



Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

Siège administratif : 95, rue Montebello – Quartier Montety – 83000 Toulon



CRUCHON Sophie

La créativité de l'ergothérapeute : un levier de l'engagement du patient dans la cocréation des séances de rééducation

Mai 2026

Ergothérapie – 2023-2026

Référent professionnel : GIRAUDIER Anaïs

Référent pédagogique : PRATS François

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), **CRUCHON Sophie** étudiant(e) à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'IFPVPS, m'engage sur l'honneur à rédiger et à mener **personnellement** la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche mentionné dans l'unité d'Enseignement 6.5.S6 de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif aux études préparatoires au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

Je reconnais avoir été informé(e) des risques de poursuites qui pourraient être engagées à mon encontre par l'IFPVPS en cas de fraude La reproduction d'une œuvre originale sans le consentement de l'auteur est de plus qualifiée juridiquement de contrefaçon (Articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle).

A Toulon , le 11/05/2026

Signature

(Noter la mention « lu et approuvé »)



Lu et approuvé

www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=3F2D6839D39286AFCCCD3B71568B9CE
D.tpdila22v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006161658&cidTexte=LEGITEXT0000060694
14&dateTexte=20150824

Article L335-2 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [LOI n°2014-315 du 11 mars 2014 - art. 6](#)

Toute édition d'écrits, de composition musicale, de dessin, de peinture ou de toute autre production, imprimée ou gravée en entier ou en partie, au mépris des lois et règlements relatifs à la propriété des auteurs, est une contrefaçon et toute contrefaçon est un délit.

La contrefaçon en France d'ouvrages publiés en France ou à l'étranger est punie de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende.

Seront punis des mêmes peines le débit, l'exportation, l'importation, le transbordement ou la détention aux fins précitées des ouvrages contrefaisants.

Lorsque les délits prévus par le présent article ont été commis en bande organisée, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 euros d'amende.

Article L335-2-1 [En savoir plus sur cet article...](#)

Créé par [Loi n°2006-961 du 1 août 2006 - art. 21 JORF 3 août 2006](#)

Est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende le fait :

1° D'éditer, de mettre à la disposition du public ou de communiquer au public, sciemment et sous quelque forme que ce soit, un logiciel manifestement destiné à la mise à disposition du public non autorisée d'œuvres ou d'objets protégés ;

2° D'inciter sciemment, y compris à travers une annonce publicitaire, à l'usage d'un logiciel mentionné au 1°.

Article L335-3 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [LOI n°2009-669 du 12 juin 2009 - art. 8](#)

Est également un délit de contrefaçon toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi.

Est également un délit de contrefaçon la violation de l'un des droits de l'auteur d'un logiciel définis à l'article [L. 122-5](#).

Est également un délit de contrefaçon toute captation totale ou partielle d'une œuvre cinématographique ou audiovisuelle en salle de spectacle cinématographique.

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement GIRAUDIER Anaïs, référente professionnelle, pour son accompagnement précieux tout au long de ce travail d'initiation à la recherche. Son soutien, son écoute et la justesse de ses conseils m'ont aidée à avancer dans ma réflexion. Je la remercie également pour sa rigueur, son regard professionnel et l'inspiration qu'elle m'a apportée tout au long de ce processus.

Je souhaite également remercier PRATS François, référent pédagogique et formateur, pour son accompagnement et ses retours dans l'élaboration de ce travail.

Mes remerciements s'adressent aussi à AYARI Sawsen, référente pédagogique et formatrice, qui m'a accompagnée pour l'initiation de cet écrit, pour ses conseils, son implication et les bases qu'elle m'a permis de construire.

Merci aux ergothérapeutes d'avoir participé, de m'avoir accordé du temps pour partager la richesse de leurs témoignages et de leurs expériences professionnelles.

Je remercie plus largement l'ensemble de l'équipe pédagogique pour sa présence, ainsi que TORTORA Leïla et TORREELE Marie-Charlotte, formatrices, pour la qualité de leur accompagnement tant sur le plan pédagogique que personnel, tout au long de la formation.

Enfin, je remercie mes camarades de promotion et mes amies pour le courage, leur présence, leur bienveillance et les nombreux moments de partage qui ont rendu ce parcours unique.

À toutes ces personnes, merci d'avoir contribué à l'aboutissement de cet écrit.

Sommaire :

1. Introduction	1
1.1 Synthèse de l'état de l'art	2
1.1.1 La créativité : une compétence fondamentale de la pratique ergothérapique	2
1.1.2 La créativité génératrice de sens de la pratique centrée sur le patient.....	3
1.1.3 Le patient, de l'acteur au cocréateur	5
1.2 Problématisation	6
1.3 Cadre conceptuel	6
1.4 Question de recherche	8
1.5 Objectif de recherche.....	8
1.6 Hypothèses	8
2. Méthode	8
2.1 Outil	8
2.1.1 Choix de l'outil.....	8
2.1.2 Conception de l'outil	9
2.2 Modalités de passation	10
2.3 Population cible	11
2.4 Choix des outils de traitement et d'analyse des données	12
2.5 Pré-test.....	12
2.6 Biais	13
3. Résultats	13
3.1 Données sociodémographiques	13
3.2 La créativité	13
3.2.1 La reconnaissance individuelle de la créativité en ergothérapie	13
3.2.2 La création de séances personnalisées.....	14
3.2.3 L'adaptation des séances	15

3.2.4 L'adaptation relationnelle.....	16
3.2.5 Freins à l'utilisation de la créativité	17
3.3 La cocréation	18
3.3.1 L'engagement actif mutuel tout au long du processus	18
3.3.2 Le partenariat égalitaire	19
3.3.3 Limites à la cocréation.....	20
3.3.4 Freins de l'engagement du patient.....	21
4. Discussion.....	22
4.1 Rappel de l'objectif de recherche et des résultats	22
4.2 La créativité en pratique comme un processus favorisant l'engagement	23
4.3 De la créativité individuelle à l'engagement dans la cocréation créative.....	26
4.4 La créativité comme soutien face aux freins de la cocréation.....	28
4.5 Conclusion.....	29
4.6 Perspectives professionnelles	30
4.7 Limites et biais	30
4.8 Ouverture	32
5. Conclusion.....	32
5.1 Étapes du travail d'initiation à la recherche	32
5.2 Principaux points de méthodologie	33
5.3 Conclusions de la recherche.	33
5.4 Impact de la recherche.....	33
5.5 Pistes de recherche	34
5.6 Lien avec la pratique professionnelle	34
7. Sommaire des Annexes	46

1. Introduction

Dans le processus de prise en soin en ergothérapie, les objectifs de rééducation sont aujourd'hui généralement définis de manière personnalisée, en lien avec le profil occupationnel du patient, composé de ses besoins, ses attentes et son histoire (Meyer, 2007 p.66). Cette orientation s'inscrit dans les recommandations actuelles en santé au niveau national et mondial, qui encouragent une approche centrée sur la personne (Organisation mondiale de la santé, 2016 ; Conférence nationale de santé, 2016).

En ergothérapie, cette approche fait également écho à la dernière définition de la profession par la World Federation of Occupational Therapists (2025) selon laquelle l'ergothérapie « promeut la santé et le bien-être en soutenant la participation à des occupations significantes que les personnes souhaitent, ont besoin ou sont censées réaliser ». En soulignant la participation à des occupations significantes propres à chaque patient, cette perspective implique que la personnalisation ne concerne pas uniquement les objectifs thérapeutiques, mais également les moyens utilisés pour les atteindre. L'usage répété de moyens standardisés semble alors peu adapté.

Le point de départ de cette recherche est issue d'observations réalisées lors de plusieurs stages en service de Soins médicaux et de réadaptation (SMR), l'utilisation récurrente de moyens identiques imposés par l'ergothérapeute en séance est observée. Dans des situations répétées d'exercices analytiques, tels que des déplacements de pions ou des empilements de cônes, les observations font émerger des difficultés d'engagement chez certains patients. Une dissociation semble donc se dessiner entre des objectifs pourtant personnalisés et des moyens d'intervention standardisés. Le choix des moyens utilisés en stage semble en partie contraint par des facteurs institutionnels (Donnelly et al., 2002). Cependant, cette situation questionne les compétences mobilisées par l'ergothérapeute pour ajuster ses modalités d'intervention aux besoins singuliers des patients, ainsi que les effets de ces ajustements sur leur engagement. Plus particulièrement, la place de la créativité de l'ergothérapeute est interrogée ainsi que la place du patient. L'intérêt de ce questionnement repose sur l'importance de l'engagement du patient en rééducation car il constitue un facteur prédictif majeur des résultats fonctionnels en ergothérapie (Williams et al., 2021 ; Wong et Leland, 2018). Il est l'un des principes fondamentaux pour favoriser ou améliorer la participation occupationnelle, la santé et le bien-être (American Occupational Therapy Association, 2020), ce qui justifie l'attention particulière qui lui est portée.

Bien que la mise en œuvre d'un projet d'intervention individualisé soit formalisée dans le référentiel de compétences en ergothérapie (Arrêté du 5 juillet 2010), la créativité n'y apparaît

que de manière implicite. La considérer comme une compétence clinique peut permettre de mieux comprendre son lien avec l'engagement du patient et de pouvoir renforcer l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en explicitant son utilité dans la pratique et son lien avec la place du patient.

Dans cette perspective, la question suivante se pose : En quoi la créativité de l'ergothérapeute influence-t-elle l'engagement du patient adulte en situation de rééducation ?

Afin de répondre à ce questionnement, ce travail est une recherche qualitative qui s'organise en plusieurs temps. Une première partie présente le cadre théorique de la recherche. Cette synthèse de l'état de l'art conduit à questionner la place du patient dans la construction des séances de rééducation, à travers la notion de cocréation. Puis la méthodologie retenue est exposée. Les résultats sont ensuite présentés, puis discutés au regard des apports théoriques et de la question de recherche. Enfin une conclusion clôture ce travail.

