b>Ergothérapeute 2 (E2)</b>	<b>Ergothérapeute 3 (E3)</b>
Évaluation de la diminution des difficultés et de son sentiment de compétence	Entretien Ressenti du patient Mise en situation et observation « l'effort que ça lui demande, la gestuelle, le niveau d'aide que je lui apporte »	Entretien MCRO « l'auto-évaluation je pense que c'est ce qu'il y a de plus intéressant au vu de cet objectif-là » Mise en situation et observation « voir si la personne elle a réussi à tenir plus longtemps, voir elle, ses sensations, voir son ressenti par rapport à ça »	« On a aucun bilan par rapport aux instruments de musique [...] donc on peut pas chiffrer cette progression » Retour du patient et de sa famille Mise en situation chronométrée « en deux mois il a énormément progressé, il est plus rapide, il fait moins de fautes, la mélodie est mieux jouée »
Évolution de la satisfaction / de l'estime de soi	« c'est surtout là-dessus que je pense ça a eu une influence » « que c'était dur pour elle de se rendre compte qu'elle arrivait plus à jouer comme avant et qu'elle allait plus réussir à jouer comme avant. [...] Mais j'ai aussi perçu l'importance que ça avait pour elle. Parce que c'était vraiment un loisir qui était très très présent dans son quotidien et que c'était plutôt satisfaisant de pouvoir continuer. De pas avoir un abandon total de l'activité » « C'était vraiment, vraiment quelque chose d'important pour elle. »	« quand la personne a été habituée à avoir un très bon niveau et que là elle se retrouve face à ses nouvelles capacités qui [...] lui permettent pas d'avoir la même performance qu'avant c'est vrai que parfois ça peut avoir l'effet inverse c'est-à-dire qu'au lieu de remotiver la personne ça la met un peu en échec et ça n'améliore pas son estime de soi » « plutôt se baser sur comment c'était au début de la rééducation et comment c'est maintenant, et souvent c'est vrai que la satisfaction elle s'améliore, elle progresse »	« s'il y a des progrès clairement les patients sont beaucoup plus motivés » « Leur bien-être évidemment est augmenté parce que la musique [...] c'est pas une activité anodine en fait, c'est vraiment une passion pour les gens. » « Ils sont vraiment contents, ils sont heureux. Ça se ressent en rééducation »

**Analyse**

Les trois ergothérapeutes évaluent le rendement et le sentiment de compétence par un entretien, en recueillant le ressenti de la personne et l'E3 recueille aussi parfois les impressions de la famille. L'E2 considère que l'auto-évaluation est ce qu'il y a de plus intéressant pour cet objectif, recueille les sensations et le ressenti de la personne.

Les trois font aussi une mise en situation pour pouvoir observer les différences. L'E1 regarde l'effort et le niveau d'aide requis ainsi que la gestuelle de la personne. L'E2 regarde si la personne réussit à jouer

plus longtemps. L'E3 chronomètre la personne et regarde le temps, si la personne est plus rapide, si elle fait moins de fautes, si la mélodie est mieux jouée.

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que le succès ou non de la reprise, la différence entre la façon dont jouait la personne avant et après l'AVC, a un fort impact sur la satisfaction et l'estime de soi de la personne, car comme précise l'E3, c'est une « passion » pour elle. L'E2 dit qu'il est néanmoins satisfaisant de pouvoir continuer, de ne pas devoir totalement abandonner l'activité. L'E3 précise aussi que cela a un impact sur la rééducation.

### e. Ouverture et conclusion

#### Résultats bruts

Tableau 6 - Ouverture et conclusion – Ergothérapeutes

	<b>Ergothérapeute 1 (E1)</b>	<b>Ergothérapeute 2 (E2)</b>	<b>Ergothérapeute 3 (E3)</b>
Démarche si la personne ne peut pas reprendre son instrument de musique ou si ses progrès ne sont pas à la hauteur de ses espérances	Accompagnement dans l'acceptation Proposition d'autres moyens autour de la musique « le plaisir d'écouter la musique, ça peut être le plaisir de discuter autour de l'instrument, le plaisir de transmettre ses connaissances autour de l'instrument. » « en tant qu'ergothérapeutes, aussi de cibler les capacités restantes [...] en essayant de valoriser la personne puisqu'elle est en train de vivre une perte de capacités »	« travailler un autre instrument qui serait peut-être un peu plus adapté à ses nouvelles capacités ou notamment travailler autour de la musique, sur des choses rythmiques » « pour qu'à long terme elle puisse reprendre le piano. Mais à court terme que ce soit quelque chose de réalisable et qu'elle soit pas mise en échec » « si vraiment les capacités sont définitives [...] qu'après il faut accompagner la personne à faire un peu le deuil autour de ça » « la personne a besoin aussi d'avoir du temps pour accepter » « essayer de comprendre ce que la personne trouvait dans cette activité, qu'est-ce que ça lui apportait et d'essayer de voir s'il y a pas une autre activité qui pourrait lui apporter ces mêmes émotions, ces mêmes sensations »	« quelqu'un qui peut quand même reprendre l'instrument mais pas aussi bien qu'avant, mais il peut quand même rejouer. Donc moi je le distingue de quelqu'un qui ne peut plus du tout reprendre » « comme c'est des gens passionnés, s'ils peuvent plus reprendre, ou si pour eux ils jouent plus assez bien, voilà c'est un deuil à faire » « on va diriger la personne vers la psychologue ou le psychologue du centre » « tous les cas sont différents mais c'est un gros soutien psychologique. Et en parler, beaucoup » « et pourquoi pas diriger vers un autre instrument éventuellement, s'il y a possibilité »

#### Analyse

L'E3 contacte en premier le ou la psychologue du centre pour l'accompagner dans le deuil. Il échange beaucoup avec la personne et lui propose un autre instrument si cela est possible.

L'E2 propose d'essayer un instrument plus adapté aux nouvelles capacités ou de travailler autour de la musique pour reprendre ensuite l'instrument désiré. Dans le cas de capacités définitives, elle accompagne la personne à faire le deuil et lui laisse du temps. Aussi, elle identifie ce qui était important pour la personne dans cette occupation pour trouver une occupation qui lui apporte les mêmes émotions, les mêmes sensations.

L'E1 accompagne la personne dans l'acceptation et fait des propositions d'autres moyens autour de la musique comme écouter de la musique, en discuter ou transmettre ses connaissances autour de l'instrument. Il cible aussi les capacités restantes de la personne pour la valoriser et la soutenir dans sa perte d'autonomie.

## 2) Présentation et analyse de l'entretien auprès de la personne musicienne post-AVC

Sans doute en raison du contexte sanitaire, les associations de patients contactées (*France AVC, AVC tous concernés, AVC, AIT, et après*) n'ont pas donné suite à mes demandes. J'ai pu avoir le contact d'une personne grâce au groupe Facebook de l'association *AVC, AIT, et après*.

L'entretien avec la personne post-AVC permet de mettre en perspective les propos des ergothérapeutes.

Tableau 7 - Objectifs en fonction des catégories thématiques pour les personnes post-AVC

Catégories thématiques	Objectifs visés
Généralités	Recueillir les éléments permettant d'identifier le profil des personnes post-AVC. Objectif 2 : Établir les différents profils de personnes musiciennes post-AVC pour lesquelles l'approche CO-OP et en particulier l'utilisation de stratégies cognitives serait pertinente
Priorités de la personne lors de l'accompagnement	Connaître les priorités et les attentes des personnes musiciennes post-AVC.
Ressenti vis-à-vis de la méthode utilisée lors de l'accompagnement	Objectif 2 : Établir les différents profils de personnes musiciennes post-AVC pour lesquelles l'approche CO-OP et en particulier l'utilisation de stratégies cognitives serait pertinente
Rendement et satisfaction de la personne	Objectif 3 : Vérifier que l'accompagnement ergothérapeutique avec l'approche CO-OP et en particulier l'utilisation de stratégies cognitives est aidante dans la reprise de l'instrument chez une personne musicienne post-AVC
Ouverture et conclusion	Projection dans l'avenir Conclure

*a. Généralités***Résultats bruts**

Tableau 8 - Présentation de la personne post-AVC interrogée

	<b>Personne post-AVC</b>
Année de l'AVC	Juin 2019
Âge	53 ans
Séquelles	Hémiplégique gauche Pas de séquelles cognitives Héminégligence soignée
Structure et temps de la rééducation	SSR Pendant 5 mois
Région	Belgique
Autonomie	Acquise pour les soins personnels

**Analyse**

La personne post-AVC interrogée a eu un AVC droit en juin 2019, c'est-à-dire à 10 mois au moment de l'entretien. La personne est donc à la phase chronique de son AVC.

Il a 53 ans et est resté hospitalisé 5 mois, en Belgique. L'accompagnement y est sans doute légèrement différent.

La personne est hémiplégique gauche et n'a pas de séquelles cognitives. Son héminégligence a disparu grâce à la rééducation. Il est maintenant autonome dans les activités de la vie quotidienne comme les soins personnels.

*b. Priorités de la personne lors de l'accompagnement***Résultats bruts**

Tableau 9 - Priorités de la personne lors de l'accompagnement - Personne post-AVC

	<b>Personne post-AVC</b>
Attentes vis-à-vis de la prise en charge	« Récupérer un maximum » Être autonome Reprendre le piano
Reprise de l'instrument en ergothérapie	Non Projet
Fréquence de la pratique avant l'AVC	Quotidienne
Histoire avec la musique	« Priorité dans la vie » Musicien amateur « depuis l'âge de 3 ans » « J'étais très doué » Oreille absolue « Maintenant tout est foutu »
Apport de la pratique de l'instrument de musique	Passion Antistress Permet de « relâcher mes sentiments, ma rage, tout »

## Analyse

L'objectif de la personne était d'être autonome et de récupérer un maximum de capacités motrices. Ainsi, elle pourrait reprendre l'instrument de musique (piano) le plus vite possible. La personne n'a pas encore repris le piano avec son ergothérapeute, c'est en projet. Cependant, il a déjà essayé de rejouer seul. Il connaît donc ses difficultés par rapport à la reprise.

C'est un musicien amateur qui joue depuis l'âge de trois ans, il décrit la musique comme une priorité dans sa vie. Sa pratique avant l'AVC était quotidienne. Il a l'oreille absolue et se décrit comme très doué avant l'accident.

Il est très atteint moralement par le fait de ne plus pouvoir jouer comme avant et précise que « maintenant tout est foutu. » Jouer de la musique est pour lui une passion, lui permet de relâcher ses sentiments, sa rage et est un antistress.

### *c. Ressenti vis-à-vis de la méthode utilisée lors de l'accompagnement*

## Résultats bruts

Tableau 10 - Ressenti vis-à-vis de la méthode utilisée lors de l'accompagnement - Personne post-AVC

	<b>Personne post-AVC</b>
Nombre de séances d'ergothérapie	2 séances par jour pendant l'hospitalisation 2 séances par semaine depuis qu'il est chez lui
Moyens utilisés lors des séances	Ergothérapeutes « favorisent l'autonomie par rapport à la dextérité, etc » Musclature du bras Jeu vidéo commandé par un joystick avec la main hémiplégique Mises en situation
Préférence d'accompagnement	Les ergothérapeutes « ont trouvé des tas de solutions à mes problèmes notamment pour m'habiller, m'apprendre à faire mes soins tout seul » « L'ergothérapeute n'est pas en général une musicienne » Trouver des solutions par lui-même « on ne parlerai pas le même langage »

## Analyse

Le fait que la rééducation ait eu lieu en Belgique influence le nombre de séances. En effet, avoir deux séances d'ergothérapie dans la journée est rare en France.

Sa description (les ergothérapeutes « favorisent l'autonomie par rapport à la dextérité » et mettent en situation) laisse penser que les ergothérapeutes ont une approche Top-down dans l'accompagnement. Cependant, les moyens utilisés (musclature et thérapie par le jeu vidéo) sont plutôt des approches Bottom-up. Leur approche est donc sans doute mixte.

Les ergothérapeutes lui ont prodigué des conseils et recommandé des aides techniques pour que la personne réussisse à réaliser ses soins personnels. Cependant, pour la reprise de l'instrument la personne trouverait cela compliqué que l'ergothérapeute lui donne des conseils sachant qu'il ou elle ne sera pas forcément musicien.ne. La personne pense qu'ils ne parleront pas « le même langage » et trouve cela plus adapté s'il trouve lui-même ses solutions.

#### *d. Rendement et satisfaction de la personne*

##### Résultats bruts

Tableau 11 - Rendement et satisfaction de la personne - Personne post-AVC

	<b>Personne post-AVC</b>
Rendement actuel	Bon, avec la main droite Impossible avec la main gauche qui fait normalement « la rythmique et les basses » La main gauche est « une base pour la musique » Pas de problèmes au niveau des pédales
Satisfaction actuelle	« Pas du tout » satisfait « Je dois avoir ma main gauche »
Vécu des séances d'ergothérapie	« Les ergothérapeutes sont supers » « j'ai un très bon souvenir, même si ces moments-là c'étaient les pires de ma vie au début mais heureusement qu'elles étaient là. »

##### Analyse

La personne peut actuellement jouer du piano à une main. Il lui est encore impossible de jouer quelque chose avec la main gauche, qui constitue en musique une « base », car elle fait « la rythmique et les basses ». Il n'a pas de problème à actionner les pédales, car cela se fait avec le pied droit.

La personne est actuellement insatisfaite de sa performance au piano. Elle n'est « pas du tout » satisfaite, car elle ne se voit pas jouer que d'une seule main, elle veut jouer aussi avec la main gauche.

La personne a bien vécu les séances d'ergothérapie et en a un très bon souvenir, même si cela concordait avec les pires moments de sa vie.

#### *e. Ouverture et conclusion*

##### Résultats bruts

Tableau 12 - Ouverture et conclusion - Personne post-AVC

	<b>Personne post-AVC</b>
Projection dans l'avenir	Fera « tout pour rejouer des deux mains » « Je pars du principe que tout ce que je peux prendre je le prendrai. »
Conclusion	Un « AVC c'est un tsunami dans une vie. On a une vie épanouie et puis d'un moment à l'autre, en une fraction de seconde, il y a toute la vie qui s'écroule. »

## Analyse

La personne est très motivée à reprendre le piano, elle veut absolument rejouer des deux mains. Cependant, elle est consciente qu'elle ne pourra pas jouer comme avant et essaierait d'avoir le rendement le plus élevé possible.

La personne dessine une limite très nette entre avant et après son AVC et le décrit comme un bouleversement énorme dans sa vie.

### 3) Analyse croisée des entretiens

#### *a. Faisabilité de l'approche CO-OP*

Les ergothérapeutes s'accordent à dire que l'approche CO-OP avec des personnes musiciennes voulant reprendre leur instrument de musique est faisable. Ils utilisent tous trois la **mise en situation** et incitent la personne à **la résolution de problèmes par elle-même**. Cette dernière doit cependant être comprise dans une démarche de **collaboration** entre l'ergothérapeute et la personne par exemple avec un **guidage verbal** ou des **propositions d'aide technique**. Le manque d'information général fait que l'approche CO-OP n'est pas strictement utilisée par les ergothérapeutes.

Les avantages de CO-OP résident dans l'**implication** de la personne dans sa rééducation, ce qui maintient sa **motivation/volition**. Cela permet aussi l'**engagement** de la personne sur le long terme et permet une **continuité de la rééducation** quand la personne reproduit la démarche chez elle. Cela permet aussi d'agir sur le **processus de deuil, l'acceptation du handicap**. Cela apporte aussi du sens à l'accompagnement, car l'approche est **occupation-centré**.

Les inconvénients de CO-OP résident dans les **contraintes institutionnelles** au niveau de l'équipe d'ergothérapeutes et des médecins prescripteurs. L'autre contrainte est la **mise en échec** de la personne.

Pour conclure sur l'objectif « Déterminer la faisabilité de l'approche CO-OP et en particulier de l'utilisation de stratégies cognitives lors de la reprise de l'instrument de musique chez une personne musicienne post-AVC » : au regard des résultats, l'approche CO-OP, et en particulier de l'utilisation de stratégies cognitives, est réalisable dans le cadre de la reprise de l'instrument post-AVC.

#### *b. Différents profils de personnes pour lesquels l'approche CO-OP serait pertinente*

Les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que l'approche serait adaptée pour **toutes les personnes, quel que soit leur âge**. Cependant sont exclues les personnes ayant des **troubles cognitifs sévères**, des **capacités motrices non compensables**, des **troubles du schéma corporel** et/ou une **aphasie**.

Sont aussi exclues les **personnes dans le déni** ou avec une **capacité psychologique non suffisante pour mener une réflexion** sur leur pratique.

L'avis de la personne post-AVC, qui a une hémiparésie gauche et n'a pas de troubles cognitifs, corrobore celui des ergothérapeutes. En effet, il est dans les critères d'inclusion de ces derniers et **préfère trouver les solutions par lui-même** pour reprendre son instrument.

Pour conclure sur l'objectif « Établir les différents profils de personnes musiciennes post-AVC pour lesquelles l'approche CO-OP et en particulier l'utilisation de stratégies cognitives serait pertinente » : nous pouvons affirmer que l'approche CO-OP est pertinente pour un tel public, avec quelques exceptions. Il fait consensus que l'approche serait peu réalisable avec des personnes ayant des troubles cognitifs sévères.

#### *c. Accompagnement avec l'approche CO-OP*

Aucun des ergothérapeutes interrogés n'utilise strictement l'approche CO-OP, cependant, les trois ergothérapeutes incitent déjà les personnes à rechercher des stratégies par elle-même, car elles trouvent des avantages à la méthode.

Les trois ergothérapeutes évaluent le rendement par entretien (**auto-évaluation**) et une **observation** par une **mise en situation**. Le succès de la reprise de l'instrument a un **impact positif** sur la **satisfaction** et l'**estime de soi** de la personne ainsi que sur sa **rééducation**. Cela est corroboré par la personne post-AVC qui est très impactée psychologiquement par sa performance sur l'instrument mais est très motivée pour reprendre.

Un ergothérapeute travaillant en SSR mentionne que l'approche serait plus pertinente en HDJ. Un autre ergothérapeute interrogé travaillant en HDJ la trouve aussi pertinente dans ces conditions.

Pour conclure sur l'objectif « Vérifier que l'accompagnement ergothérapique avec l'approche CO-OP et en particulier l'utilisation de stratégies cognitives est aidante dans la reprise de l'instrument chez une personne musicienne post-AVC » : nous ne pouvons affirmer que l'accompagnement en ergothérapie avec l'approche CO-OP est aidant, car aucun ergothérapeute ne le pratique strictement. Néanmoins, nous pouvons prouver l'intérêt des ergothérapeutes et de la personne post-AVC pour l'approche CO-OP et plus particulièrement la recherche de stratégies de résolutions de problèmes par la personne elle-même.

### 3 – Discussion

Cette enquête a pour objectif de valider ou d'invalider mon hypothèse selon laquelle l'approche CO-OP, en particulier l'utilisation de stratégies cognitives, favorise la reprise de l'instrument de musique chez une personne musicienne post-AVC.

Ainsi, cette partie sera destinée à confronter les résultats de l'enquête avec les apports théoriques avec comme fil rouge les différents objectifs détaillés plus haut.

#### 1) Faisabilité de l'approche CO-OP avec une personne musicienne post-AVC

Différentes études ( (McEwen S. , et al., 2015) ; (Ahn, 2017) ) ont utilisé l'approche CO-OP avec un public post-AVC mais pas particulièrement pour la reprise de l'instrument de musique. Les ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas l'approche CO-OP avec ce public mais utilisent certains principes de cette approche.

Tout d'abord, la résolution de problèmes par la personne elle-même, autrement dit **l'utilisation de stratégies cognitives**. Sans citer le terme utilisé dans CO-OP, les ergothérapeutes interrogés utilisent cette approche dans le même but. Elle permet d'apprendre à la personne à réfléchir sur la manière de trouver une stratégie lorsqu'elle est confrontée à un problème d'exécution dans l'utilisation de l'instrument de musique, d'identifier une stratégie et de la mettre en place pour ensuite déterminer si elle fonctionne ou non (Polatajko & Mandich, 2017).

Ensuite, les personnes sont mises en situation par les ergothérapeutes interrogés soit pour une évaluation soit pour améliorer le rendement occupationnel. Or, la stratégie globale de CO-OP est la stratégie de résolution de problèmes « BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER » (Polatajko & Mandich, 2017). Dans cette stratégie, « Faire » est **l'application des différentes étapes du plan**, autrement dit la personne est mise en situation.

Enfin, les ergothérapeutes notent une collaboration indispensable avec la personne. Cela rejoint une étude (McEwen S. E., Polatajko, Davis, Huijbregts, & Ryan, 2009) qui note un retour des personnes post-AVC qui ont besoin d'un équilibre entre l'autonomie et le soutien. Or, CO-OP est une approche où le thérapeute guide la personne dans l'utilisation « d'habiletés métacognitives » pour l'amener à utiliser des stratégies qu'il a lui-même créées (Polatajko & Mandich, 2017). La personne n'est donc pas laissée seule et est accompagnée. Un ergothérapeute note qu'elle utilise la **guidance verbale**. Celle-ci fait également partie intégrante de l'approche et est le fait que l'ergothérapeute guide la personne par la voix pour ensuite l'emmener vers l'autonomie, c'est-à-dire l'autoguidance verbale où la personne se dirige elle-même à haute voix (Polatajko & Mandich, 2017).

L'approche CO-OP requiert une **motivation** et un engagement de la personne par une réactivité comportementale (Polatajko & Mandich, 2017). D'après les ergothérapeutes interrogés, ceux-ci sont déjà acquis par le désir de reprendre et renforcés par l'approche CO-OP. L'implication de la personne se ressent même au-delà de la reprise de l'instrument en lui-même. Aussi, la motivation a un impact sur la mémoire à court terme. En effet, en ce qui concerne l'attention et la répétition, « les informations les plus motivantes sont sélectionnées au détriment des autres informations » (Fenouillet & Tomeh, 1998). Le cerveau sélectionne donc les données positives dans une expérience mitigée.

Une étude (Maclean, Pound, Wolfe, & Rudd, 2000) montre que les personnes post-AVC ayant une forte motivation pour la rééducation s'avèrent être celles qui s'alignent plus sur les objectifs et les méthodes des rééducateurs, et étaient plus susceptibles de comprendre la nature et le but de leur réadaptation. Cela va donc dans le sens de l'intérêt des buts choisis avec la personne et donc signifiants et aussi d'utiliser une approche dont la personne comprend l'intérêt. Un ergothérapeute précise que l'approche CO-OP permet de donner du sens à la rééducation. En effet, celle-ci a pour objectif la reprise d'une activité signifiante pour la personne. Dans la littérature, il est conseillé d'utiliser en rééducation une activité qui a du sens pour la personne (Yelnik, Bonan, Simon, & Gellez-Leman, 2008).

Une limite notée par un ergothérapeute fait état d'une possible **mise en échec** de la personne. En effet, « la perspective d'une nouvelle difficulté est source d'anxiété, anxiété tempérée par le souvenir des réussites antérieures et l'expérience du changement comme source d'épanouissement et de dépassement de soi » (Favre, 2010). L'accumulation de mise en échec peut donc atteindre négativement la personne quand elle n'a pas de réussite antérieure à laquelle se raccrocher.

L'approche CO-OP permet aussi une **continuité** dans la rééducation. En effet, après l'apprentissage de la stratégie générale la personne peut la réutiliser pour une autre occupation. La littérature le confirme, l'approche CO-OP ayant pour objectif final « le transfert et la généralisation des habiletés et des stratégies de résolution de problèmes apprises durant l'intervention » à d'autres tâches et activités motrices (Polatajko & Mandich, 2017).

Un ergothérapeute interrogé pense que l'approche CO-OP soutient le processus de deuil et l'acceptation du handicap. Il n'y a pas d'étude pour corroborer ses dires ou non mais nous pouvons les rattacher au concept de **résilience**. C'est la capacité à se reconstruire après un traumatisme, à vivre et à se développer positivement, malgré le stress, les blessures ou l'adversité de la situation qui a un risque important d'issue négative (Chollet, 2002). La personne met en place des mécanismes de défense pour surmonter les épreuves auxquelles elle est confrontée (Anaut, 2005). La résilience dépend des ressources de la personne comme l'environnement relationnel, les caractéristiques de sa personnalité... En tant que professionnel, il faut repérer ses ressources et les mettre en avant autant

que les capacités motrices (Anaut, 2005). Quand le processus de deuil concerne le handicap ou la perte d'autonomie, le fait de reprendre une activité signifiante peut possiblement participer au processus de résilience. Cela peut aider à accepter sa condition si l'une des activités qui comptait le plus pour la personne est de nouveau possible à travers une approche qui favorise l'autonomie.