1.1 Synthèse de l'état de l'art

1.1.1 La créativité : une compétence fondamentale de la pratique ergothérapique

La créativité peut être considérée comme un besoin fondamental d'accomplissement de soi, au sommet de la hiérarchie des besoins (Maslow, 1943). Elle imprègne les occupations quotidiennes (Blanche, 2007) et, pour l'ergothérapeute, elle constitue un élément de son identité professionnelle (Schmid, 2004). Historiquement, la créativité en ergothérapie s'exprime par l'usage d'activités artisanales ou manuelles comme modalités thérapeutiques (Delaisse et al., 2022 p.76). À partir des années 1980, un changement de paradigme fait reculer les activités artisanales au profit d'activités davantage centrées sur la personne et dans une perspective écologique (Delaisse et al., 2022 p.16). Selon Perrin (2001), cette évolution a réduit la compréhension et la valorisation de la créativité, en diminuant sa reconnaissance dans la dynamique thérapeutique. La créativité, autrefois visible et tangible à travers la production d'objets, devient plus intrinsèque, s'inscrivant dans le troisième paradigme de l'ergothérapie des années 2000, qui privilégie l'utilisation des activités de la vie quotidienne (Delaisse et al., 2022 p.16). Même si elle est moins explicitement valorisée, la créativité se renforce par la complexification des pratiques et la personnalisation des interventions, devenant une compétence intrinsèque mobilisable par l'ergothérapeute (Oven et Lobe, 2019). Face à la complexité humaine, il doit s'adapter, en utilisant des outils simples de manière créative pour répondre aux besoins, ressources, intérêts et difficultés du patient (Graham, 1983 ; Hickey, 2016 ; Oven et Lobe, 2018, 2019 ; Perrin, 2001 ; Schmid, 2004). Cette capacité d'adaptation permet

aux ergothérapeutes d'être créatifs, ce qui leur permet de ne pas considérer un manque de ressources comme un obstacle aux occupations (Hickey, 2016).

Le choix d'activités individualisées permet de centrer l'intervention sur le patient, contrairement au modèle biomédical qui prescrit des traitements standardisés selon le handicap (Hickey, 2016 ; Meyer, 2022 ; Perrin, 2001). Dans ce cadre, l'ergothérapeute devient guide ou facilitateur, favorisant l'engagement dans des activités significantes et adaptées, car le patient peut se désengager si ses besoins et souhaits ne sont pas pris en compte (Mello et al., 2021 ; Oven et Lobe, 2019). Pour y répondre, l'approche centrée sur le patient, telle qu'initiée par Carl Rogers (1951) repose sur le respect, le partenariat, le partage des décisions et la liberté de choix, augmentant la probabilité d'un engagement significatif (Law, 1998 ; Oven et Lobe, 2019). La créativité facilite cette approche et contribue à son développement et à son maintien dans la pratique ergothérapique (Alageel, 2022 ; Oven et Lobe, 2018).

1.1.2 La créativité génératrice de sens de la pratique centrée sur le patient

En ergothérapie, le besoin de créativité est constant dans la pratique et permet de concevoir des interventions adaptées aux capacités, besoins et contextes singuliers de chaque personne (Pierce, 2003). L'ergothérapeute ne se contente pas de sélectionner des activités existantes, mais conçoit des séances mobilisant pleinement le potentiel thérapeutique de l'occupation et de la créativité, considérées comme une force dynamique que l'ergothérapeute doit mobiliser (Perrin, 2001 ; Pierce, 2003). Ainsi, Fisher et Marterella (2019), présentent 4 continuums pour évaluer son intervention et attester de sa pertinence auprès du patient. Ceux-ci se concentrent sur l'approche centrée sur la personne, la pertinence écologique, avec une approche fondée et axée sur l'occupation. Idéalement, l'occupation est choisie de manière collaborative entre patient et thérapeute, elle est contextualisée et permet un engagement dans la performance occupationnelle pour réaliser l'occupation en question et non remédier à des fonctions corporelles déficitaires (Fisher et Marterella, 2019). Pierce (2003 p.220), partage également l'importance de l'aspect contextuel, qui doit être spatialement, temporellement et socioculturellement écologique pour permettre une forme d'intégrité de l'occupation. Pourtant, Meyer (2022) souligne que la thérapie peut être conçue comme une occupation à part entière, intégrant des activités qui ne relèvent pas directement des habitudes de vie du patient, dès lors qu'elles prennent sens pour lui. Par conséquent, cela permet de considérer pleinement la place de la créativité pour repenser l'occupation proposée face à des contraintes institutionnelles (Estes et Pierce, 2012) qui ne permettraient pas d'être au plus proche de l'occupation écologique.

Une occupation devient significative lorsqu'elle est en adéquation avec les capacités et les intérêts de la personne, qu'elle propose un défi ajusté et qu'elle favorise un engagement soutenu par l'environnement (Reed et al., 2011). Le sens peut ainsi être compris comme un ensemble de sentiments, de buts et de croyances qui orientent la manière dont une personne interprète son expérience du monde (Roepke et al., 2014, cité par Mello, 2021). Ce processus de création de sens est dynamique, il est singulier à chaque individu et inscrit dans un contexte socioculturel, temporel et spatial spécifique (Leufstadius, 2017, cité par Mello, 2021). L'ergothérapeute joue un rôle central, par sa créativité, il conçoit des occupations soutenant le processus d'apprentissage et favorisant l'émergence de sens (Mello et al., 2021). Selon Bazyk et Bazyk (2009), certaines caractéristiques de l'activité, telles que la créativité, le défi adapté, la faisabilité et le plaisir, soutiennent à la fois l'élaboration d'expériences significatives et la satisfaction occupationnelle. En effet, une occupation qui génère du plaisir et un sentiment de satisfaction favorise un engagement occupationnel vécu comme significatif (Mee et Sumsion, 2001, cité dans Reid, 2011). Le plaisir fait partie d'un ensemble plus vaste lorsqu'il est couplé à la productivité et au sentiment de ressourcement pour former l'attrait (Pierce, 2003). Cet attrait détermine l'adhésion du patient et sa perception de l'activité comme efficace (Pierce, 2003, p. 11).

L'engagement dépend, selon Csikszentmihalyi (1990), de l'adéquation entre les possibilités d'action offertes par l'occupation et les capacités personnelles de l'individu. Pour permettre le juste défi et engager le patient en ergothérapie, le processus créatif est utilisé quotidiennement pour choisir la bonne approche (Coffey et al., 2015). Ainsi, dans l'ajustement de l'intervention, il est possible d'utiliser la gradation (Pierce, 2003, p. 287). La gradation prend en compte l'expérience subjective du patient pour moduler l'activité selon ses capacités pour en favoriser le développement (Pierce, 2003 p. 287) et permettre la motivation (Alageel, 2022). L'ajustement de l'occupation facilite l'atteinte du flow, état d'absorption et de satisfaction intense dans l'activité (Csikszentmihalyi, 1990 ; Pierce, 2003 ; Reid, 2011). Le flow traduit un engagement profond dans l'occupation, impliquant un investissement actif et une connexion à l'expérience vécue (Csikszentmihalyi, 1990). La compétence centrale de l'ergothérapeute est alors sa capacité à permettre l'occupation, il est considéré comme un expert pour faciliter l'engagement occupationnel (CAOT, 2012). Cette possibilité permet au patient d'exprimer ses choix, de participer activement et de renforcer l'alliance thérapeutique (Townsend et Polatajko, 2013).

1.1.3 Le patient, de l'acteur au cocréateur

La créativité de l'ergothérapeute ne se limite donc pas à la conception d'occupations, mais s'exprime également dans la relation thérapeutique à travers la création de plaisir partagé entre patient et thérapeute (Alageel, 2022 ; Coffey et al., 2015 ; Oven et Lobe, 2018 ; Perrin, 2001). Cette créativité contribue à instaurer un climat positif, authentique et engageant, renforçant la relation thérapeutique et favorisant l'engagement du patient dans le processus de soin, tandis que l'absence de lien relationnel constitue un obstacle majeur à cet engagement (Coffey et al., 2015 ; Kennedy et Davis, 2017 ; Oven et Lobe, 2019). L'ergothérapeute peut ainsi mobiliser sa créativité pour adapter sa posture face à une situation relationnelle complexe, telle qu'un refus ou de l'agressivité (Oven et Lobe, 2018). En effet, pour trouver une solution face à des situations relationnelles complexes, la créativité favorise l'utilisation de stratégies de communication variées pour engager le patient, telles que l'adaptation des questions ou l'humour, ce qui favorise une communication plus ouverte et fluide (Alageel, 2022 ; Oven et Lobe, 2019). Cette adaptation créative permet de transformer un état émotionnel négatif initial en état positif partagé, contribuant ainsi à renforcer la relation thérapeutique (Oven et Lobe, 2019). La communication favorise également les feedbacks du patient, soutenant la collaboration et favorisant la créativité de l'ergothérapeute (Oanes et al., 2015 ; Oven et Lobe, 2018). Une communication efficace contribue à instaurer une relation de confiance propice à l'engagement, à une collaboration plus étroite et à une progression plus rapide vers les objectifs thérapeutiques (Alageel, 2022 ; Oven et Lobe, 2018, 2019). Cette confiance favorise la cocréation, dans laquelle le résultat de l'occupation repose à la fois sur les besoins et préférences du patient et sur la capacité du thérapeute à mobiliser sa créativité dans la relation (Perrin, 2001) tandis que le plaisir vécu lors de la cocréation nourrit la relation thérapeutique (Mello et al., 2021).

Alors que l'approche centrée patient est favorisée par la créativité de l'ergothérapeute (Alageel, 2022 ; Merritt et Boogaerts, 2014 ; Oven et Lobe, 2018), les patients, considérés comme des sujets actifs dotés d'un pouvoir de décision, deviennent coconcepteurs de solutions singulières adaptées à leurs besoins. L'intervention s'inscrit alors dans une démarche collaborative plutôt que dans la reproduction de solutions standardisées (Perrin, 2001 ; Townsend et Polatajko, 2013). La prise de décision collaborative est définie par Coffey et al., 2015 comme un processus créatif où le patient développe sa conscience de soi et son autogestion. Ceci permet également un meilleur suivi de l'intervention et des résultats (Carswell et al., 2004). En effet, dans le processus de cocréation, l'engagement du patient est envisagé sur

l'ensemble du parcours, car la collaboration implique de considérer son savoir et son point de vue comme indispensables à la construction d'un partenariat égalitaire (Vargas et al., 2022 ; Sawada et al., 2023). Oven et Lobe (2019), définissent les ergothérapeutes comme la profession la plus ancrée dans la créativité, la participation et la cocréativité dans le paramédical, ce qui conforte l'idée que la profession est au cœur de la dynamique collaborative avec le patient (Oven et Lobe, 2019). En pratique, la cocréation et la prise de décision partagée sont généralement mises en œuvre pour des décisions à forts enjeux (Lindholm et al., 2020) tandis que des choix de plus petite échelle sont essentiels pour soutenir la participation et l'engagement du patient à toutes les étapes de l'intervention (Oven et Lobe, 2019 ; Sumsion, 2006). L'utilisation consciente de la créativité du thérapeute, associée à l'implication active du patient, apparaît ainsi comme un levier essentiel du succès de l'intervention (Coffey et al., 2015).

Finalement, la créativité est explicitement reconnue comme une compétence des ergothérapeutes favorisant l'engagement du patient (Alageel, 2022 ; Coffey et al., 2015 ; Oven et Lobe, 2019).

1.2 Problématisation

La manière dont la créativité est mobilisée dans les interventions en ergothérapie reste toutefois à questionner. Au regard de la littérature, les séances doivent être personnalisées non seulement dans leurs objectifs, mais aussi dans leurs moyens. L'engagement du patient doit être soutenu par des activités et des interactions ajustées à ses besoins et préférences. Pourtant, les observations issues de la pratique clinique montrent que les méthodes et outils utilisés restent souvent standardisés, majoritairement choisis par le thérapeute. Cette uniformisation limite l'engagement du patient et interroge la manière dont la créativité est réellement mobilisée pour favoriser la cocréation des séances. Ainsi, bien que la créativité soit un levier reconnu de l'engagement, son rôle précis dans le renforcement de la place du patient comme cocréateur des séances demeure peu exploré. Il est nécessaire de clarifier les concepts et les liens qu'ils entretiennent avec la réalisation d'un schéma du cadre conceptuel (Annexe I).

1.3 Cadre conceptuel

La créativité est un concept difficile à cerner, en raison de la diversité des critères employés pour la définir (Blanche, 2007 ; Graham, 1983 ; Oven et Lobe, 2018 ; Schmid, 2004). Une caractéristique commune est la production d'idées innovantes ou de produits nouveaux combinant originalité et efficacité (Mumford, 2003 ; Runco et Jaeger, 2012). Cette caractéristique la distingue de la résolution de problème ordinaire (Coffey et al., 2015). En ergothérapie, Oven et Lobe (2019) définissent deux champs d'application de la créativité, d'une

part, comme l'expression créative du patient dans le mouvement des arts et métiers, d'autre part selon les aspects plus cognitifs de la prise de décision et de la résolution de problèmes de l'ergothérapeute (Hopkins et Tiffany., 1978, p. 109-110, cité dans Graham, 1983 ; Robertson, 2012, p. 12). Cette dernière dimension, en tant que compétence professionnelle, est l'objet de la recherche. Alors qu'elle n'est pas toujours explicitement identifiée par les praticiens comme telle dans la pratique (Schmid, 2004), elle est associée à des processus tels que l'adaptation, la réadaptation, l'innovation, le changement et comme une approche consciente de résolution de problème (Schmid, 2004).

Dans toutes ses manifestations cliniques, comme explicité dans la revue de la littérature, la créativité de l'ergothérapeute semble favoriser un engagement élevé du patient dans la prise en soin, caractérisé par l'enthousiasme et l'intérêt, par opposition à un engagement faible marqué par l'apathie et l'indifférence (Matthews et al., 2002). Ce processus, personnel et intime, dépend de la perception par le patient de l'utilité du thérapeute et de la qualité de la relation thérapeutique (Law, 1998, p. 108). Dans le champ de l'ergothérapie, l'European Network of Occupational therapy in Higher Education (ENOTHE) définit l'engagement occupationnel pour le patient comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2012). Son identification du côté de l'ergothérapeute se traduit par une participation et une coopération (Townsend et Polatajko, 2013).

La créativité de l'ergothérapeute favorise alors une collaboration dynamique entre patient et thérapeute, renforçant ainsi l'engagement du patient dans le processus de prise en soin. Cette interaction peut revêtir le terme de cocréation, codesign, coproduction. Il n'est pas évident de les distinguer et ils sont parfois interchangeables (Cowdell et al., 2022). Le codesign et la coproduction peuvent être considérés comme des sous-catégories de la cocréation (Vargas et al., 2022). Ainsi, la cocréation est une approche de résolution créative de problèmes qui nécessite un engagement mutuel de deux partis sous forme de collaboration dans toutes les étapes d'un projet, dès le début (Vargas et al., 2022). Cette collaboration est le mécanisme qui sous-tend la cocréation, permettant aux participants de participer mutuellement vers un objectif commun (Sawada et al., 2023 ; Vargas et al., 2022). Bien que la cocréation ait d'abord été pensée comme un concept pour favoriser la création de produits et de l'adhésion de consommateurs, c'est une notion qui a été transposée en santé (Dobe et al., 2022).

1.4 Question de recherche

C'est dans cette perspective que s'inscrit cette recherche, visant à comprendre en quoi la créativité de l'ergothérapeute est-elle perçue comme un levier de l'engagement de l'adulte dans la cocréation des séances de rééducation ?

1.5 Objectif de recherche

Ainsi, l'objectif de cette recherche est d'analyser la perception des ergothérapeutes de l'influence de la créativité de l'ergothérapeute sur l'engagement du patient adulte dans le cadre de la cocréation des séances de rééducation.

1.6 Hypothèses

Pour répondre à cet objectif, des hypothèses sont formulées :

Les ergothérapeutes reconnaissent la créativité comme une compétence professionnelle mobilisable dans leur pratique.

La créativité de l'ergothérapeute est mobilisée dans le choix, la conception et l'adaptation des séances.

Les adaptations créatives augmentent l'engagement du patient.

La créativité de l'ergothérapeute facilite la cocréation des séances avec le patient par l'adaptation relationnelle.

La cocréation des séances favorise l'engagement du patient.

2. Méthode

Afin d'articuler les différentes étapes de ce travail avec la temporalité disponible, un calendrier prévisionnel est réalisé (Annexe II).

2.1 Outil

2.1.1 Choix de l'outil

La réalisation de ce mémoire d'initiation à la démarche de recherche repose sur une approche qualitative. Cette approche permet l'obtention de données riches et multidimensionnelles pour fournir des explications au phénomène étudié, notamment sur des sujets pour lesquels la recherche est peu fournie (Pyo et al., 2023). Dans cette perspective, l'outil de recueil de données sélectionné est l'entretien individuel, afin de pouvoir établir des liens entre les informations récoltées, approfondir les différentes thématiques abordées (Tétreault et Guillez, 2014 p.223) et considérer la diversité des points de vue (Carpenter et Suto, 2008). Celui-ci est structuré sous la forme semi-directive. Contrairement à l'entretien structuré, il

permet d'accéder plus facilement au vécu, aux représentations et aux significations que les participants attribuent à leurs expériences professionnelles (Carpenter et Suto, 2008 ; DeJonckheere et Vaughn, 2019 ; DiCicco-Bloom et Crabtree, 2006). La flexibilité de l'entretien semi-directif est l'un de ses principaux avantages, en particulier dans sa capacité à fournir une interaction dynamique à l'échange qui permet d'adapter la structure de celui-ci aux réponses du participant (Kallio et Pietilä, 2016). À la différence de l'entretien libre, l'entretien semi-structuré oriente plus précisément la discussion vers les thèmes du sujet de recherche (DiCicco-Bloom et Crabtree, 2006 ; Tétreault et Guillez, 2014 p.223) avec des questions prédéterminées (Annexe III). Les questions de l'entretien sont majoritairement ouvertes. Au total, l'outil comprend treize questions, dont deux questions fermées, ainsi la personne interrogée peut formaliser sa réponse avec ses propres mots (Tétreault et Guillez, 2014 p.228). Sa réponse est étoffée par les questions de relance, afin d'approfondir la réflexion du participant (DeJonckheere et Vaughn, 2019 ; Kallio et Pietilä, 2016 ; Tétreault et Guillez, 2014 p.230).

Cependant, l'entretien présente certaines limites. En effet, la planification des aspects techniques peut s'avérer complexe et influencer la qualité des résultats obtenus (DeJonckheere et Vaughn, 2019). De plus, certaines personnes peuvent être difficiles à engager dans la conversation, en particulier lorsque les échanges portent sur des sujets sensibles ou personnels (DeJonckheere et Vaughn, 2019). Cet aspect implique de prendre en compte les considérations éthiques concernant la profondeur et la pertinence des informations recueillies (Kallio et Pietilä, 2016). L'entretien nécessite alors une rigueur importante lors de la préparation (Kallio et Pietilä, 2016) mais également pendant l'entretien pour récolter toutes les informations nécessaires pour la transcription et l'analyse des données (DeJonckheere et Vaughn, 2019).

2.1.2 Conception de l'outil

La construction de l'outil de recueil de données repose sur un cadre conceptuel constitué de la créativité, l'engagement occupationnel et la cocréation. Plus précisément, la cocréation dans ce cadre conceptuel est considérée comme une variable dépendante et la créativité de l'ergothérapeute comme une variable indépendante. Chacune de ces variables est déclinée en critères, indicateurs et indices issus de la littérature scientifique pour établir une matrice conceptuelle (Annexe IV) dont l'objectif est de traduire les concepts théoriques en éléments mesurables.

La construction de l'outil de recueil de données s'articule à partir de la question de départ jusqu'à l'élaboration des questions d'entretien. Dans un premier temps, la problématisation permet de préciser la question de recherche, conduisant à la formulation d'un objectif général.

À partir de ce dernier, des hypothèses sont établies afin d'explorer les différentes dimensions de l'objectif général et d'orienter la démarche hypothético-déductive. Ces hypothèses permettent de définir des objectifs spécifiques de l'outil de recueil de données (Annexe V), eux-mêmes déclinés en objectifs pour chaque question. Cette structuration vise à garantir une cohérence entre les différentes étapes de la recherche et une pertinence des données recueillies. Elle permet que chaque question posée contribue à l'objectif de recherche en s'appuyant sur les concepts établis et leur croisement.