Les **contraintes institutionnelles** citées par deux des ergothérapeutes n'apparaissent pas dans les études sur l'approche CO-OP, ce qui est normal puisqu'elles sont réalisées dans des contextes où l'approche est utilisée. Il n'y a donc pas le problème de la mettre en place. En réalité, deux logiques professionnelles s'opposent. Le médecin prescripteur a une vision Bottom-up de la rééducation (Brown & Chien, 2010) et l'approche CO-OP est top-down, il est donc difficile de ne privilégier que cette approche quand le médecin attend des résultats quantifiables. Dans l'idéal, il serait formé sur l'ergothérapie pour avoir une demande plus en adéquation avec notre travail. Aussi, les ergothérapeutes privilégient les approches déjà présentes dans le service de rééducation (biais de *statu quo* ou de *la règle par défaut* (Bergeron, et al., 2018) ). En effet, il est plus aisé de changer les pratiques lorsqu'on est le seul ergothérapeute plutôt que lorsqu'on est une dizaine. Cependant, après une formation de l'équipe à l'approche CO-OP, il est tout à fait imaginable de réfléchir ensemble à sa pertinence dans le service.

Les articles de (Ahn, 2017) et (McEwen S. , et al., 2015) montrent que l'approche CO-OP est faisable avec des personnes post-AVC et montrent des résultats qui seront développés après. Aussi, les ergothérapeutes interrogés sont favorables à l'utilisation de l'approche CO-OP avec ce public, reste à savoir pour quels types de personnes l'approche serait adaptée, ou non.

## 2) Différents profils de personnes musiciennes post-AVC pour lesquels l'approche CO-OP est pertinente

Les ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire que les personnes ayant des **troubles cognitifs sévères** ne pourraient pas être accompagnées avec cette approche. D'ailleurs, ils utilisent la résolution de problèmes par la personne avec toutes les personnes exceptées celles ayant des troubles cognitifs. Ces résultats rejoignent ceux décrits par le livre sur l'approche CO-OP où un des prérequis est d'avoir des capacités cognitives suffisantes (Polatajko & Mandich, 2017). Dans les études sélectionnées par deux articles ( (McEwen S. , et al., 2015) ; (Ahn, 2017) ), les patients inclus avaient une fonction cognitive normale, autrement dit pas de déficience cognitive. La définition d'une partie de l'approche CO-OP, « les stratégies cognitives », est un bon exemple de l'utilité d'une bonne capacité cognitive. En effet, l'ergothérapeute accompagne la personne à travers un « processus de résolution de problèmes moteurs » qui la mène à découvrir et à appliquer des stratégies cognitives qu'elle a trouvées par elle-même pour réaliser l'activité (Faure & Galbiati, 2019). La personne a donc besoin de pouvoir mener

une réflexion sur ce qu'elle fait afin de trouver des solutions aux problèmes rencontrés. Cependant, dans une autre étude (Skidmore, et al., 2015) étaient incluses seulement les personnes ayant une altération cognitive, pourtant, elle montre aussi des résultats prometteurs en ce qui concerne l'élaboration de stratégies cognitives (Meta-cognitive strategy training).

Un ergothérapeute note **l'aphasie et les troubles du langage** comme obstacles. Ces résultats rejoignent ceux décrits par le livre sur l'approche CO-OP où un des prérequis est d'avoir des habiletés de communication suffisantes (Polatajko & Mandich, 2017). Dans les trois articles cités ( (McEwen S. , et al., 2015) ; (Ahn, 2017) ; (Skidmore, et al., 2015) ), les patients inclus n'avaient pas de troubles du langage ou une aphasie. En effet, bien que le langage ne soit pas primordial pour faire de la musique, il est indispensable pour l'approche CO-OP, car la communication est sa base. Tout au long du processus, la personne doit « verbaliser son processus mental pour résoudre le problème d'exécution » (Polatajko & Mandich, 2017). La personne et l'ergothérapeute échangent sur comment réaliser l'objectif. L'ergothérapeute pose des questions auxquelles il ne répond pas, pour amener une réflexion. La personne doit les comprendre et s'adapter adéquatement. Aussi, lors de la réalisation du plan, la personne est incitée à se le réciter intérieurement.

Un ergothérapeute note que l'approche n'est pas adaptée pour les personnes ayant des **capacités motrices non compensables**. Cela rejoint les troubles cités dans les obstacles à la reprise, comme les troubles de l'équilibre, une motricité non suffisante ou les troubles sensitifs. Cela fait écho à la mise en échec possible de la personne due aux capacités motrices limitées. Puisqu'il est difficile de savoir a priori si les capacités motrices sont compensables, il nous semble pertinent de tester l'approche si la personne ne présente pas les troubles cités ci-dessus.

Un ergothérapeute nous dit que l'approche n'est pas adaptée pour les **personnes dans le déni** qui est une étape du deuil naturel (ici, des capacités d'avant) ou qui peut être pathologique comme l'anosognosie. En effet, avant d'envisager une rééducation basée sur l'engagement de la personne, il est important de trouver des solutions aux problèmes de motivation. Une personne dans le déni n'aura pas une capacité psychologique suffisante pour mener une réflexion sur des problèmes dont elle ne se rend pas compte.

La personne post-AVC interrogée trouve cela plus adapté s'il trouve lui-même ses solutions, car il connaît son instrument. Mais cela dépend sans doute de la personne. Le choix de l'utilisation de l'approche CO-OP ou non est donc à adapter selon le profil. Si la personne n'accroche pas, on change, on teste, on s'adapte.

L'approche CO-OP est donc adaptée à certains profils de personnes post-AVC, reste à savoir si elle est réellement aidante dans la reprise.

### 3) Accompagnement avec l'approche CO-OP pour une personne musicienne post-AVC

Tout d'abord, on peut noter que les ergothérapeutes signalent que la reprise de l'instrument de musique a un impact positif sur la satisfaction et l'estime de soi de la personne. Cela tient dans le fait que c'est une activité signifiante pour la personne. En effet, les occupations, qui sont par définition significatives, donnent un sens à la vie et ont un impact sur le bien-être et la santé des personnes (Morel-Bracq, 2017). La personne post-AVC qui dit que jouer est pour elle un antistress, lui permet de relâcher ses sentiments, corrobore un article qui dit que la pratique permet d'extérioriser ses sentiments à travers l'interprétation du morceau (Barraud, 2018).

L'outil d'évaluation le plus couramment utilisé pour évaluer l'efficacité de l'approche CO-OP dans deux articles ( (Ahn, 2017) ; (Skidmore, et al., 2015) ) était la MCRO avec l'auto-évaluation du rendement et de la satisfaction. Bien qu'elle ne soit pas utilisée par les ergothérapeutes interrogés, deux d'entre eux la citent comme moyen de connaître les buts prioritaires de la personne ainsi que son rendement et sa satisfaction concernant une occupation. Dans un article (Weinstock-Zlotnick & Hinojosa, 2004), il est conclu que l'utilisation d'un outil est indiquée pour déterminer le domaine justifiant une intervention occupationnelle.

Un ergothérapeute souligne que l'approche serait plus pertinente en HDJ. En effet, la personne aurait déjà passé toute la première phase de rééducation concernant les soins personnels et acquis plusieurs habiletés possiblement utiles à la reprise de l'instrument. Cependant, reprendre plus tard peut possiblement être associé à une perte de chance dans la rééducation. Dans les articles, l'étude se fait dans les six mois après l'AVC avec des patients en rééducation (Skidmore, et al., 2015), avec des patients hospitalisés dans les centres de rééducation et en HDJ (Ahn, 2017) et avec des patients en HDJ (McEwen S. , et al., 2015). L'approche est donc efficace dans différents cadres.

Le fait que les ergothérapeutes interrogés ne pratiquent pas strictement l'approche CO-OP ne permet pas d'avoir des résultats sur l'efficacité de cette dernière avec un public musicien. Cependant, ils voient plusieurs points positifs lorsqu'ils incitent la personne à trouver des stratégies de résolutions de problèmes par eux-mêmes comme une meilleure implication de la personne en rééducation et une hausse de sa motivation.

En parallèle, un article (Ahn, 2017) montre que tous les sujets présentaient des améliorations dans la réalisation de leurs objectifs autosélectionnés. De plus, le rendement occupationnel, la qualité de vie et la satisfaction ont augmenté grâce à l'intervention CO-OP.

Une autre étude (McEwen S. , et al., 2015) suggère que la méthode CO-OP chez les personnes post-AVC a, en plus des effets sur les performances des activités sélectionnées, un transfert vers les activités

non entraînées. De plus, cette même étude contient un sujet qui avait pour activité sélectionnée « jouer de la batterie », ce qui correspond tout à fait au sujet de ce mémoire.

Dans une autre étude (McEwen S. E., Polatajko, Davis, Huijbregts, & Ryan, 2009), les résultats suggèrent que les stratégies cognitives ont été bien apprises et utilisées efficacement par les sujets. L'approche CO-OP a apporté aux personnes une plus grande « autonomie décisionnelle »<sup>7</sup>. Cependant, elle peut nécessiter des modifications pour mieux soutenir leur transition vers un niveau d'autonomie plus élevé.

Dans un article (Weinstock-Zlotnick & Hinojosa, 2004), il est conclu que l'utilisation principale d'une approche Top-down ou Bottom-up peut être insuffisante. Combiner les deux peut donc être une solution pour tirer le maximum de l'approche CO-OP.

Étant donné que la littérature a montré que l'approche CO-OP fonctionne pour les activités sélectionnées, la pratique de la musique ne peut pas en être exclue et montre possiblement autant de résultats que pour une activité élémentaire de la vie quotidienne.

#### 4) Analyse des biais méthodologiques

J'ai relevé certains biais qui pouvaient être présents dans mon enquête. En effet, le biais de *statu quo* ou de *la règle par défaut* se caractérise par la préférence des individus pour les situations déjà définies, c'est-à-dire les situations où il n'y a pas de décision à prendre (Bergeron, et al., 2018). Certains ergothérapeutes peuvent donc préférer la technique de rééducation déjà utilisée dans le service, car elle est déjà définie.

Le biais de désirabilité sociale se définit par une tendance des individus à vouloir se montrer sous leur meilleur jour, ils veulent être perçus positivement. Ce biais est déclenché par deux facteurs qui activent la présence des normes sociales : la présence d'un enquêteur et la nature des questions (Butori & Parguel, 2010). Certains ergothérapeutes pourraient orienter leurs réponses en fonction de ce qu'ils considèrent comme acceptable socialement.

#### 5) Les limites de l'étude

Les cohortes des deux populations interrogées sont d'un nombre trop faible pour pouvoir généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des populations. D'autre part, mon sujet étant très précis, je n'ai pas pu m'entretenir avec des ergothérapeutes utilisant la CO-OP auprès des personnes post-AVC et pour la reprise de leur instrument de musique.

---

<sup>7</sup> Traduction libre

J'ai décidé de maintenir l'enquête avec des ergothérapeutes connaissant CO-OP et leur faire mener une réflexion sur son utilisation avec des personnes musiciennes post-AVC.

Puisque peu d'ergothérapeutes utilisent l'approche CO-OP avec des personnes post-AVC, il est difficile de trouver des personnes musiciennes post-AVC ayant bénéficié de cette approche. Je ne peux donc pas avoir des informations sur le point de vue de la personne vis-à-vis de son accompagnement avec l'approche CO-OP.

Par ailleurs, la forme de l'enquête que j'ai décidé de prendre, l'entretien, limite le nombre de réponses. En effet, compte tenu des troubles cognitifs ou du comportement, une partie des personnes post-AVC ne peuvent pas mener une réflexion sur leur vécu et leurs expériences.

En raison du contexte sanitaire, les associations de victimes d'AVC étaient moins disponibles et j'ai rencontré des difficultés à trouver des personnes post-AVC. La personne que j'ai interrogée veut reprendre l'instrument mais n'a pas encore eu l'occasion de s'y pencher. Il me manque donc le ressenti de la personne vis-à-vis de la reprise de l'instrument de musique. De plus, cette dernière est belge, il faut donc avoir à l'esprit que les pratiques ergothérapeutiques en Belgique peuvent être différentes de la France.

Enfin, si j'avais disposé de plus de temps en dehors de la période de confinement, il aurait été intéressant de se rendre dans la Clinique du musicien à Paris pour mener une enquête plus large sur la reprise de l'instrument de musique afin de compléter ma recherche. Ainsi, j'aurais pu recueillir le ressenti des personnes en cours de rééducation et recueillir le vécu des personnes post-AVC qui ont atteint leurs objectifs.