Concernant l'ossature de l'outil, l'entretien débute par une question inaugurale à visée signalétique, destinée à recueillir les données sociodémographiques des participants. Quatre questions sont ensuite proposées afin d'explorer si les ergothérapeutes identifient spontanément la créativité comme une compétence professionnelle. Les indicateurs de cette créativité sont ensuite interrogés de manière indirecte, sans la nommer explicitement. Dans un second temps, deux questions portent sur l'engagement du patient, puis une question aborde la cocréation. Une question suivante permet ensuite de mettre en lien ces deux concepts. La créativité est alors réinterrogée de façon directe. Enfin, les liens entre créativité et cocréation sont questionnés, avant de conclure l'entretien par une question de clôture permettant de formaliser la fin de l'échange et de recueillir d'éventuelles données spontanées.

2.2 Modalités de passation

Les entretiens sont réalisés en visioconférence pour faciliter l'accès aux participants, un gain de temps et permettre une facilité d'enregistrement durant une période de stage hors de la zone du réseau professionnel concerné. Pour autant, ce mode de recueil de données peut être affecté par des problèmes techniques, limiter la richesse de la transcription et de la communication non verbale (De Villiers et al., 2021 ; Krouwel et al., 2019). Pour les atténuer, des prises de notes sont réalisées et chaque entretien est enregistré avec le consentement éclairé des participants par écrit (Annexe VI). Les entretiens sont transcrits intégralement (Annexe VII) par le logiciel Zoom, ceci pour garantir la fidélité des données recueillies (Tétreault et Guillez, 2014 p.233). La transcription des entretiens est vérifiée pour que les propos hors sujet, problèmes techniques et interruptions sont érudés. Les mots incorrectement transcrits sont modifiés conformément à l'audio enregistré de l'entretien et les données sont anonymisées. La durée approximative est fixée à 45 minutes, afin de permettre un recueil approfondi des données tout en préservant le confort et la disponibilité du participant. Pour commencer, une introduction est formalisée (Annexe VIII) conformément au Règlement général sur la protection des données, pour rappeler l'objectif de la recherche, le caractère volontaire de leur

participation, leur droit de retrait à tout moment sans justifications et de l'anonymisation des données (Parlement européen et Conseil de l'Union européenne, 2016). Il leur est également rappelé qu'ils disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données les concernant, tandis que les données seront conservées sur un ordinateur protégé par mot de passe pendant cinq ans après le rendu du travail d'initiation à la recherche, puis détruites (Parlement européen & Conseil de l'Union européenne, 2016).

2.3 Population cible

Les critères d'inclusion concernent des ergothérapeutes diplômés exerçant en rééducation en France auprès de patients adultes, justifiant d'au moins trois ans de pratique professionnelle générale et d'au moins un an d'expérience spécifique en rééducation de l'adulte. Les participants doivent présenter une pratique identifiée comme créative par la reconnaissance d'un pair, ce qui constitue un critère de réputation (Teddle et Yu, 2007) afin de garantir une récolte de données pertinente. Ces choix s'expliquent par l'hypothèse selon laquelle la compétence créative se développe avec l'expérience et la maturation de la pratique professionnelle (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2012). Sont exclus de l'étude les ergothérapeutes n'ayant pas exercé en rééducation au cours de l'année précédant l'entretien pour garantir la pertinence des discours recueillis au regard de la pratique actuelle en rééducation et limiter les biais liés à une expérience trop ancienne.

Ces critères constituent un échantillonnage raisonné afin de sélectionner des participants expérimentés et intéressés par le sujet, susceptibles de fournir des réponses riches, fondées sur leur expérience professionnelle au regard de l'objectif de recherche (Nayar et Stanley, 2023 ; Tétreault et Guillez, 2014 p.233). Selon la classification de Teddle et Yu (2007), le type d'échantillonnage raisonné choisi correspond à une stratégie par intensité, pour collecter des informations approfondies sur le phénomène étudié.

Un grand nombre de participants n'est pas recherché, contrairement à une méthode quantitative, la représentativité statistique n'est pas visée, mais c'est plutôt une richesse des réponses relatives à la thématique impliquée, jusqu'à une saturation des données (Dejonckheere et Vaughn, 2019 ; Tétreault et Guillez, 2014 p.58). Pour trouver ces ergothérapeutes, la prise de contact se fait par courrier électronique. La méthode de contact par relation est utilisée pour permettre une correspondance aux critères d'inclusion, avec l'utilisation de la méthode boule de neige. Celle-ci consiste à désigner une personne qui correspond aux critères afin d'œuvrer à constituer l'échantillon (Tétreault et Guillez, 2014 p.233). Pour effectuer cette méthode, le

réseau professionnel est d'abord sollicité en invitant les ergothérapeutes à orienter vers des pairs qu'ils reconnaissent comme créatifs dans leur pratique et ainsi de suite.

2.4 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Les données sont recueillies dans une démarche hypothético-déductive, puis analysées à l'aide d'une analyse thématique à visée latente et à approche mixte, suivant les six étapes proposées par Braun et Clarke (2006), afin de permettre une interprétation approfondie du sens des données collectées. La méthode de codage mixte, qui utilise des catégories préétablies avec la possibilité d'en rajouter (Tétreault et Guillez, 2014 p.233), se justifie par une nécessité de rigueur méthodologique, formalisée par des tableaux numériques sur Excel. Les catégories initiales ont été construites à partir de la matrice conceptuelle élaborée en amont, afin de garantir une rigueur méthodologique, cependant en raison de la précision des niveaux de la matrice Les catégories sont renommées. En effet, les variables sont transformées en thèmes, les critères et indicateurs sont utilisés comme tels et les indices sont transformés en codes. (Annexe IX).

Pour l'analyse des données, les entretiens retranscrits sont d'abord relus plusieurs fois conformément aux recommandations de Braun et Clarke (2006). Afin d'identifier les passages pertinents, une prise de notes est réalisée pendant la relecture pour créer une première forme de classification. Les verbatim sont par la suite codés directement dans les catégories prédéfinies et les données nouvelles sont compilées, puis regroupées en thèmes. Ceux-ci sont redéfinis, notamment pour l'engagement qui avant d'être dans un critère était un thème à part entière. La rédaction des résultats est réalisée et les données sont ainsi retriées par pertinence dans les catégories. Enfin, les verbatim sont redécoupés pour favoriser des données plus précises.

2.5 Pré-test

Un premier pré-test a été réalisé auprès d'un camarade afin d'évaluer la clarté des questions et les réponses qu'elles peuvent induire. Ce premier essai permet d'identifier certaines formulations à clarifier pour être plus accessibles. La grille d'entretien est également présentée aux référents de ce travail, dont les retours permettent de clarifier certains liens, les objectifs des questions, la formulation neutre et la reformulation. Un second pré-test est ensuite réalisé auprès d'une camarade. Celui-ci permet de vérifier la pertinence des ajustements effectués et d'évaluer à nouveau la cohérence de l'outil dans des conditions proches de celles de l'entretien réel. Les questions interrogeant directement la créativité sont alors redispuestas à la fin de la matrice de questions grâce au pré-test et au questionnement du référent pédagogique pour éviter un biais.

2.6 Biais

Pour la réalisation des entretiens, plusieurs biais potentiels sont identifiés. D’abord, pour limiter les biais liés à la construction de l’outil, la grille d’entretien fait l’objet de pré-tests et de retours extérieurs. Un biais de désirabilité sociale peut également apparaître. Les participants étant interrogés sur leurs pratiques professionnelles, ils peuvent avoir tendance à présenter une pratique valorisante (Centre ministériel de valorisation des ressources humaines, 2014). Pour limiter ce biais, certaines questions s’appuient sur la description d’une expérience, ce qui peut limiter des réponses idéalisées. De plus, une question aborde les limites de la pratique, ce qui peut permettre de ne pas aborder uniquement les aspects valorisants. Un biais d’autocomplaisance peut émerger en raison des concepts abordés. Pour en limiter l’impact, il est nécessaire d’être attentif à ces réponses et d’approfondir le questionnement lorsque nécessaire (Centre ministériel de valorisation des ressources humaines, 2014).

3. Résultats

3.1 Données sociodémographiques

L’échantillon final comporte quatre ergothérapeutes (Annexe X) dont deux hommes (E1 et E3) et deux femmes (E2 et E4). Diplômés d’État entre 2023 (E1) et 2009 (E4), leur nombre d’années d’expérience varie de 3 à 17 ans. L’âge des participants est de 25 ans (E1), 33 ans (E2) et 40 ans (E3). Une seule ergothérapeute (E4) n’a pas souhaité communiquer son âge. Bien que le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) soit le point commun de l’échantillon, les services sont différents. Les spécialités représentées incluent la neurologie, l’orthopédie, la traumatologie, la réhabilitation brûlés, la réhabilitation vasculaire (E2), la post-réanimation (E3) et la réadaptation respiratoire (E4).

3.2 La créativité

3.2.1 La reconnaissance individuelle de la créativité en ergothérapie

Concernant la créativité, le premier critère de la grille d’analyse (Annexe XI) porte sur sa reconnaissance individuelle en ergothérapie. Les données recueillies conformément à la grille initiale dépeignent que les quatre ergothérapeutes interrogés lui reconnaissent une place comme une composante de l’identité professionnelle. Trois la jugent « importante » (E1, L486 ; E2, L237 ; E4, L92) tandis qu’un la considère comme « obligatoire » (E3, L415). Elle est également décrite par deux ergothérapeutes comme une compétence indispensable (E2, L32 ; E3, L59). E3 l’associe au métier d’ergothérapeute (L59) et E1 explique ainsi que « c’est ce qui nous distingue aussi des autres métiers dans un centre de rééducation » (L515). E4 explique son

choix professionnel à cette dimension créative : « C'est l'une des raisons pour lesquelles j'ai choisi ce métier » (L86).

La créativité est définie comme une compétence mobilisable par les quatre ergothérapeutes interrogés. D'une part, elle est associée à la « résolution de problème » (E1, L513 ; L531-533) et par trois ergothérapeutes à la recherche de solutions (E1, L513-514 ; E2, L267 ; E3, L416). Plus particulièrement, E2 décrit ainsi qu'« être créatif, c'est pouvoir proposer des solutions » (L267) et explique mobiliser ses « compétences créatives » lorsqu'elle se questionne sur les solutions à apporter (L326-328). Les participants évoquent l'utilisation de la créativité pour les aides techniques. E2 rapporte « inventer des choses » et créer « certaines aides techniques » (L32-33), notamment lorsque « les solutions du commerce » ne fonctionnent pas (L250-252). E3 décrit de la même façon des situations dans lesquelles il faut « trouver des solutions qui n'existent pas » lorsque « le catalogue [...] suffit pas » (L416-417). E1 souligne aussi la mobiliser lorsqu'il n'y a « pas beaucoup de matériel » ou dans des situations où les pathologies « limitent le matériel qu'on peut utiliser » (L499-501).

D'autre part, la créativité apparaît comme une compétence mobilisable dans le choix de l'activité proposée en séance par E2 et E4. E2 évoque une « inventivité » ainsi qu'une « réflexion sur le choix [des] exercices » (L42). Elle définit le fait « d'être créatif » comme la possibilité de « proposer des activités [...] qui n'existent pas pour pouvoir mieux répondre aux besoins des personnes » et « aux attentes qu'ils peuvent avoir en rééducation » (L267-270). E4 associe également la créativité à l'adaptation des interventions « aux options qui correspondent à chaque patient selon l'environnement » (L86-87). Elle la décrit comme permettant de lier et d'agir sur le « triangle activité, occupation et environnement » (L101-102).

3.2.2 La création de séances personnalisées

La mobilisation de la créativité induit des caractéristiques de l'activité. En effet, le deuxième critère définit la création de séances personnalisées, par la génération de sens dans l'occupation pour le patient. Les quatre ergothérapeutes évoquent des aspects de l'intégrité de l'interaction entre l'attrait, la réalité écologique et la pertinence pour atteindre les objectifs. E1 souligne l'importance de répondre aux demandes des patients à partir de situations fonctionnelles, en particulier lorsque certains mouvements apparaissent plus difficiles « d'un point de vue fonctionnel » que lors d'exercices analytiques (L504-507).

L'activité fonctionnelle est évoquée par E4 et E2 par la réalisation d'activité de la vie quotidienne (E2, L49-51), et la mise en situation (E4, L154). E4 rapporte ainsi « une différence d'engagement » lorsque la personne réalise une mise en situation : « parce qu'il y a eu cette mise

en œuvre » (L156-160). Au même titre que E2, qui précise que les activités peuvent « motiver le patient », rechercher « son adhésion » et « sa participation » (L42-44). L'importance des activités significatives est évoquée par E2, qui décrit le fait de « choisir des médiateurs qui ont du sens pour la personne » à partir « d'activités de la vie quotidienne sur lesquelles pour eux c'est important de travailler » (L49-51). E3 les décrit comme « super important[e] » face à la possibilité de « patients en refus » (L89-90). Il évoque le choix des séances selon les « activités antérieures » du patient (L86) et précise ainsi que « si ça lui évoque un peu quelque chose, peut-être vous allez le faire adhérer » (L93-94).

La génération d'attrait en séance est un indicateur dont trois ergothérapeutes sur quatre indiquent des éléments. E1 et E3 explicitent qu'ils choisissent l'activité selon ce que le patient aime (E1, L64 : E3, L87-88). E2 décrit : « proposer des choses qui leur plaisent ou auxquelles ils sont attachés pour pouvoir travailler, même si ce serait pas, ce que je proposerais en premier habituellement » (L142-144). Elle précise : « ça arrive ou quand on propose quelque chose que la personne aime beaucoup faire [...] ça peut aider à la faire travailler après ou à la faire adhérer aux séances » (L164-167). E1 exprime aussi ce lien : « comme il était engagé dans le truc et que ça représentait aussi un peu ce qu'il aurait aimé faire. Au final, il a fait la séance complète, il a fait sûrement plus que si on avait marché » (L225-227).

Par ailleurs, E1 décrit la place de l'approche ludique, il observe « avoir beaucoup plus en faisant des jeux par rapport à quelque chose d'analytique » (L237). Il rapporte des situations où des activités perçues comme « plus fun » amenaient certains patients à réaliser les exercices « sans se rendre compte qu'elle les faisait » (L232-233). E3 décrit également une forme de plaisir partagé : « dès que je sors un truc, il est trop content [...] il en fait avec moi, il fabrique 2 3 trucs, je lui donne des petites tâches à faire avec moi et il adore ça. » (L257-259).

3.2.3 L'adaptation des séances

Concernant l'adaptation des séances et plus particulièrement des techniques, les quatre ergothérapeutes décrivent la présence d'adaptations dans les protocoles, activités ou supports utilisés. Détourner du matériel ou des activités est rapporté comme régulière par l'ensemble des participants. E1 affirme que cela « arrive quand même assez souvent » (L147), tandis que les autres ergothérapeutes reconnaissent détourner « tout le temps et très régulièrement » (E4, L81), « je fais que ça de toutes mes journées. Honnêtement, je fais que ça » (E3, L190) et « on le fait [...] quasiment 80 % du temps » (E2, L95). Les adaptations passent par le détournement d'objet pour E1, E2 et E3. E3 explique « détourne[r] vraiment beaucoup de matériel » (L262), il précise adapter celui-ci sur « l'utilisation d'aides techniques » (L203-204) comme « une paille

avec un tuyau à oxygène » (L212). C'est également le cas pour E1 qui décrit : « une fourchette qui faisait au moins 40 cm de long » (L530). E2, exprime adapter du matériel dédié à la séance, tels que les « jeux [...] pour pouvoir faire travailler certaines fonctions cognitives » (L98-100), « Et même dans nos exercices moteurs [...] c'est des choses qui à la base ne sont pas faites pour » (E2, L100-101). L'adaptation des techniques passe aussi par le fait de « détourner des activités » (E2, L268). Lorsque c'est le cas, E1 parle d'une rééducation « complètement dérivée » des activités initiales (L90-91), tandis que E4 explique : « on se doit d'être créatifs [...] d'habitude on la fait comme ça, je leur propose une autre forme » (L103-104).

L'ajustement de la séance selon les capacités du patient est décrit par les quatre ergothérapeutes. Ils changent des paramètres de l'activité tels que : la quantité (E1, L22 ; E4, L73, L74, L75), le poids (E2, L85), l'environnement (E4, L75 ; E3, L84), la durée (E3, L172 ; E4, L75), l'effort demandé (E4, L73), les amplitudes (E1, L123 ; E3, L172), l'évitement des mouvements douloureux (E1, L123-124), le changement d'activité (E1, L113-114 ; E2, L218 ; E3, L173). La gradation est employée (E3, L172 ; E4, L73, L74) et E1, E2 et E3, décrivent l'ajustement selon si « c'est trop facile » (E2, L82 ; E1, L106) ou « trop dur » (E3, L172). E2 explique adapter la séance (L71-72) avec l'utilisation possible de « contraintes » (L84) et « faire évoluer la séance « en fonction de l'état du patient » (L39-41). E1 décrit son processus d'ajustement : « partir sur quelque chose de très facile au début, [...] augmenter au fur et à mesure » (L110-111).

3.2.4 L'adaptation relationnelle

Au-delà de l'adaptation des séances, la manifestation de la créativité est également questionnée dans l'adaptation relationnelle telle que présentée par E1 : « [La créativité] On en aura besoin [...] pour l'adhésion du patient aussi, pour le relationnel » (L520). Ainsi, les quatre ergothérapeutes abordent des éléments s'inscrivant dans la modulation de la distance thérapeutique, du rôle ou de la directivité. E2 décrit l'évolution de la relation : « pour qu'il y ait vraiment une alliance [...] on a besoin d'avoir une relation qui soit de bonne qualité et qui évolue au fur et à mesure de notre accompagnement ». (L126-128). E1 et E2 déclarent « s'adapter » dans leur posture (E1, L201, L210, L211 ; E2, L152, L189). E4 témoigne d'une évolution de sa posture avec l'expérience, délaissant l'injonction à faire, pour s'adapter au « rythme » de chaque personne (L178-181). E4 précise : « ma posture thérapeutique, elle va changer » (L177), ce qui implique « d'être créatifs dans quelle posture je propose » (L103). E3 souligne également l'adaptation de son approche en fonction des besoins du patient : « je suis passé par autre chose [...] c'était une autre approche » (L144-146). Il a recours à la plaisanterie (L142-143) et à

l'adaptation de celle-ci : « Est-ce que je peux me permettre d'être un peu dans la rigolade [...] ? Ça se réajuste ça. » (L131-132). La gestion du « cadre » est évoquée par E1 (L95) et E4 pour maintenir le « sentiment de sécurité du patient » (L32-35). Enfin, E1 décrit le rôle du patient dans l'ajustement de sa posture : « il peut y avoir des demandes d'un point de vue relationnel, par exemple parler moins fort [...] qui peuvent aussi demander à ce qu'on ait une posture différente, qu'on ait une approche différente » (L411-416). Cette adaptation de la posture s'étend aussi aux modalités de communication.

En effet, les quatre ergothérapeutes décrivent des éléments de l'adaptation de la communication, notamment sur la forme du langage. E1 souligne l'importance de « la manière dont [on parle] au patient » (L34-35). E4 précise qu'elle « reverbalise, reformule, adapte [son] vocabulaire et [sa] tonalité aussi [...] et le rythme de [sa] voix. » (L119-122). Cette adaptation est décrite également par E2, qui module sa structure langagière si le patient est « très cognitif » ou, s'il présente une « déficience » (L122-125). E3 évoque la possibilité d'être « direct » (L116) dans la forme de communication. Le choix entre le « tu » ou le « vous » est ajusté selon le public, tel que le précise E3 : « Quand c'est [...] des jeunes hommes, j'ai tendance à facilement avoir envie de tutoyer [...] Quand j'ai des hommes, je vouvoie, c'est des messieurs, [...] quand j'ai des dames, [...] je vais jamais les tutoyer » (L120-124). E2 explique « avoir tendance à [...] appeler par leur prénom » pour mettre « un petit peu de proximité » (L128-132).