## 6) L'intérêt de l'étude

Dans un premier temps, cette étude m'a permis de réaliser l'enjeu de l'accompagnement des personnes post-AVC dans les occupations qui leur tiennent à cœur. J'ai pris conscience de leur énorme place dans l'équilibre occupationnel, ce qui me conforte dans le projet d'utiliser principalement des approches Top-down lors de mes accompagnements.

Ensuite, la démarche de recherche m'a donné l'occasion de prendre contact avec des ergothérapeutes sur le terrain, et de me rendre compte de la diversité des pratiques et des points de vue.

Par ailleurs, j'ai compris l'importance de la formation continue pour être au fait des nouvelles pratiques ou approches et permettre de choisir celle qui correspond le mieux à une personne à un moment donné. Cependant, j'ai aussi pu remarquer que les contraintes institutionnelles freinent parfois l'émergence de nouvelles manières d'accompagner les personnes.

Ce travail m'a permis de connaître plus en profondeur l'approche CO-OP que je pourrais utiliser par la suite dans ma pratique du métier. J'ai pu comprendre l'intérêt de baser cette dernière sur des données probantes. Aussi, j'ai aussi pu acquérir une démarche méthodologique quant à la recherche et l'analyse des articles scientifiques en ergothérapie. Cela m'a permis d'acquérir une démarche critique et réflexive nécessaire dans la pratique ou lors de la lecture d'article. Ces compétences semblent indispensables aux futurs professionnels pour améliorer et faire évoluer les pratiques.

### 7) La validation de l'hypothèse

Pour rappel, l'hypothèse est la suivante : **L'approche CO-OP, en particulier l'utilisation de stratégies cognitives, favorise la reprise de l'instrument de musique chez une personne musicienne post-AVC.**

Dans le cadre de cette étude, j'ai pu démontrer qu'il serait intéressant d'utiliser l'approche CO-OP avec des personnes post-AVC voulant reprendre leur instrument de musique. Il y a un réel intérêt des ergothérapeutes à s'engager dans une démarche d'accompagnement de la personne à trouver ses propres solutions. Par contre, aucun ergothérapeute interrogé n'utilise strictement cette approche et la personne post-AVC n'en a pas bénéficié.

C'est donc pourquoi à ce jour l'hypothèse est partiellement validée. Les études montrent que l'approche CO-OP a une efficacité sur l'activité sélectionnée mais il manque de preuves en pratique.

## Conclusion

Ce mémoire de fin d'études porte sur la reprise de l'instrument de musique post-AVC. La littérature et l'enquête soulignent qu'il est autant indispensable d'intégrer la personne dans sa rééducation que de consacrer cette dernière aux activités significatives de la personne.

L'approche CO-OP serait alors un moyen d'y parvenir.

L'enquête n'a pas permis de recueillir l'expérience des ergothérapeutes concernant l'utilisation de cette approche auprès des musiciens post-AVC même si tous utilisent plus ou moins ses principes. Toutefois, les résultats montrent que dans certains cas de figure l'ergothérapeute pourrait proposer l'approche CO-OP auprès de ce public. L'enquête auprès du musicien post-AVC montre l'importance de la reprise dans l'équilibre occupationnel.

Proposer l'approche CO-OP à la personne musicienne post-AVC permettrait de l'impliquer dans sa prise en charge, stimuler sa motivation et donc améliorer son engagement et sa performance dans l'occupation. Néanmoins, les ergothérapeutes rapportent des limites concernant les personnes ayant des troubles cognitifs sévères ou des troubles du langage comme l'aphasie.

Pour conclure, les avis sont favorables à une utilisation de l'approche CO-OP. Cependant, son utilisation est trop marginale en neurologie aujourd'hui pour pouvoir conclure de sa pertinence sur le terrain. En effet, c'est une approche récente en France, peu d'ergothérapeutes y sont formés et la plupart exercent en pédiatrie. L'étude serait à conduire de nouveau dans 5 ou 10 ans quand davantage d'ergothérapeutes seront formés à l'approche CO-OP et quand elle sera plus utilisée en post-AVC.

Par ailleurs, même s'il est significatif pour la personne post-AVC de reprendre son instrument de musique, cela peut être difficile au vu des séquelles en résultant. Si la personne est dans l'incapacité physique de reprendre son instrument de musique, il est dans les compétences de l'ergothérapeute d'accompagner la personne à trouver une occupation qui lui apporte la même satisfaction, pour retrouver un équilibre occupationnel.

Enfin, compte tenu des résultats prometteurs pour les personnes musiciennes post-AVC, il est intéressant de se questionner sur l'utilisation de cette approche lors de la reprise d'un instrument, pour d'autres populations adultes ayant des pathologies neurologiques comme les personnes ayant un traumatisme crânien, une sclérose en plaques...

## Références

- Ahn, S.-N. (2017, Novembre). A review of cognitive orientation to daily occupational. *Physical Therapy Rehabilitation Science*, pp. 202-207.
- Altenmüller, E., Marco-Pallares, J., Münte, T. F., & Schneider, S. (2009). Neural Reorganization Underlies Improvement in Stroke-induced Motor dysfunction by Music-supported Therapy. *The Neurosciences and music*, 3, pp. 395-405.
- Anaut, M. (2005). Regards sur la résilience et la singularité des situations de handicap. (Eres, Éd.) *Reliance*, 2(16), pp. 13-15.
- Anaut, M. (2005). Résilience et personnes en situation de handicap. (ERES, Éd.) *Reliance*, 1(15), pp. 16-18.
- ANFE. (2019). *Définition*. Récupéré sur <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Backman, C. (2004). Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), pp. 202-209.
- Bangert, M., & Altenmüller, E. O. (2003). Mapping Perception to Action in Piano Practice. *BMC Neuroscience*(4), pp. 1-14.
- Barraud, P. (2018, janvier 31). *Pourquoi pratiquer la musique ?* Consulté le février 2020, sur Institut de Culture Musicale: <https://www.icm-musique.fr/le-blog/nos-conseils-pedagogiques/pratique-musicale/>
- Bejot, Y., Caillier, M., Rouaud, O., Benatru, I., Maugras, C., Osseby, G.-V., & Giroud, M. (2007). Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux : Impact sur la décision thérapeutique. *La Presse médicale Référence*, 36(1), pp. 117-127.
- Bergeron, H., Castel, P., Dubuisson-Quellier, S., Lazarus, J., Nouguez, E., & Pilmis, O. (2018). *Le biais comportementaliste*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Bertrand, R. (2016). L'apport d'une approche occupationnelle en ergothérapie avec les personnes ayant subi un AVC. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 2, pp. 84-87.
- Bigex, A. (2017). Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie - de l'activité analytique à l'activité signifiante. *Congrès annuel de la Société française de chirurgie de la main*.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes - l'entretien* (éd. 2). Armand Colin.
- Bolduc, J. (2010). Les bienfaits de l'enseignement et de la pratique de la musique. *Fédération des harmonies et des orchestres symphoniques du Québec*. Récupéré sur Mus-alpha.
- 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), p. 95.
- Brugerolle, B. (2010). *Les accidents vasculaires cérébraux*. Récupéré sur APF Moteurline: [http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/avc\\_BB\\_170-175.pdf](http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/avc_BB_170-175.pdf)
- Butori, R., & Parguel, B. (2010). Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *AFM*, pp. 1-19.
- Chollet, N. (2002). La résilience dans le processus de deuil. *Echos du terrain*, 17(4), pp. 138-143.

- Chong, H. J., Kim, S. J., & Han, S. J. (2016). Keyboard Playing as a Hand Exercise for Patients with Subacute Stroke. *Music Therapy Perspectives*, pp. 1-7.
- Coeur-Larreur, M., Malifarge, D., & Lefèbvre, S. (2010). Des difficultés de sortie du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles au projet de vie. Quel accompagnement en ergothérapie pour trouver le sens de la sortie ? *Organisation de la réadaptation*, pp. 25-31.
- Colle, F., Bonan, I., Gellez Leman, M.-C., Bradai, N., & Yelnik, A. (2006). Fatigue après accident vasculaire cérébral. *Annales de réadaptation et de médecine physique*(49), pp. 272-276.
- De Peretti, C., Grimaud, O., Tuppin, P., Chin, F., & Woimant, F. (2012). Prévalence des accidents vasculaires 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*, pp. 1-6.
- Deroide, N., Nih, L. R., Tran Dinh, R. Y., Lévy, B., & Kubis, N. (2010). Plasticité cérébrale : de la théorie à la pratique dans le traitement de l'accident vasculaire cérébral. *La revue de médecine interne*(31), pp. 486-492.
- Diagne, N. S., Ndao, A. K., Seck, L. B., Diop Sene, M., Basse Faye, A., Lmidmani, F., . . . Ndiaye, M. M. (2013). Equilibre postural et risque de chute après un accident vasculaire cérébral (AVC) chez les patients vivant à domicile. *Journal de réadaptation médicale*(33), pp. 127-130.
- Faure, H., & Galbiati, C. (2019, Décembre). *Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants*. Récupéré sur ANFE: <https://anfe.fr/l-ergotherapie/toutes-les-actualites/719-ergotherapie-aupres-des-enfants>
- Favre, D. (2010). De la perception à l'apprentissage : Trois systèmes de motivation en interaction. *Neurosciences & cognition*, pp. 227-248.
- Fenouillet, F., & Tomeh, B. (1998). La motivation agit-elle sur la mémoire ? *Education permanente*(136), pp. 37-45.
- Firdion, J.-M. (2012). Construire un échantillon. *L'enquête sociologique*, pp. 69-92.
- Gaillard, R., Gourion, D., & Llorca, P. M. (2013). L'anhédonie dans la dépression. *L'Encéphale*(39), pp. 296-305.
- Gossemaume, A., Lejeune, P., De Marco, O., & Urbanczyk, C. (2016). Mise au point sur les accidents vasculaires cérébraux. *Revue francophone d'orthoptie*(9), pp. 71-76.
- HAS. (2012). *Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte*.
- Hatem, S. M., Saussez, G., della Faille, M., Prist, V., Zhang, X., Dispa, D., & Bleyenheuft, Y. (2016, Septembre). Rehabilitation of Motor Function after Stroke : A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, pp. 1-22.
- Henning, C. (2017). Partition du temps qui passe. *Études*.
- Hirel, C., Lévêque, Y., Deiana, G., Richard, N., Cho, T.-H., Mechtouff, L., . . . Nighoghossian, N. (2014). Amusie acquise et anhédonie musicale. *Revue neurologique*(170), pp. 536-540.

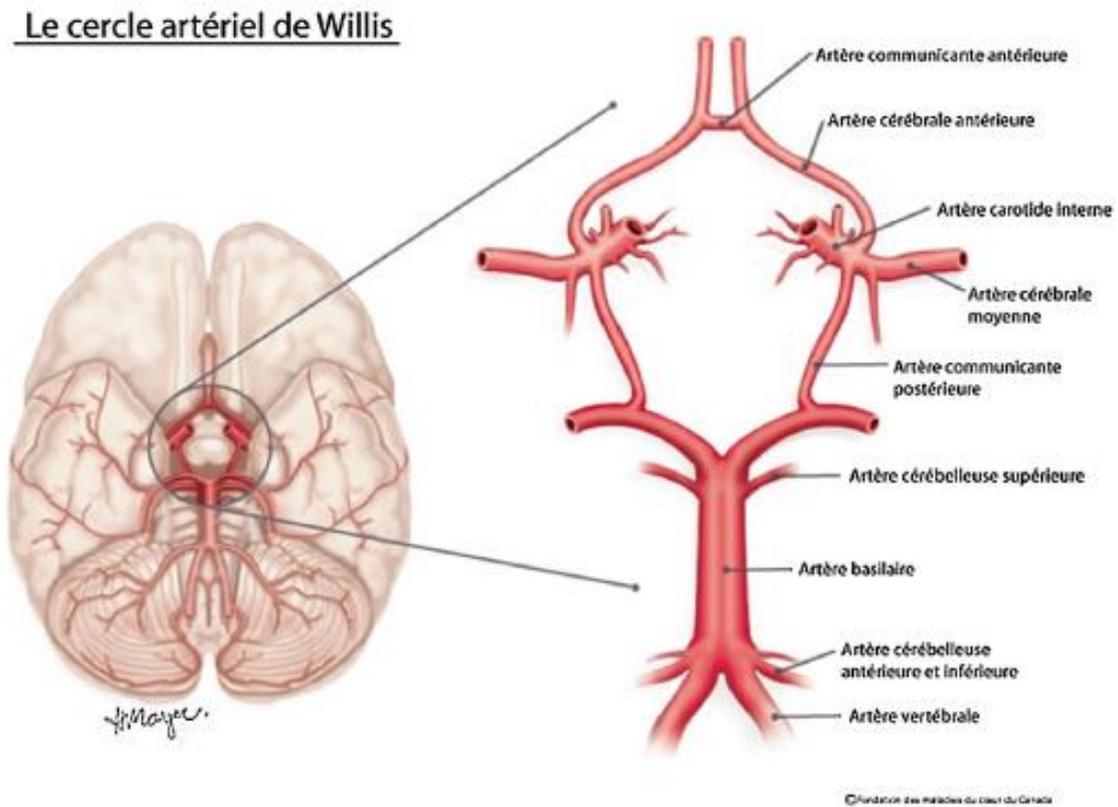
- INSERM. (2019). *Accident vasculaire cérébral (AVC)*. Consulté le février 10, 2020, sur Inserm: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>
- Lamy, C. (2008). Epilepsie et accident vasculaire cérébral. *Revue neurologique*(164), pp. 841-845.
- Larousse. (2020). *Séquelle*. Récupéré sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9quelle/72224>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel* (éd. 5). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa.
- L'Express. (2003, Juillet). *Le nombre de musiciens professionnels en France*. Consulté le Janvier 2020, sur L'Express: [https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/le-nombre-de-musiciens-professionnels-en-france\\_1357876.html](https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/le-nombre-de-musiciens-professionnels-en-france_1357876.html)
- Livingston, J. (2003). Metacognition : an overview. pp. 1-7.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ*, 321, pp. 1051-1054.
- McEwen, S. E., Polatajko, H. J., Davis, J. A., Huijbregts, M., & Ryan, J. D. (2009). 'There's a real plan here, and I am responsible for that plan': participant experiences with a novel cognitive-based treatment approach for adults living with chronic stroke. *Disability and Rehabilitation*, 32(7), pp. 541-550.
- McEwen, S., Polatajko, H., Baum, C., Rios, J., Cirone, D., Doherty, M., & Wolf, T. (2015). Combined cognitive-strategy and task-specific training improves transfer to untrained activities in sub-acute stroke: An exploratory randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair*, 29(6), pp. 526-536.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (éd. 1). De boeck Supérieur.
- Ministère de la Culture et de la Communication. (2008). *Pratiques en amateur*. Récupéré sur Les pratiques culturelles des français: <http://www.pratiquesculturelles.culture.gouv.fr/doc/tableau/chap8/VIII-2-2-Q81-82.pdf>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (éd. 2). De Boeck Supérieur.
- Nicolet, F. (2015, janvier). Utilisation de la guitare chez un musicien cérébrolésé. *ErgOTHérapies*(56), pp. 35-42.
- OEQ. (2008). L'activité : L'outil privilégié de l'ergothérapeute. *Chroniques de l'ergothérapie*, pp. 1-2.
- Otaka, Y., Yoshida, T., Kumagai, M., Kitamura, S., Tomita, Y., & Yaeda, J. (2018, juillet). Patient and professional views of motivation for rehabilitation of subacute stroke. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61, p. 204.
- Pinoit, J.-M., Bejot, Y., Rouaud, O., Benatru, I., Osseby, G.-V., Bonin, B., . . . Giroud, M. (2006). Dépression après un accident vasculaire cérébral, un handicap supplémentaire. *La presse médicale*(35), pp. 1789-1793.

- Platel, H. (2010). Anatomie fonctionnelle de la perception et de la mémoire musicale. *Questions de personne*, pp. 291-303.
- Platel, H., & Groussard, M. (2017). Pratiques musicales et cerveau : des bénéfices tout au long de la vie? *Les cahiers de l'audition*(6), pp. 14-19.
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (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*. Edition de la version française.
- Polatajko, H., Townsend, E. A., & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In *Enabling Occupation II : Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. *CAOT Publications ACE*, pp. 22-36.
- Romelaer, P. (2005). L'entretien de recherche. *Management des ressources humaines*, pp. 101-137.
- Schneider, S., Schönle, P. W., Altenmüller, E., & Münte, T. F. (2007). Using musical instruments to improve motor skill recovery following a stroke. *Journal of Neurology*, pp. 1-8.
- Schnitzler, A., & Pradat-Diehl, P. (2006). Reprise du travail après un accident vasculaire cérébral. *La lettre du neurologue*, 10(4), pp. 126-132.
- Sihvonen, A. J., Särkämö, T., Leo, V., Tervaniemi, M., Altenmüller, E., & Soinila, S. (2017, Août). Music-based interventions in neurological rehabilitation. *Lancet Neurol*, 16, pp. 648-660.
- Skidmore, E. R., Dawson, D. R., Butters, M. A., Grattan, E. S., Juengst, S. B., Whyte, E. M., . . . Becker, J. T. (2015). Strategy training shows promise for addressing disability in the first 6 months after stroke. *Neurorehabil Neural Repair*, 29(7), pp. 668-676.
- Tétreault, S., & Guilez, P. (2014). *Guide pratique de la recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur.
- Thony, J., Thomann, G., Cordier, J., & Di Donato, A. (2009). Adaptation Ergonomique du Matériel Musical : un projet interdisciplinaire concret au service des enfants handicapés. pp. 2-11.
- Université Médicale Virtuelle Francophone. (2011). Accidents Vasculaires Cérébraux. *Collège des Enseignants de Médecine vasculaire et Chirurgie vasculaire*, pp. 1-16.
- Weill-Chounlamountry, A., Soyez-Gayout, L., Tessier, C., & Pradat-Diehl, P. (2008). Vers une rééducation cognitive de l'amusie. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, pp. 332-341.
- Weinstock-Zlotnick, G., & Hinojosa, J. (2004). Bottom-Up or Top-Down Evaluation : Is One Better Than the Other? *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), pp. 594-599.
- Wilcox, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health* (éd. 2). Thorofare: NJ: Slack Incorporated.
- Yelnik, A., & Bradăi, N. (2005). Rééducation du sujet âgé après un accident vasculaire cérébral. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, pp. 157-162.
- Yelnik, A.-P., Bonan, I.-V., Simon, O., & Gellez-Leman, M.-C. (2008). Rééducation après un accident vasculaire cérébral. *EMC*.

## Annexes

<b><u>ANNEXE 1 – SCHEMATISATION DU POLYGONE DE WILLIS</u></b>	<b>I</b>
<b><u>ANNEXE 2 - ANALYSE DE L'ACTIVITE « JOUER D'UN INSTRUMENT DE MUSIQUE »</u></b>	<b>II</b>
<b><u>ANNEXE 3 – MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL (MCRO)</u></b>	<b>V</b>
<b><u>ANNEXE 4 - GUIDE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES ERGOTHERAPEUTES</u></b>	<b>VI</b>
<b><u>ANNEXE 5 - GUIDE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES PERSONNES VICTIMES D'AVC</u></b>	<b>IX</b>
<b><u>ANNEXE 6 - RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN</u></b>	<b>XI</b>

## Annexe 1 – Schématisation du polygone de Willis



(Gosseume, Lejeune, De Marco, & Urbanczyk, 2016)

## Annexe 2 - Analyse de l'activité « jouer d'un instrument de musique »

**Jouer d'un instrument de musique**, c'est-à-dire produire des sons définis par les notes. L'instrument tout d'abord a été choisi par le musicien, ensuite c'est à lui de choisir la partition qu'il souhaite jouer. Jouer d'un instrument est une activité bimanuelle. Cela nécessite un apprentissage préalable.

### Matériel

- Instrument de musique
- Chaise si besoin
- Pupitre
- Partition. On peut jouer même si l'on n'a pas de partition
- Stylo pour annoter la partition

### Environnement

- Partition face à la personne.
- Pièce lumineuse, éclairée et environnement calme, pas ou peu bruyant.

### Déroulé

Installation du musicien ; montage de l'instrument de musique et accordage si besoin ; consignes de l'exercice s'il y a un professeur ou choix de la partition ; exercice à effectuer ou partition à jouer ; fin de l'exercice ou de la partition et rangement du matériel et nettoyage de l'instrument si besoin.

## Composantes physiques

Le corps du musicien est face à l'instrument de musique et il doit **maintenir une position assise ou debout**.

Il doit **adapter la position de ses bras** pour venir jusqu'à la touche/le piston/la corde. Toutes les articulations du membre supérieur sont sollicitées. Pour les instruments à vents, il doit aussi positionner sa bouche sur le bec/l'embouchure. Pour certains instruments à cordes, il doit maintenir l'instrument entre son épaule et son menton ainsi que l'archet.

La **dissociation des doigts** est importante, car il faut qu'il sélectionne le bon doigt en fonction de la note à jouer. Certains instruments nécessitent la mobilisation de tous les doigts.

Le musicien peut aussi **mobiliser ses membres inférieurs**, pour les instruments ayant des pédales.

Il doit **contrôler ses mouvements** pour être précis et ne pas jouer la note d'à côté. Cela nécessite un contrôle moteur et une planification motrice. Les mouvements sont d'amplitudes faibles sauf pour les instruments à archet et les percussions comme la batterie. Il doit également **contrôler sa force** quand il joue pour pouvoir réaliser les nuances requises.

La **coordination visuo-motrice** est nécessaire pour faire le lien entre ce qui est vu sur la partition et pouvoir le retranscrire en mouvement.

Le musicien soutient son effort tout au long de la durée du morceau ou de l'exercice. Cela nécessite de l'**endurance**.

### Sensoriel

- La **vision**, pour lire la partition ou communiquer avec ses pairs. S'il est seul, le musicien regarde ses doigts et l'instrument ou sa partition s'il en a une. Si le musicien est avec d'autres personnes, ils utiliseront le regard pour communiquer ou interagir (par exemple, un signe de tête pour marquer le début ou pour suivre le chef d'orchestre).

- L'**audition**, pour entendre ce que lui et les autres jouent. Elle permet l'ajustement moteur.

- Le **toucher**, pour savoir quand et comment il appuie sur les touches/pistons/cordes.

### Composantes cognitives

Il faut savoir comment jouer de son instrument et lire la partition (solfège ou tablatures).

Les fonctions exécutives sont très sollicitées :

- La **planification**, pour planifier ce qu'il va faire et jouer.

- L'**organisation**, pour avoir tout le matériel requis à disposition et prévoir ce qu'il va jouer.

- L'**attention**, pour se rendre compte quand il y a une erreur et dissocier ses erreurs de celles des autres s'il joue en groupe. Il doit maintenir une attention partagée à ce qui est écrit sur la partition et ce qu'il joue ainsi que ce que les autres jouent s'il est en groupe. Elle doit être maintenue malgré les stimuli sinon il risque de se perdre dans la partition, ne plus savoir où il en est et devoir s'arrêter de jouer.

- La **concentration**, sur ce qu'il joue, autant les notes que la synchronisation au bon tempo.

- L'**orientation spatiale**, pour savoir où il se situe ainsi que les objets.

- L'**orientation temporelle**, pour savoir à quel moment commencer quand il est en groupe.

- La **flexibilité**, pour pouvoir s'adapter si l'autre est en difficulté ou adapter un nouveau doigté/coup d'archet.

- L'**inhibition**, Si une partition est utilisée, pour ne pas jouer autre chose que ce qu'il est écrit. Il faut respecter la séquence à jouer.

- La **discrimination auditive**, pour savoir si une note est juste.

- Le **jugement**, pour savoir si la note jouée est juste, le rythme est respecté, ainsi que toute composante musicale.

- La **mémoire de travail**, requis sur le moment, lorsqu'on joue d'un instrument.

- La **mémoire à long terme**, pour se souvenir comment jouer de l'instrument et aussi si le morceau peut déjà avoir été travaillé et joué auparavant dont le musicien se souvient.

## Composantes affectives et sociales

### Social

Jouer d'un instrument de musique peut être une activité solitaire, on peut aussi jouer en duo, en musique de chambre ou en orchestre avec d'autres instruments. Pour le piano, il est également possible de jouer à quatre mains, c'est-à-dire sur le même clavier. Il est également possible d'être accompagné par un ou des chanteurs. Cela requiert donc de la **collaboration**.

S'il y a d'autres personnes, les relations avec les autres musiciens sont très importantes. Ils doivent se respecter entre eux. Il faut être attentif à l'autre, écouter ce qu'ils jouent, conseiller si besoin ... Avec le professeur, celui-ci donne les consignes au pianiste, le conseille, décompose la partition.

Avec d'autres musiciens ou un professeur, le musicien peut rechercher des conseils ou des informations sur ce qu'il joue et la manière dont il le fait, ainsi que ce qu'il peut améliorer. Il est donc amené à **communiquer** pour se faire comprendre dans ses envies, ses questionnements, ses ressentis... Les échanges présents sont majoritairement centrés sur l'activité. Ils interprètent une partition qui est constituée de plusieurs parties.