3.2.5 Freins à l'utilisation de la créativité

Parallèlement à ces indicateurs, l'analyse inductive fait émerger des dimensions complémentaires. Des freins à l'utilisation de la créativité tel que l'environnement institutionnel sont identifiés par 2 ergothérapeutes. E3 décrit un frein lié à l'équipe pluridisciplinaire, celle-ci annonce un moyen qu'ils qualifient d'irréalisable préalablement à l'essai de celui-ci : « des médecins ou des collègues kinésithérapeutes [...] il faudrait faire ça, mais c'est pas possible [...] si, on va le faire et puis ça marche » (L65-66). E4 déclare « une redondance dans les adaptations, les propositions [...] où peut-être on perd de créativité, où on crée, mais de manière un peu plus robotisée » (L106-108) en lien avec les modalités d'un service adressé à des patients ayant les mêmes pathologies (L104-106). Outre l'environnement institutionnel, c'est la fragilité de la production d'idées qui freine l'utilisation de la créativité, plus particulièrement l'imprévisibilité du processus créatif évoquée par 2 participants. E3 explicite « Vous vous inspirez parce que ça vous vient pas. Vous n'avez pas l'illumination » (L214). E3 et E2 décrivent : « j'ai des idées qui sont bonnes ou mauvaises puisque des fois on pense que ça va fonctionner et puis finalement ça ne marche pas » (E2, L310-311) « j'ai 10 idées par jour, j'en ai qu'une qui

est bonne, mais on la prend » (E3, L68-69). De plus, un dernier frein identifié par deux ergothérapeutes est la « sous-estimation » (E2, L237-238, L242-243) de l'importance de celle-ci (E2, L240-241). E3 exprime que les ergothérapeutes ne sont « pas assez sensibilisé[s] dans [la] formation » (L246) tandis que E4 la décrit comme « plus assez présente » (E4, L92) dans la pratique.

3.3 La cocréation

3.3.1 L'engagement actif mutuel tout au long du processus

Quant à la cocréation, le premier critère de celle-ci s'intéresse à l'engagement actif mutuel tout au long de la prise en soin. Les données recueillies conformément à la grille d'analyse initiale présentent deux participants sur quatre (E1, E2) qui définissent ensemble les problèmes, en établissant les besoins du patient de manière commune. E1 explique ainsi que « les personnes auront besoin de dire leurs besoins, ce qui leur pose problème » (L322), soulignant que le processus de cocréation débute par l'expression des difficultés : « la cocréation ça part souvent d'une demande du patient » (L555-557). E2 utilise le questionnaire pour établir les besoins : « je vais questionner qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qui ne convient pas ? Est-ce que c'est l'exercice ? [...] une douleur ? [...] un état clinique ? [...] une fatigue ? » (L69-71).

Trois ergothérapeutes (E1, E2, E3) abordent ensuite la traduction de ces besoins en définition commune de solutions par l'établissement d'objectifs négociés. E2 explicite démarrer l'accompagnement par rapport aux « attentes » et « objectifs » des patients (L204-205). E1 s'appuie au même titre que E2 sur « leurs objectifs [...] s'ils ont des demandes particulières, des choses où il faut réaxer » (E1, L376-377), « Si quelqu'un va dire : « moi j'arrive pas à m'habiller le haut du corps et c'est vraiment un problème pour moi. » On va essayer de travailler sur ça » (E2, L51-52). De plus, E2 et E3 utilisent le questionnaire, « quelles sont vos attentes ? Qu'est-ce que vous attendez de votre séjour ici ? Quels sont vos objectifs ? [...] Sur quoi vous voulez travailler ? » (E2, L199) « Je leur demande ce qu'ils veulent » (E3, L93). E3 décrit pour l'accompagnement : « montrer que c'est ses objectifs à lui » (E3, L361).

Pour répondre aux solutions élaborées, les quatre ergothérapeutes décrivent des aspects d'une mise en œuvre commune en lien avec l'établissement de moyens négociés. Cette collaboration s'exprime à travers l'aspect temporel du soin. Pour E1, il s'agit de s'adapter sur « les horaires » (L352, L362) et « de répondre à cette demande-là [...] sur l'organisation globale de l'accompagnement (L374-376). À propos des activités, E4 considère les « besoins du patient et [...] activités qu'il veut ou qu'il doit réinvestir selon ses priorités » (L39-40). E3 décrit que lui,

« propose des idées » (L162-163), « Je leur propose des choses, je leur dis les objectifs et puis s'ils ont des idées, je prends (L166-167). E3 demande « l'avis » au patient (L312), prend en compte « les contre-propositions » (L317) pour « trouve[r] ensemble ce qui plaira, qui marchera (L117) », sans les laisser en difficulté pour « trouver l'idée » (L165). E2 et E3 expriment une adaptation de la séance pour une mise en œuvre en commun lors des demandes des patients : « Je fais si vous voulez, autre chose » (E3, L107) « Et ça arrive qu'ils nous disent : « [...] je préférerais qu'on travaille sur table » (E2, L226-227). Pour E3 un patient lui propose : « “on va directement par terre, par contre, si j'ai peur, vous êtes là “, je suis d'accord [...] on l'a fait (107-108). Ainsi, E3 souligne l'importance de la construction des séances « à deux » (L318), « C'est un truc qui se fait à deux quoi, vraiment, c'est une alliance à deux. Je ne suis pas là pour distribuer des séances et je le ferais pas aussi bien que si lui il m'aidait quoi » (L363-364).

L'évaluation commune des changements, et plus particulièrement l'évaluation partagée, est explicitée deux ergothérapeutes. E2 décrit un travail de modification réalisé avec la patiente après la création d'une aide technique : « on a retravaillé dessus pour faire un truc un petit peu plus conventionnel » (L303-304). Elle rapporte également pour un autre patient : « on a fait des essais et on a essayé de construire des choses ensemble » (L282). De son côté, E3 évoque des séances consacrées à des ajustements avec le patient : « on a fait des séances à s'entraîner, à retoucher l'orthèse » (L199-200). Il indique également pour une autre situation : « ça nous fait gagner un temps fou en fait. Parce qu'il essaye tout, il propose des idées, un truc un peu moyen, il arrive à le transformer en truc qui marche juste en discutant ensemble » (L276-278).

3.3.2 Le partenariat égalitaire

Le second critère de la cocréation définit le partenariat égalitaire. Pour ce faire, l'inclusion des savoirs mutuels avec une prise en compte des connaissances du patient est décrite par trois ergothérapeutes. E1 souligne que, dans certaines « pathologies un peu plus complexes » (L318), il a « vraiment besoin de leur regard individuel » (L317-319). Il précise ne pas connaître toutes les « difficultés » (L322-323, L378-379) rencontrées par le patient. Dans ce contexte, il explique qu'il est nécessaire de « donner plus de place » au patient et à ses « ressentis » (L324-325). E2 et E3 décrivent la prise en compte des propositions du patient. E2 rapporte que « c'est souvent » les patients « qui vont proposer des choses ou des adaptations » (L294-295) et ajoute : « Des fois ils ont des idées qu'on n'a pas [...] ça arrive régulièrement quand même » (L296-298). E1, E2 et E3 évoquent ceci dans la réalisation des aides techniques. Pour E2 la prise en compte des savoirs du patient passe par la conception conjointe, elle explique avoir « réfléchi ensemble » (L279, L286) à un « support » (L279), précisant que cette

démarche va jusqu'à la fabrication « ensemble [de] son aide technique » (L286-287). E3 définit que « Le patient [...] saura mieux » (L385-386), il décrit demander comment réaliser l'aide technique, ainsi E3 déclare : « je fais ce qu'il demande » (L387-391). E1 pour un patient raconte « on a créé ensemble les aides techniques [...] [le patient] avait aussi un avis qui était hyper important pour moi il pouvait me donner plein d'informations [...] on a cocréé la séance parce qu'on a fait preuve de créativité pour faire cette technique-là qui n'existait pas et qui était spécifique à lui. Sans lui j'aurais pas pu les faire de cette manière-là et je n'aurais peut-être pas réussi [...] on avait cocréé complètement » (L547-551).

En plus de l'inclusion des savoirs mutuels et des connaissances du patient, l'inclusion des points de vue et plus particulièrement des envies du patient est définie par trois ergothérapeutes. E2 et E4 définissent la place du patient comme « centrale » (E2, L196, L205 ; E4, L45). E1 explicite que, lorsque les patients énoncent des envies, il va y répondre (L329-330) : « Des personnes qui peuvent dire [...] clairement « moi j'aimerais faire ça et ça » et dans ce cas-là on va y aller » (L331-332). Il décrit également : « si pour le patient c'est la chose la plus importante pour lui, il faudra peut-être quand même le faire » (L433-434). Tandis que E2 aborde la hiérarchisation : « on se dit “ il y aurait plein de choses à faire [...] peut-être plus importantes “ mais à ce moment-là, c'est ce qu'il faut faire pour pouvoir travailler ensuite » (L163-164). Elle ajoute poser la question : « Qu'est-ce qui compte pour vous ? » (L198) pour se baser sur les envies. Enfin, E4 évoque la liberté laissée au patient concernant les activités et les séances : « il a le droit d'interrompre une séance, il a le droit de dire qu'il est fatigué, qu'il ne peut pas » (L55-56) et précise « je dois tout mettre en œuvre pour qu'ils soient libres de prendre ou de ne pas prendre ce qui leur est nécessaire » (L189-190).