S'il est seul, le musicien initie l'action, c'est lui qui décide quand il commence à jouer, quand il veut changer de partition mais aussi quand il veut s'arrêter. S'il joue en groupe, cela est décidé en accord avec les autres.

### Affectif

Pour jouer d'un instrument de musique, il faut de la **motivation**.

L'instrument de musique peut dégager des significations culturelles et symboliques. La musique peut ramener une personne à des événements qu'il a vécus, à des croyances, à des personnes... Jouer d'un instrument de musique peut donc amener à l'**émotion**. Il existe beaucoup de styles de musiques différents. La personne peut se représenter, ou se lier à des événements différents suivant les styles de musiques joués.

## Conclusion

La personne qui joue d'un instrument de musique doit avoir une station assise ou debout ainsi qu'une fonction motrice complète ou partielle d'au moins un membre supérieur. Des fonctions cognitives sont requises. La personne doit pouvoir maintenir son attention. Les sens comme la vision, l'audition et le toucher sont sollicités.

# Annexe 3 – Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)

**COTATION**

**RENDEMENT** (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)  
**1 = Incapable d'exécuter l'activité** ← → **10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité**

**SATISFACTION** Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement? **1 = Pas satisfait du tout** ← → **10 = Extrêmement satisfait**

1<sup>er</sup> TEMPS (évaluation initiale) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2<sup>e</sup> TEMPS (réévaluation) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Difficultés quant au rendement occupationnel	Impt	Rendement T <sub>1</sub>	Satisfaction T <sub>1</sub>	Rendement T <sub>2</sub>	Satisfaction T <sub>2</sub>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
<b>COTE TOTALE</b>		Cote totale Rendement T <sub>1</sub>	Cote totale Satisfaction T <sub>1</sub>	Cote totale Rendement T <sub>2</sub>	Cote totale Satisfaction T <sub>2</sub>
<b>COTE MOYENNE</b> <small>(Total des cotes / nombre de difficultés)</small>		Cote totale rendement T <sub>1</sub>	Cote totale satisfaction T <sub>1</sub>	Cote totale rendement T <sub>2</sub>	Cote totale satisfaction T <sub>2</sub>
<b>CHANGEMENT DANS LA COTATION (T<sub>2</sub> - T<sub>1</sub>)</b>		Changement dans le rendement		Changement dans la satisfaction	

**NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS**

Évaluation initiale

Réévaluation

**MCRO** 

La mesure canadienne du rendement occupationnel

La **Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)** soutient et contribue à l'excellence d'une pratique ergothérapeutique centrée sur le client, fondée sur l'occupation. La MCRO est une mesure individualisée élaborée pour déceler les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel, au fil du temps. La MCRO a été conçue pour servir de mesure de résultats. Et comme telle, elle doit être administrée au début de la prestation des services afin d'établir les objectifs de l'intervention, puis à nouveau à des intervalles pertinents de façon à déterminer les progrès et les résultats.

**La MCRO permet de :**

- déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel;
- fournir une échelle de grandeur quant aux priorités du client concernant son rendement occupationnel;
- évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées;
- servir d'assise pour déterminer des objectifs ergothérapeutiques; et
- mesurer les changements perçus par le client quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapeutique.

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT**

Nom du client : \_\_\_\_\_

Date de naissance du client : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Évaluation initiale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Réévaluation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom du thérapeute : \_\_\_\_\_

**MCRO** 

La mesure canadienne du rendement occupationnel

**L'administration de la MCRO est constituée de 5 étapes :**

- Définition du problème — identifier la nature des difficultés. L'identification d'une difficulté se définit ainsi : **une occupation qu'une personne VEUT RÉALISER, DOIT RÉALISER ou DEVRAIT RÉALISER mais N'ARRIVE PAS À RÉALISER ou NE RÉALISE PAS À SA PROPRE SATISFACTION.**
- Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'IMPORTANCE qu'elles revêtent dans sa vie. L'importance est cotée à partir d'une échelle à dix échelons. La cote 1 = pas important du tout La cote 10 = extrêmement important.
- Demander au client de choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les cotes attribuées.
- Cotation : du RENDEMENT (comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) et le sentiment de SATISFACTION (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?)
- Déterminer une date pour la réévaluation.

**LES SOINS PERSONNELS**

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner. Dans la MCRO, nous mesurons trois aspects concernant les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.

L'hygiène personnelle

La mobilité fonctionnelle

La vie communautaire

**LA PRODUCTIVITÉ**

Elle inclut les occupations visant à la préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.

Le travail rémunéré ou non

La gestion du foyer

Le travail scolaire et le jeu

**LES LOISIRS**

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

Les activités récréatives paisibles

Les loisirs actifs

La vie sociale

## Annexe 4 - Guide d'entretien à destination des ergothérapeutes

### Message de contact

Bonjour,

Je m'appelle Eva Patoureau, je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon mémoire de recherche, je m'intéresse à la reprise d'un instrument de musique lors de l'accompagnement des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral.

C'est pourquoi je souhaiterais m'entretenir avec vous sur ce sujet afin de faire avancer ma recherche. En vue du contexte, cela sera un entretien téléphonique.

Si vous avez déjà eu un ou plusieurs patients post-AVC souhaitant reprendre la pratique instrumentale et que vous acceptez de répondre à mes questions, merci de répondre à ce mail ou de me contacter au 06 83 38 90 15.

Vous remerciant par avance,

Eva Patoureau

### Corps de l'entretien

Catégories thématiques	Sous-objectifs	Questions	Relances
Généralités et expérience professionnelle	- Etablir le profil de l'ergothérapeute interrogé.e : parcours professionnel et expérience auprès de la population des personnes post-AVC	Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel en ergothérapie ?	En quelle année avez-vous été diplômé.e ? Depuis combien de temps exercez-vous en neurologie ? Et plus particulièrement auprès de personnes post-AVC ? Quelle est votre structure d'exercice actuelle ? Dans quelle région exercez-vous ?
	- Savoir si sa pratique est enrichie de formations supplémentaires	Avez-vous des formations complémentaires ?	Vous en servez-vous dans votre pratique ?

Approche, outils et moyens pour accompagner la personne post-AVC	- Comprendre l'approche de l'ergothérapeute	Vous focalisez vous sur l'acquis d'habiletés (bottom-up) ou sur l'engagement occupationnel (top-down) ?	Qu'est-ce que cette approche apporte à votre pratique ?
	- Connaître les outils utilisés pour faire ressortir les problématiques occupationnelles de la personne post-AVC	Dans quel contexte apparaît la demande de reprendre l'instrument de musique ?	Comment faites-vous pour faire ressortir les envies de la personne pour son accompagnement ? Utilisez-vous des outils ?
	- Connaître les outils utilisés pour l'accompagnement à la reprise de la pratique musicale	Qu'est-ce qui détermine votre choix des moyens pour accompagner la personne dans sa reprise ?	Lequel ou lesquels utilisez-vous ?
L'approche CO-OP avec la personne post-AVC	- Déterminer l'utilisation de CO-OP et de ses composantes	Incitez-vous la personne à trouver des stratégies de résolution de problèmes par elle-même pour atteindre son but ?	Que pensez-vous que cette méthode puisse apporter dans ce cas précis ?
		Est-ce que vous utilisez CO-OP avec la personne ?	Pourquoi ?
	- Identifier les avantages et les inconvénients de l'approche CO-OP pour un public post-AVC	Selon vous, quels pourraient être / sont les avantages et les limites de l'utilisation de CO-OP avec la personne ?	
	- Etablir pour quel type de personnes post-AVC l'approche CO-OP serait pertinente ou non	Selon vous, pour quel type de personnes l'approche CO-OP serait-elle pertinente ? Pour quel type de personnes elle ne pourrait pas être utilisée ?	
Impact de l'accompagnement sur la personne musicienne post-AVC	- Déterminer la manière de connaître l'évolution du rendement de la personne post-AVC	Comment repérez-vous une diminution des difficultés que la personne a exprimées au départ ? Et une amélioration de son sentiment de compétence ?	Quels changements avez-vous perçus ? Comment le rendement a-t-il évolué ? Est-ce que vous l'évaluez ? (Si oui) Quel outil utilisez-vous ?
	- Déterminer la manière de connaître l'évolution de la satisfaction de la personne post-AVC	Remarquez-vous des changements concernant la satisfaction de la personne, son estime de soi ou son bien-être ?	Quels changements avez-vous perçus ? Comment sa satisfaction a-t-elle évoluée ? Est-ce que vous l'évaluez ? (Si oui) Quel outil utilisez-vous ?

Ouverture et Conclusion	- Connaître les solutions de l'ergothérapeute si la personne ne peut pas reprendre la pratique instrumentale ou n'en est pas satisfait, afin de conserver un équilibre occupationnel	Que faites-vous si la personne ne peut pas reprendre son instrument de musique ou si ses progrès ne sont pas à la hauteur de ses espérances ?	Avez-vous déjà eu ce cas de figure ? (Si oui) Comment la personne a-t-elle réagit ?
	- Savoir si certains points n'ont pas été traités  - Conclure l'entretien	Avez-vous des éléments à ajouter pour compléter cet entretien ?	Avez-vous des questions ?

### Fin de l'entretien

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré. Souhaitez-vous être tenu au courant de la suite de ma recherche ? Si vous avez besoin d'informations supplémentaires vous pouvez me contacter.

## Annexe 5 - Guide d'entretien à destination des personnes victimes d'AVC

### Message de contact

Bonjour,

Je m'appelle Eva Patoureau, je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon mémoire de recherche, je m'intéresse à la reprise d'un instrument de musique lors de l'accompagnement des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral.

Je recherche donc des personnes victimes d'AVC ayant demandé à leur ergothérapeute de reprendre leur instrument de musique.

Pouvez-vous diffuser le message ci-dessous ?

Vous remerciant par avance,

Eva Patoureau

« Bonjour,

Je m'appelle Eva Patoureau, je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon mémoire de recherche, je m'intéresse à la reprise d'un instrument de musique lors de l'accompagnement en ergothérapie des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral.

Si vous avez demandé à votre ergothérapeute de reprendre votre instrument de musique, je souhaiterais m'entretenir avec vous sur ce sujet afin de faire avancer ma recherche. En vue du contexte, cela sera un entretien téléphonique.

Si vous acceptez de répondre à mes questions, merci de me contacter par mail à l'adresse [eva.patoureau@etu.u-pec.fr](mailto:eva.patoureau@etu.u-pec.fr) ou de me contacter au 06 83 38 90 15.

Vous remerciant par avance,

Eva Patoureau »

### Corps de l'entretien

Catégories thématiques	Sous-objectifs	Questions	Relances
Généralités	- Etablir le profil de la personne interrogée : parcours en rééducation et type de structure	Pourriez-vous décrire votre parcours en rééducation ?	Quand avez-vous eu votre AVC ? Combien de temps avez-vous eu de l'ergothérapie ? Dans quel type de structure étiez-vous pris en soin ?

Priorités de la personne lors de l'accompagnement	- Cibler les priorités de la personne lors de son accompagnement	Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de votre prise en soin en ergothérapie ?	Pourquoi ? Que souhaitiez-vous réussir à faire ? Quelles activités avez-vous priorisées ?
	- Déterminer les apports de l'occupation de la personne à son équilibre occupationnel	Que vous apporte la pratique instrumentale ?	Etes-vous professionnel ou amateur ? A quelle fréquence jouiez-vous de votre instrument avant votre AVC ?
Ressenti vis-à-vis de la méthode utilisée lors de l'accompagnement	- Connaître les outils utilisés pour l'accompagnement à la reprise de la pratique musicale	Comment était composée les séances d'ergothérapie pour atteindre l'objectif de reprendre votre instrument de musique ?	Que vous a apporté cette démarche ?
	- Identifier les préférences des adultes post-AVC pour l'accompagnement	Comment préférez-vous être accompagné par l'ergothérapeute : Trouver vous-même des solutions à vos problèmes ou que l'ergothérapeute vous délivre des réponses potentielles à vos problèmes ?	Pourquoi ?
Rendement et satisfaction de la personne musicienne post-AVC	- Déterminer le rendement et la satisfaction de la personne par rapport à sa pratique instrumentale	Comment vous estimez vous capable de jouer de votre instrument à ce jour ?	Quelles sont vos difficultés résiduelles ?
		Etes-vous satisfait de la façon dont vous jouez de votre instrument à ce jour ?	Qu'aimeriez-vous réussir à faire ?
	- Déterminer le vécu de la personne par rapport à son accompagnement en ergothérapie	Comment avez-vous vécu ces séances d'ergothérapie ?	Pourquoi ?
Conclusion	- Savoir si certains points n'ont pas été traités  - Conclure l'entretien	Avez-vous des éléments à ajouter pour compléter cet entretien ?	Avez-vous des questions ?

### Fin de l'entretien

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré. Souhaitez-vous être tenu au courant de la suite de ma recherche ? Si vous avez besoin d'informations supplémentaires vous pouvez me contacter.

## Annexe 6 - Retranscription d'un entretien

Le 03/04/2020. Entretien téléphonique d'ergothérapeute DE. Consentement écrit. Durée : 36 minutes

### **Q : Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel en ergothérapie ?**

R : Alors mon parcours professionnel en ergothérapie... Donc moi j'ai été **diplômé en 2015**. J'ai travaillé pendant à peu près trois mois, donc juste après mon diplôme, dans un service de réadaptation gériatrique à l'hôpital de l'Ayguerote à Tarbes. Voilà donc c'était un service de moyen séjour gériatrique classique. On prenait en charge principalement en charge des patients chuteurs, des patients qui avaient eu des prothèses de hanches, des pertes d'autonomie diverses et variées. Je travaillais principalement sur les retours à domicile. Après ça, j'ai pris mon poste actuel. Donc en septembre ou octobre 2015. Je suis en **service de médecine physique et réadaptation** de l'hôpital de Pau. On est un service avec des médecins MPR où on prend en charge principalement des patients atteints de pathologies neurologiques. On prend des gens en hospitalisation complète dans la filière **AVC** et un petit peu d'hôpital de jour où on suit là pour le coup des personnes avec des pathologies plutôt chroniques, des scléroses en plaques, on a aussi des personnes avec des traumatismes crâniens. Tout ce qui est neurologique. Voilà donc moi j'y suis **depuis 2015**.

### **C'est dans quelle région ?**

Dans la région de Pau. Dans le sud-ouest, dans les **Pyrénées atlantiques**. Près des Pyrénées.

### **Est-ce que vous avez des formations complémentaires ?**

Alors oui, j'ai une formation aux gestes d'urgence, une formation d'**accompagnement à la reprise de la conduite automobile** que j'ai fait avec l'ANFE et une formation de **démarche clinique au positionnement au fauteuil roulant**, pareil que j'ai fait avec l'ANFE. Voilà et ensuite j'avais eu une formation d'éducation thérapeutique mais qui était faite pendant ma formation à l'IFE de Bordeaux. Ah oui, je suis aussi formé sur l'**appareillage de prothèses myoélectriques I-Limb et I-Digits** dans la société össur.

### **Est-ce que vous vous en servez dans votre pratique ?**

Oui, moi je m'en suis servi. Alors, pour la reprise de la conduite automobile, depuis ma formation on a pu mettre en place quelques accompagnement à l'auto-école avec des patients. On est encore en train de travailler là-dessus avec une auto-école à essayer de mettre en place un partenariat, quelque chose pour faire des mises en situations avec les patients pendant leur séjour en rééducation. Et le positionnement au fauteuil roulant je m'en sers... je vais pas dire quotidiennement mais plus fréquemment ouais.

**Dans votre pratique, vous focalisez vous sur l'acquis d'habiletés (bottom-up) ou sur l'engagement occupationnel (top-down) ?**

Alors en pratique on est plus... vu qu'on est quand même dans un **contexte qui est très centré pathologique avec des médecins rééducateurs**, on est quand même très centré sur la rééducation du trouble. Donc je sais plus si c'est Bottom-up ou top-down...

**C'est Bottom-up**

Ouais donc on est plus là-dessus quand même, parce que... j'ai envie de dire parce que c'est **culturel dans les services de MPR**. Mais moi personnellement, **j'essaie de beaucoup plus développer l'autre approche, centrée directement sur la performance dans l'activité, sans chercher à forcément rééduquer les troubles**. Voilà en fait c'est pas... **j'alterne entre les deux**, je ne vais pas forcément me positionner sur l'une ou sur l'autre. Disons que je mêle les deux à ma pratique, après c'est au cas par cas avec mes patients et c'est lié aux activités qu'on travaille.

**Qu'est-ce que vous pensez que l'une et l'autre apportent à votre pratique ?**

En fait moi je pense que l'approche bottom-up qui est d'utiliser une activité à visée de rééducation d'un trouble qui est ciblé. Moi je trouve que c'est une approche qui est... on va dire **en tant qu'ergothérapeute forcément moi je m'y retrouve pas tellement**. Je trouve que mes collègues kinés par exemple sont beaucoup plus dans cette approche-là. Et c'est vrai que moi **par rapport à mon identité professionnelle** je me retrouve beaucoup plus, avec mes patients, à faire de la mise en situation, à travailler sur une activité réelle, on va dire l'activité comme un but et pas comme un moyen et d'améliorer directement la performance dans cette activité. Moi dans ma pratique comme je disais je vais utiliser les deux parce que le bottom-up il est culturel en fait, cette approche de rééduquer le trouble. Tout le monde pense comme ça dans l'équipe, c'est vraiment quelque chose qui est ancré. Donc je peux pas ne pas travailler comme ça en fait. C'est comme si le **contexte était plus fort que ma volonté**. Donc voilà même si j'essaie de développer une autre vision des choses et essayer de travailler différemment avec les patients c'est toujours un peu compliqué avec le contexte centré sur le trouble et la pathologie. Puis surtout avec les médecins, c'est quand même les médecins qui sont influenceurs de ça. Les médecins MPR, ils ont cette philosophie, c'est eux qui nous prescrivent aussi. C'est un petit peu mon ressenti.

**Dans quel contexte apparaît la demande de reprendre l'instrument de musique ?**

Alors moi j'ai qu'un exemple, comme je vous avait dit dans mon mail. J'ai eu une fois une dame qui voulait reprendre de l'orgue. La demande elle est apparue **au fil des séances** en fait. **En faisant connaissance avec elle, sur entretien, en prenant connaissance de ses habitudes, surtout de ses loisirs**.

Parce que moi j'aime bien, c'est vrai, partir d'activités signifiantes, d'activités de loisir pour s'en servir aussi comme activité de rééducation, ou alors comme activité à reprendre. On va essayer de favoriser l'autonomie. Donc en fait c'est apparu un peu naturellement au cours des séances avec la dame qui me faisait part de ce qu'elle aimait faire et on a pas mal échangé sur la reprise de l'orgue. C'est venu tout seul pendant les séances de rééducation. C'est pas quelque chose qui a été carré, c'est quelque chose qui s'est fait plus dans le relationnel et de manière... Sinon ça m'arrive d'utiliser un outil comme l'Activity Daily Log où en gros je retrace la journée type d'un patient et on discute ensemble des activités réalisées durant cette journée type pour fixer des objectifs. Ou alors ça m'arrive de faire des MCRO aussi de temps en temps. Là la dame avec qui ont avait travaillé l'orgue ça s'était pas fait comme ça.

### **Qu'est-ce qui détermine votre choix des moyens pour accompagner la personne dans sa reprise ?**

Bonne question... comment je pourrais répondre à ça... On va dire que les moyens je vais les choisir un peu avec mon patient. Je vais rarement lui imposer un moyen. Je vais reprendre le cas de la dame que j'avais suivi. En fait, en discutant un peu de l'orgue on avait déterminé que c'était un instrument avec lequel elle devait... bah moi je connaissais pas bien donc c'est elle qui m'a surtout expliqué qu'il y avait à la fois une partie au pied et à la fois une partie clavier/main qui était similaire à un piano en fait. Donc c'était en échangeant avec elle que finalement on était parti sur l'idée d'utiliser un clavier pour pouvoir travailler. Il se trouve que moi j'avais personnellement un clavier. Donc en fait j'ai choisi le moyen avec elle tout simplement. Je lui ai proposé après échange avec elle. Je lui ai proposé d'utiliser le clavier pour travailler. On a travaillé juste touches par touches au début, après quand elle a progressé on a commencé à faire des accords. Voilà on faisait en fonction de sa progression au niveau moteur.

### **Donc votre moyen c'est plus la mise en situation ?**

Là ça a été ça ouais. C'était ça et en parallèle de ça j'utilisais quand même des activités de rééducation, je travaillais avec de la pâte de rééducation, avec divers exercices pour essayer de développer la motricité, la dextérité et essayer que ça ait un lien directement et que ça puisse l'aider à améliorer l'utilisation du clavier. Donc en fait j'alliais les deux, je faisais à la fois la mise en situation et à la fois des exercices de rééducation tout autre qui répondaient à cet objectif. Toujours les deux approches, je suis jamais totalement dans l'une ou l'autre. Je fais que de jongler.

### **Incitez-vous la personne à trouver des stratégies de résolution de problèmes par elle-même pour atteindre son but ?**

Alors oui c'est quelque chose qu'on a fait ensemble. Par elle-même elle avait trouvé une stratégie je me souviens. Au début, c'était difficile de dissocier les doigts, elle était pas capable de dissocier les

doigts, par contre elle avait un mouvement de prono-supination qui faisait qu'elle pouvait alterner pouce et petit doigt au niveau des touches. Alors elle était pas très précise, parfois ça tapait à côté, mais ça je me souviens que c'est un geste qu'elle a trouvé elle-même. C'est pas moi qui l'ai incité. Donc c'était un peu un travail de collaboration en fait entre moi et elle. Après une autre stratégie là pour le coup c'est moi qui lui ai montré, ça a été la fabrication d'une attelle, qui, en gros, la posturait avec l'index qui pointait. L'idée étant d'utiliser uniquement l'index pour appuyer sur les touches. C'était un autre moyen de jouer le clavier. Pour le coup ça lui faisait en plus travailler un peu plus sa motricité proximale et au niveau du coude plutôt que la motricité distale. Il y a eu un peu des deux, à la fois elle qui trouvait des stratégies toute seule et... surtout qu'elle pratiquait le weekend, chez elle. En fait elle revenait le lundi de permission et elle me disait « ah j'ai essayé j'ai réussi à faire ça, ça... » et du coup elle me montrait. Moi je m'adaptais à ce qu'elle me disait, à ses envies, voilà. C'était aussi au milieu de plein d'autres activités de rééducation, on faisait pas que ça. C'était un peu mélangé quoi.

### **Que pensez-vous que cette méthode puisse apporter dans ce cas précis ?**

Moi je pense que le fait que ce soit... que ça vienne du patient, ça influence beaucoup l'aspect motivation. Comme c'est pas quelque chose qui vient de moi, thérapeute, on va dire je me positionne comme étant accompagnant de solutions qu'elle a trouvées elle. Je pense que ça influence vachement le côté motivation parce qu'au final c'est un des aspects qu'elle a le plus travaillé. Le côté pouce-petit doigt pour pouvoir travailler ses gammes, c'est ce qu'elle a le plus travaillé, et ça venait d'elle, pas de moi. Donc je pense que ça a beaucoup d'influence sur l'aspect motivation. Volition, pour utiliser les termes ergo.

### **Est-ce que vous utilisez CO-OP avec la personne ?**

Alors non. L'approche CO-OP je l'ai étudiée quand j'étais à l'école. Je me souviens vaguement que c'est une approche top-down, si mes souvenirs sont bons, qu'on est dans l'idée d'améliorer la performance occupationnelle et pas de réduire le trouble. Je vais pas l'appliquer de manière précise l'approche CO-OP, non. C'est quelque chose que je vais pas utiliser directement. Mais ça pourrait. C'est clair qu'il y a des possibilités ouais.

### **Pourquoi vous ne l'utilisez pas ?**

Par manque de temps pour essayer de développer des choses comme ça. Parce qu'on est dans un contexte hospitalier, qu'on voit beaucoup de patients à la journée, et que c'est toujours compliqué de réussir à avoir une pratique carrée avec des outils et des approches cadrées. On voit beaucoup de patients dans la journée, on est plus dans des approches très pragmatiques de prise en charge.