3.3.3 Limites à la cocréation

Parallèlement à ces indicateurs, des données brutes sont non anticipées, le codage inductif fait émerger des dimensions complémentaires. Des limites à la cocréation sont d'abord décrites, telle que la garantie d'un cadre thérapeutique sécuritaire pour trois ergothérapeutes. Les participants rapportent que certaines demandes formulées « ne sont pas réalistes ou [...] ne sont pas dans le sens du patient » (E1, L394-396). Les patients peuvent avoir des « attentes qui sont irréalisables » (E2, L201, L202) auxquelles E1 décrit que « des fois, on peut pas répondre ». E2 évoque la nécessité de « proposer des choses qui sont en rapport avec la réalité pour pas non plus les mettre face à l'échec » (L201). E3 rapporte que certaines propositions du patient sont possibles « du moment que ça va dans le sens des objectifs », que « niveau sécurité c'est OK » et que l'objectif est « réalisable » (L331-332). E1 indique qu'« il faut aussi montrer qu'on n'est

pas toujours [...] hyper flexible parce que c'est pas toujours trop bon » (L394-397), il spécifie ne pas pouvoir « toujours laisser de l'espace » pour que ce ne soit pas « délétère pour le patient » (L478-479). Une seconde limite à la cocréation est décrite par E1 lors de situations où les capacités du patient le conduisent à prendre une posture directive. En effet, dans un contexte de troubles cognitifs : « il faut accepter de prendre une position, c'est vous qui savez [...] parce que le patient il voudra pas » (L463-464). Il décrit une situation : « il fallait que j'accepte qu'il y arrive pas, il fallait que je prenne la décision pour lui [...] de lui donner des trucs simples parce qu'il pouvait passer que par là » (L472-474). E1 conclut : « des fois il y a des problématiques où on est bloqué et on est obligé de prendre les décisions » (L474-475). Un dernier frein à la cocréation constitue l'aspect environnemental, plus particulièrement, les limites matérielles sont relevées par trois ergothérapeutes. E1 et E4 indiquent ne pas avoir toujours « le matériel » (E1, 135-136 ; E4, L81-82) et que : « malheureusement, on n'a pas tout, on peut pas tout représenter » (E1, L134). E3 précise dans ce sens que « les idées vous pouvez en avoir plein, mais il faut pouvoir les réaliser » en fonction « du matériel » disponible (L78-79). E1 ajoute enfin que le manque de ressources peut nécessiter « un peu plus se casser la tête aussi » (L141-142). Des limites institutionnelles sont décrites par E4. Elle indique : « l'institution fait qu'on a des patients de plus en plus lourds et où on doit aller vraiment à l'essentiel [...] les activités vraiment basiques » (L93-94). Elle précise : « c'est peut-être le côté qui me manque le plus, c'est cette capacité à créer à chaque fois quelque chose de différent dans chaque situation » (L95-96).

3.3.4 Freins de l'engagement du patient

Émergent également des limites à l'engagement du patient, condition à la cocréation. Le profil de celui-ci est un facteur décrit. La personnalité du patient peut constituer un frein, surtout lorsqu'il s'agit de personnes « fermées » ou peu communicatives (E1, L199-200). Son état influence la participation selon E1 et E2, certaines personnes vivent difficilement la situation ou sont encore sous traitement médicamenteux (E1, L197-198). D'autres expriment de la peur ou des réticences quant à la difficulté et leur réussite face aux propositions (E2, L176-178). La conception passive du soin est rapportée par E1 et E3 comme limitante. Certains patients se positionnent tels que : « “je fais ma rééducation et c'est tout” » (E1, L202-204). Tandis que certains attendent des consignes sans s'impliquer dans les choix (E3, L347-348). La représentation prédéfinie du soin peut aussi limiter l'engagement. E3 décrit une patiente qui « n'adhère pas trop au côté créatif de l'ergothérapie » et considère que cela « n'est pas très sérieux » (L257-258). Enfin, la méconnaissance du métier est rapportée comme freinant

l'engagement dans de possibles décisions. Certains patients ne connaissent pas l'ergothérapie ou en ont une représentation limitée (E1, L436-437 ; L445-447). Il est également signifié que les patients ne savent pas toujours à quoi s'attendre en matière d'activités (E4, L53-55).

Un deuxième indicateur constitue les caractéristiques de l'activité proposée qui peuvent être un frein à l'engagement du patient. E1 évoque certaines propositions avec une difficulté trop importante qui peuvent « mettre plus en difficulté qu'autre chose » (L248-249). Le manque de personnalisation de l'activité est également rapporté. E1 explique : « vous leur proposez un jeu [...] ils veulent pas du tout de jeu parce qu'en fait ils aiment pas [...] et que vous n'aviez pas bien saisi cet aspect-là ou pas assez questionné » (L253-255). Pour autant, des agents externes favorisant la cocréation sont identifiés. Les proches apparaissent comme un levier. Leur implication permet de mieux comprendre les réactions du patient et de lui laisser un espace d'expression de manière indirecte (E1, L480-482). Les proches peuvent également être intégrés aux séances lorsque la relation avec le patient est difficile à établir, afin de faciliter le contact et les échanges (E2, L144-147). Enfin, ils sont décrits comme une source d'idées et de propositions (E2, L299-305). Les autres professionnels sont décrits comme un mode d'entrée « en relation un petit peu différemment » à travers des temps du quotidien (E2, L150-152). E3 rapporte faire participer un autre ergothérapeute afin d'observer si le comportement du patient diffère (L153-154). Il s'appuie sur les autres professionnels pour analyser ses réactions (L156-157) et entrer en relation différemment.

4. Discussion

4.1 Rappel de l'objectif de recherche et des résultats

L'objectif de cette recherche est d'analyser la perception des ergothérapeutes de l'influence de la créativité de l'ergothérapeute sur l'engagement du patient adulte dans le cadre de la cocréation des séances de rééducation.

Les résultats mettent en évidence deux dimensions principales. D'une part, la créativité est reconnue par les ergothérapeutes comme une composante de l'identité professionnelle et comme une compétence mobilisable. Elle se manifeste dans la création de séances personnalisées, l'adaptation des techniques et des supports, l'ajustement de la difficulté selon les capacités du patient, ainsi que dans l'adaptation de la posture et de la communication. D'autre part, la cocréation apparaît comme un processus reposant sur un engagement actif mutuel et un partenariat égalitaire. Elle se traduit par la définition commune des besoins, la négociation des objectifs et des moyens, l'évaluation partagée des changements, ainsi que la prise en compte des connaissances, envies et priorités du patient. Les données nouvelles mettent

cependant en évidence des limites à la cocréation, liées au cadre thérapeutique, à la nécessité ponctuelle d'une posture directive et aux contraintes environnementales. Elles montrent également que l'engagement du patient dans la cocréation peut être freiné par son profil ou les caractéristiques de l'activité proposée. Tandis que des ressources externes sont identifiées, notamment les proches et l'équipe pluridisciplinaire. Enfin, l'utilisation de la créativité peut être limitée par l'environnement institutionnel, l'imprévisibilité de la production d'idées et la sous-estimation de son importance.

Ainsi, l'objectif de cette recherche apparaît atteint, dans la mesure où les résultats des entretiens permettent d'analyser la manière dont les ergothérapeutes perçoivent l'influence de leur créativité sur l'engagement du patient adulte dans la cocréation des séances de rééducation.

4.2 La créativité en pratique comme un processus favorisant l'engagement

La créativité est décrite par les quatre ergothérapeutes interrogés comme une partie intégrante de leur pratique, lorsque l'un des participants considère qu'elle permet de distinguer l'ergothérapie des autres métiers exercés en centre de rééducation (E1). Cette perception exprimée ne constitue pas seulement une opinion individuelle, mais s'inscrit dans une conception plus large de la profession, puisque Schmid (2004) décrit la créativité comme un élément constitutif de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Une autre ergothérapeute l'associe directement au choix de sa profession (E4) et cette affirmation illustre les résultats d'Oven et Lobe (2018), pour qui l'ergothérapie « attire généralement des individus plus créatifs et la profession elle-même compte parmi les plus créatives ».

Cette créativité semble s'exprimer premièrement à travers la résolution de problème. En effet, trois participants la décrivent comme un mécanisme qui permet la recherche de solutions. Cet aspect est également évoqué par Schmid en tant qu'« approche consciente de résolution de problème » (2004). Toutefois, elle se distingue dans la littérature par sa capacité à produire des réponses à la fois originales et efficaces (Coffey et al., 2015 ; Mumford, 2003 ; Runco et Jaeger, 2012). Les entretiens viennent ainsi appuyer cette définition dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes, notamment face à des situations complexes où les solutions standards échouent, la créativité apparaît alors comme une forme de réponse. Les quatre ergothérapeutes décrivent l'adaptation comme très présente, plus particulièrement lorsque du matériel doit être détourné pour les aides techniques, le contenu ou la manière de réaliser l'activité. Cette nécessité d'adaptation apparaît d'autant plus importante que les aides techniques généralement favorisées sont des dispositifs prêts à l'emploi qui ne répondent pas toujours aux besoins spécifiques des patients (Aflatoony et Shenai, 2021) où n'existent pas, comme le décrivent les

participants. Dans ce contexte, les ergothérapeutes explicitent la nécessité « d’inventer ». Selon Oven et Lobe (2019), le fait que chaque personne soit unique est le facteur principal qui stimule la créativité du thérapeute. L’exemple rapporté par E3, consistant à transformer un tuyau à oxygène en paille afin de répondre à une problématique rencontrée par un patient, illustre concrètement ce qu’Aflatoony et Shenai (2021) décrivent comme des adaptations fondées sur des méthodes de fortune, utilisant des matériaux disponibles et parfois improvisés.

Or, les données des entretiens suggèrent que la créativité de l’ergothérapeute ne se limite pas à l’adaptation matérielle, mais intervient également dans le choix et la conception des occupations proposées au patient. E2 décrit mobiliser sa créativité afin de sélectionner des activités susceptibles de susciter des formes d’engagement. Ce choix semble étroitement lié à la prise en compte des centres d’intérêt et des envies du patient. La majorité des ergothérapeutes interrogés expliquent orienter leurs activités en fonction de ce que les patients « aiment ». E2 explicite que ceci favorise l’engagement dans la séance mais aussi dans l’accompagnement. En effet, ceci rejoint la littérature, lorsque l’occupation choisie génère du plaisir et un sentiment de satisfaction, elle favorise en effet un engagement occupationnel vécu comme signifiant (Mee et Sumsion, 2001, cité dans Reid, 2011). Deux ergothérapeutes décrivent que certaines demandes exprimées par les patients peuvent être privilégiées, même lorsqu’elles ne correspondent pas initialement aux priorités thérapeutiques envisagées. La créativité apparaît donc comme une compétence mobilisable pour se centrer sur le patient en transformant ses intérêts en attrait à l’occupation et donc en engagement.