**Selon vous, quels pourraient être les avantages et les limites de l'utilisation de CO-OP avec la personne ?**

Déjà les limites, moi je vois... par rapport à ce que je disais c'est qu'on est quand même dans un contexte hospitalier qui fait qu'on a peu de temps, qu'on est dans un discours général très centré pathologique et que si nous on prend le temps de faire l'approche CO-OP, on risque de se retrouver un petit peu en décalage par rapport aux médecins. Je pense que les limites elles doivent être là. Les limites de temps ouais. Le problème c'est que si on fait ça, à côté on est obligé de négliger d'autres aspects de la rééducation, qui est le travail de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne, je sais pas moi toilette-habillage, déplacements, des choses qu'on fait et qu'il faut aussi travailler. Je pense que comme on est aussi dans la reprise d'une activité de loisirs, c'est pas forcément un objectif qui est prioritaire. Après l'approche CO-OP, les avantages, c'est vrai que ça serait pour nous, en tant qu'ergo, de mettre un peu plus de sens sur la prise en charge, sur la rééducation. Puis peut-être, je rejoins ce qu'on disait tout à l'heure, mais l'aspect volition. L'avantage ça peut être ça, redonner au patient les motivations, un investissement dans sa rééducation, lui donner des objectifs et peut-être que ça peut aussi agir directement sur le processus de deuil, sur l'acceptation du handicap. Je pense que les avantages ils se situent là.

**Si on met de côté les problèmes institutionnels, dans quels cas l'approche CO-OP serait pertinente ? Pour quel type de patients ?**

L'approche CO-OP, pour tous les cérébrolésés je me dis que ça a du sens. Je pense aux personnes qui sont sans troubles moteurs, qui sont uniquement dans des déficits cognitifs. Je pense surtout aux patients en hôpital de jour. La différence c'est que ce sont des patients qui vivent chez eux, qui ont passé toute cette phase post-AVC ou post-traumatisme crânien et qui sont déjà dans leur milieu de vie. Donc je pense que l'approche centrée sur améliorer les activités significatives pour eux qu'on retrouve dans CO-OP. Je pense que là ça aurait plus de sens. Plutôt sur des patients qui sont déjà en milieu de vie. Parce que le problème c'est que dans une phase de rééducation on va pas pouvoir avoir une approche comme ça en tout cas. Mais le CO-OP serait plus intéressant avec ces patients là je pense.

**Dans quels cas l'approche CO-OP ne pourrait pas être utilisée ? Pour quels types de patients ?**

Je pense aux déficits importants en fait, aux AVC assez lourds, avec des tableaux cliniques importants, des troubles cognitifs alliés à des troubles moteurs, des troubles du schéma corporel, je pense à des patients aphasiques. Nous on est quand même l'hôpital public donc c'est vrai qu'on prend en charge des patients assez lourds. Je pense aux troubles cognitifs trop importants en fait, je pense que c'est là que ça aura ses limites, l'aphasie aussi qui fait qu'on peut avoir du mal à communiquer et c'est quand même la base d'une approche CO-OP, c'est de pouvoir collaborer et communiquer avec son patient.

Donc l'aphasie ça serait un obstacle je pense. Je dirai ça et puis l'aspect peut-être psychologique. Quelqu'un qui est dans un déni ou qui a pas encore... qui a pas la capacité psychologique de s'investir dans la rééducation. Là si on part sur une approche CO-OP, j'ai du mal à voir comment ça peut être compatible avec des patients qui sont dans ce schéma-là.

**Comment repérez-vous une diminution des difficultés que la personne a exprimées au départ ?**

Beaucoup sur entretien. Je demande... et sur mise en situation. Par observation en fait. Sur une même activité, si on recrée la mise en situation à postériori moi je vais directement observer la diminution des difficultés. Je vais observer, j'en sais rien moi, ça peut être l'effort que ça lui demande, la gestuelle, le niveau d'aide que je lui apporte aussi, si je lui apporte moins d'aide qu'au départ. C'est comme ça que je vais le voir, plus par la mise en situation et par entretien et ressenti du patient.

**Comment vous repérez une amélioration de son sentiment de compétence ?**

De son sentiment de compétence... Je dirai de la même manière, sur entretien. Je vais pas utiliser d'outil spécifique, non.

**Pour la personne que vous avez accompagnée, quels changements vous avez pu percevoir ?**

Déjà, il y a eu une amélioration de ses capacités motrices au niveau du membre supérieur droit, au cours de sa prise en charge. Ce qui fait qu'il y a eu aussi une amélioration de l'utilisation du clavier. Qu'est-ce que j'ai perçu ? J'ai perçu que ça a été quelque chose qui était... disons que ça a participé un peu aussi à son deuil, je pense, de ses capacités antérieures, de la perte de capacité de la main droite parce qu'il fallait qu'elle passe par là, quelque chose qui était important pour elle, l'utilisation de l'orgue, pour se rendre compte qu'elle avait perdu et en même temps qu'elle était capable de faire autrement. Après ce que j'ai perçu c'est qu'elle a... en fait cette dame je l'ai revu quelques mois après, elle est passée me voir parce qu'elle avait une consultation avec le médecin. Je crois que c'était pour des injections de toxine botulique. C'était assez positif parce qu'elle avait repris à jouer de l'orgue donc, comme je disais, avec des capacités qui étaient pas équivalentes à ce qu'elle pouvait faire avant. Donc elle se retrouve à jouer de son instrument, pas comme elle arrivait à le faire avant. Mais elle continue à le faire. Donc je me dis que c'était plutôt positif, et surtout elle y arrivait beaucoup mieux, parce qu'elle avait quand même beaucoup progressé, sachant qu'elle avait pratiqué à la maison. Voilà donc moi j'ai perçu ça. Des capacités motrices améliorées et on va dire une certaine satisfaction de sa part d'avoir pu reprendre.

**Justement ça mène à ma prochaine question, est-ce que vous avez remarqué des changements concernant sa satisfaction, son estime de soi ou son bien-être ?**

Ouais ouais, c'est surtout là-dessus que je pense ça a eu une influence. Plus que sur l'aspect moteur. J'ai remarqué que c'était dur pour elle, c'était un peu paradoxal, c'est que c'était dur pour elle de se rendre compte qu'elle arrivait plus à jouer comme avant et qu'elle allait plus réussir à jouer comme avant. Ça c'est quand même quelque chose que j'ai perçu chez elle. Mais j'ai aussi perçu l'importance que ça avait pour elle. Parce que c'était vraiment un loisir qui était très très présent dans son quotidien et que c'était plutôt satisfaisant de pouvoir continuer. De pas avoir un abandon total de l'activité quoi. Mais surtout c'est quelque chose auquel elle s'est accrochée en fait pendant sa rééducation. Moi c'est quelque chose que j'ai perçu c'est que ça faisait partie de sa rééducation, jouer de l'orgue. C'était vraiment, vraiment quelque chose d'important pour elle.

### **Du coup, pareil, vous n'utilisez pas d'outil ?**

Encore une fois ouais. Ça a pas du tout été une prise en charge avec des outils. Ça s'est fait vraiment pendant des séances de rééducation, un peu tout seul.

### **Que faites-vous si la personne ne peut pas reprendre son instrument de musique ou si ses progrès ne sont pas à la hauteur de ses espérances ?**

Qu'est-ce que je fais ? Je pense que je l'accompagne, on va dire, dans l'acceptation. Si jamais face à ses difficultés... ou qu'elle se rend compte que c'est pas possible. Je pense que je proposerai peut-être d'autres moyens de se rapprocher de ça. Si c'est par exemple le contexte de la musique ça peut être aussi le plaisir d'écouter la musique, ça peut être le plaisir de discuter autour de l'instrument, le plaisir de transmettre ses connaissances autour de l'instrument. Pas le côté jouer de l'instrument mais tout ce qu'il y a autour, pour compenser un peu cette perte de capacités à rejouer l'instrument. Je reprends l'exemple de cette dame, c'était très valorisant pour elle de m'apprendre ce qu'était un orgue : comment ça se jouait, comment c'était fait, comment le sien il était, voilà. Je pense que ça c'est important, nous en tant qu'ergothérapeutes, aussi de cibler les capacités restantes et les mettre en lien avec... en essayant de valoriser la personne puisqu'elle est en train de vivre une perte de capacités. Je pense que je l'accompagnerai comme ça.

### **Avez-vous déjà eu ce cas de figure ?**

Une fois j'ai eu une dame qui voulait reprendre la guitare. Elle en avait pas les capacités motrices. C'était la main gauche qui était atteinte. La main gauche qui réalisait les arpèges sur le manche, parce que c'était une dame qui jouait en fait beaucoup en arpèges. Donc les positions d'accords étaient possibles, même si elle manquait un peu de force pour que ça sonne bien. Mais l'arpège ça demandait trop de capacités motrices. Donc c'est une dame qui était très tôt dans sa prise en charge et qui est partie assez tôt du service. Disons qu'elle avait pas encore récupéré toutes ses capacités. Donc la

question "est-ce qu'elle allait pouvoir reprendre l'activité guitare?" on pouvait pas y répondre. Donc là c'était un petit peu différent et pour le coup je n'ai rien fait de particulier si ce n'est la rassurer sur le fait que les capacités motrices après l'AVC peuvent évoluer jusqu'à 6 mois voire plus après l'AVC. En l'incitant aussi à elle se mettre en situation, à se tester, à pas rester dans l'inactivité en tout cas, pour faire une éducation autour de ça.

**Comment a-t-elle réagit à cet entretien ?**

Plutôt positivement parce que ça lui permettait de voir un après aussi. Et surtout moi c'était une manière d'avoir une continuité de la prise en charge qu'elle avait eu ici. Comme elle aurait plus d'ergothérapie en [inaudible], au moins on va dire de la sensibiliser au fait de continuer à faire des activités à visée de rééducation. C'était plutôt quelque chose de rassurant. C'était plutôt dans cette idée-là. Que même si elle était plus dans le service elle continuerait à progresser si elle continuait à être en activité.

**Avez-vous des éléments à ajouter pour compléter cet entretien ?**

Non je pense que j'ai tout dit. Je vous ai fait part de mon expérience.

**Avez-vous des questions ?**

Est-ce que j'aurai un retour un petit peu de tout ça ?

**Oui si vous voulez je peux vous l'envoyer à la fin**

J'aimerais bien, du coup ça m'intéresse. Pour voir par rapport aux autres entretiens que vous avez eu aussi. Que je puisse voir s'il y a des gens qui ont fait ça différemment, que je puisse m'en inspirer

**Ça marche. Merci beaucoup du temps que vous m'avez consacré.**

De rien. Bon courage à vous pour la fin d'année, pour le mémoire surtout vu les circonstances actuelles.

## Résumé

Avec 140 000 cas par an en France, l'accident vasculaire cérébral est l'une des maladies les plus courantes dans notre société. Les problèmes occupationnels qui en résultent réduisent l'autonomie et l'indépendance de la personne. Lorsque la personne était musicienne, une de ses demandes peut être de recommencer à jouer de son instrument de musique le plus tôt possible. Cette recherche vise à déterminer si la méthode CO-OP est pertinente et aidante dans la reprise de l'instrument de musique chez une personne musicienne post-AVC. Cette étude est basée sur une enquête réalisée à travers des entretiens individuels semi-structurés avec trois ergothérapeutes et une personne musicienne ayant subi un AVC. L'analyse des données met en exergue que cette approche n'est pas proposée auprès des personnes musiciennes post-AVC. Néanmoins, tous les ergothérapeutes interviewés seraient en faveur et sont convaincus que l'utilisation de l'approche pourrait aider les personnes à rejouer de leur instrument. Le musicien soutient qu'il est important pour lui de trouver des solutions par lui-même. L'utilisation de l'approche CO-OP pour rejouer d'un instrument en ergothérapie peut être utile, mais il y a un manque évident de preuves en pratique. L'étude serait à refaire quand l'approche CO-OP sera plus largement utilisée avec ce public.

Mots clés : Ergothérapie – AVC – Rééducation – Musicien – Approche CO-OP

## Abstract

With 140,000 cases per year in France, stroke is one of the most common diseases in our society. The resulting occupational problems reduce the autonomy and independence of the person. If the person was a musician, they would want to start playing their musical instrument as soon as they could. The aim of the study is to determine if the CO-OP approach is relevant and helpful in the resumption of playing an instrument for a post-stroke musician. This study is based on a survey conducted through semi-guided individual interviews with three occupational therapists and one musician, the musician being the one who had suffered from the stroke. The results show that the CO-OP approach is not currently being used for rehabilitating post-stroke musicians. However, all of the interviewed occupational therapists would be in favour of using it and believe that the use of the approach could help post-stroke musicians to play their instrument again. The musician also brought up the argument that it is important for him to find solutions by himself. Implementing the CO-OP approach for practicing musical instruments in an occupational therapy setting may be helpful, but there is an obvious lack of evidence in practice. The study would have to be repeated when the CO-OP approach is more widely used with this population.

Keywords: Occupational therapy – Stroke – Rehabilitation – Musician – CO-OP approach