L’utilisation du jeu illustre également cette recherche d’attrait par l’ergothérapeute (Hickey, 2016 ; Oven et Lobe, 2019 ; Pierce, 2003). En effet, le jeu est un émulateur d’attitude positive (Lubbers et al., 2023) et de plaisir (Proyer, 2014). E1 décrit que certains patients réalisent davantage d’exercices lorsqu’ils prennent une forme ludique, parfois sans percevoir directement la dimension rééducative de l’activité. Cette observation est corroborée par les écrits qui dépeignent le jeu comme favorisant l’état de flow (Ottiger et al., 2021 ; Persson, 1996), un état d’absorption et de satisfaction intense dans l’activité (Csikszentmihalyi, 1990). Son atteinte est facilitée par l’ajustement de l’occupation (Pierce, 2003 ; Reid, 2011). Alors que l’engagement dépend, selon Csikszentmihalyi (1990), de l’adéquation entre les possibilités d’action offertes et les capacités personnelles de l’individu, l’ensemble des ergothérapeutes interrogés ajustent les paramètres de l’activité, et deux identifient la « gradation » (Pierce, 2003, p. 287).

Deux ergothérapeutes décrivent ainsi proposer des mises en situation ou construire des activités spécifiquement adaptées aux besoins concrets rencontrés par la personne dans ses activités de vie quotidienne. Cette démarche peut être rapprochée des approches top-down décrites par Brown et Chien (2010), qui se centrent prioritairement sur la participation du patient dans ses contextes de vie afin d'identifier ce qui apparaît pertinent et important pour lui. Selon Kennedy et al. (2012) et Fisher et Marterella (2019), cette approche est davantage alignée avec une démarche centrée sur le patient.

La créativité semble renforcer le caractère signifiant de l'activité. Cette modalité étant importante pour améliorer la qualité de vie (Alageel, 2022 ; Gallagher et al., 2015 ; Loh et al., 2020), plus particulièrement maintenir le bien-être physique et mental (Gallagher et al., 2015). E3 explique que lorsqu'une activité évoque quelque chose pour le patient, celle-ci peut favoriser son engagement dans la séance. Cette observation peut être mise en lien avec Black et al. (2019), qui montrent que l'engagement occupationnel est associé à la participation à des occupations signifiantes. Ainsi, la créativité pourrait soutenir le passage d'une participation davantage extrinsèque, centrée sur la réalisation d'un exercice demandé par le professionnel, vers un engagement plus intrinsèque fondé sur l'attrait ou la valeur personnelle accordée à l'activité.

Le caractère signifiant des occupations apparaît important face aux patients en refus selon E3. Cette observation rejoint l'étude d'Oven et Lobe (2018), qui expriment que face au refus, l'ergothérapeute peut mobiliser sa créativité pour adapter sa posture. Dans cette perspective, la créativité semble également s'exprimer à travers la relation thérapeutique elle-même. Les quatre professionnels interrogés décrivent utiliser différentes formes d'ajustement relationnel, dans l'adaptation de la posture thérapeutique et de la communication. Cette créativité relationnelle se retrouve chez E4, qui évoque la nécessité d'« être créatifs » dans la posture proposée, ainsi que chez E1, qui associe l'engagement du patient au relationnel. Ces éléments rejoignent les travaux de Schmid (2004), pour qui la créativité constitue une composante fondamentale de la relation thérapeutique en ergothérapie.

Cette adaptation relationnelle apparaît aussi dans les modalités de communication décrites par les participants. Selon Gedvilaitė-Kordušienė (2022), la créativité est une dimension indissociable de la « communication interpersonnelle ». En effet, les ergothérapeutes interrogés expliquent ajuster leur vocabulaire, leur tonalité, leur rythme de parole, le contenu à valeur humoristique et leur directivité, selon les capacités, le statut ou la personnalité du patient. Ces observations rejoignent les travaux d'Alageel (2022) et d'Oven et Lobe (2019), selon lesquels la créativité favorise l'utilisation de stratégies variées pour engager le patient, telles

que l'adaptation des questions ou l'humour, ce qui favorise une communication plus ouverte et fluide.

Les résultats semblent également montrer que l'adaptation relationnelle ne repose pas uniquement sur les initiatives du thérapeute, mais s'ajuste à travers les interactions avec le patient. E1 décrit notamment certaines demandes relationnelles exprimées par les patients, comme parler moins fort ou modifier sa posture. Cette dynamique suggère que la relation thérapeutique se construit de manière conjointe. Cette observation rejoint les travaux d'Oven et Lobe (2018), selon lesquels la créativité permettrait l'instauration d'une relation à double sens constituant le socle d'une relation thérapeutique de qualité. Alors que l'alliance thérapeutique est considérée comme un déterminant majeur de l'engagement en réadaptation (Babatunde et al., 2017), la créativité se présente donc comme un levier en s'ajustant aux besoins relationnels du patient. Ainsi, l'engagement apparaît soutenu non seulement par l'adaptation des occupations proposées, mais également par la manière dont la relation thérapeutique peut permettre au patient de prendre une place plus active dans les échanges autour de son accompagnement.

4.3 De la créativité individuelle à l'engagement dans la cocréation créative

La créativité de l'ergothérapeute semble favoriser un espace permettant au patient d'exprimer ses besoins et ses ressentis au sein des séances, tel que le décrit E1. Lorsque E3 indique proposer des idées avant de demander l'avis du patient, il met en valeur que l'implication du patient demeure consultative. L'avis du patient est mobilisé pour ajuster les propositions thérapeutiques, tandis que l'initiative technique reste principalement portée par le professionnel. La récurrence du terme « proposition » dans les entretiens met ainsi en évidence ce phénomène. Cette démarche rejoint les principes de l'approche centrée sur le patient développée par Carl Rogers (1951), selon laquelle la personne accompagnée doit pouvoir conserver une liberté de choix dans le processus thérapeutique, ce qui est illustré ici dans la « proposition ». Cette idée apparaît notamment dans les propos d'E4, qui explique devoir « tout mettre en œuvre pour qu'ils soient libres de prendre ou de ne pas prendre ce qui leur est nécessaire ». La créativité de l'ergothérapeute paraît ici favoriser une première forme de participation du patient à travers le recueil de son point de vue, constituant ainsi une première étape vers des formes de collaboration plus développées dans la construction des séances.

Cette dynamique est décrite par les quatre ergothérapeutes dans les situations où les patients influencent les moyens des séances. E3 explique modifier ses propositions lorsque les patients demandent à réaliser autre chose ou encore accepter certaines contre-propositions, au

même titre que E2. E1 décrit adapter l'organisation globale de l'accompagnement afin de répondre à certaines demandes formulées par les patients. Ces ajustements suggèrent que le patient ne participe plus uniquement de manière passive en réponse à l'ergothérapeute, mais intervient dans la construction par l'élaboration de demandes, ce qui constitue une initiation de collaboration.

Trois ergothérapeutes explicitent également que cette collaboration repose sur la prise en compte des connaissances du patient. E1 explique avoir besoin de leur regard individuel, précisant qu'il ne peut pas percevoir toutes les difficultés rencontrées dans le quotidien. Cette observation suggère que le patient devient détenteur d'un savoir nécessaire à l'élaboration de solutions thérapeutiques. Ceci étant corroboré par Sawada et al. (2023), sans ce partage d'informations et d'expériences, la collaboration ne peut aboutir à des solutions adaptées. Les demandes spontanées, ressentis ou difficultés exprimées par les patients semblent alors constituer un point de départ permettant à l'ergothérapeute de mobiliser sa créativité. La résolution de problème apparaît ainsi davantage partagée, dans la mesure où les solutions émergent à travers les échanges.

Cette dynamique collaborative semble également soutenue par la personnalisation des activités tel que précédemment développée dans la mesure où les activités construites à partir des priorités du patient semblent favoriser son implication dans les choix des séances.

Toutefois, les résultats semblent mettre en valeur que cette collaboration demeure partielle car bien que les patients participent aux ajustements et influencent certaines décisions, l'initiative reste souvent portée par l'ergothérapeute. Cette observation peut être rapprochée des critiques formulées par Hammell (2013), selon lesquelles la pratique centrée sur le patient peut rester davantage consultative que réellement collaborative. Le risque d'une approche plus symbolique que réellement collaborative peut alors être rapprochée de la notion de tokenisme (Farrington, 2016) où la participation du patient peut parfois se limiter à valider ou ajuster des propositions déjà construites par le professionnel, sans réelle redistribution du pouvoir décisionnel. Les données recueillies semblent ainsi témoigner d'une progression vers une dynamique collaborative, sans que l'ensemble des décisions thérapeutiques soient encore cocrées. Un schéma sous forme de continuum est proposé pour différencier ces notions (Annexe XII).

E1 explicite que la cocréation part souvent d'une demande du patient. Sawada et al. (2023) définissent la cocréation comme une forme de partage du pouvoir nécessitant une communication ouverte et créative afin d'atteindre un objectif commun. Ainsi, lorsque le

patient verbalise son expérience, il participe à orienter le processus thérapeutique si l'ergothérapeute saisit l'opportunité de le placer en cocréateur. Cette dynamique souligne l'importance de la relation thérapeutique dans l'émergence d'un processus de cocréation. Cette représentation rejoint les travaux de Restall et Egan (2021), qui définissent la pratique collaborative axée sur les relations comme un processus par lequel les ergothérapeutes peuvent cocréer avec le patient des opportunités de prise de décision partagées pour l'ensemble du processus thérapeutique. Kjellberg (2012) décrit également cette collaboration à travers le concept d'interdépendance, dans lequel problèmes, objectifs et plans d'intervention sont élaborés conjointement. E1 renforce cet aspect lorsqu'il explique que sans la collaboration avec le patient, il n'aurait peut-être pas réussi à créer une aide technique.

E2 rapporte également par exemple avoir « retravaillé » certaines aides techniques avec les patients. Lorsqu'elle évoque des situations où les aides techniques sont pensées, essayées puis modifiées avec la patiente, le fait de « réfléchir ensemble » et de procéder par essais semble induire que la solution se construit dans l'interaction, à partir des propositions de l'ergothérapeute, des retours du patient et des ajustements réalisés conjointement. La cocréation ne se limite donc pas au choix initial d'une activité ou d'un moyen, mais se poursuit dans l'évaluation et jusqu'à la transformation de ce qui est proposé.

Un exemple d'E3 illustre un patient très engagé lorsqu'il peut participer à la fabrication avec lui. Le patient ne reste pas seulement dans l'exécution, il teste, propose des idées et participe aux ajustements, jusqu'à transformer une proposition de départ peu satisfaisante en solution fonctionnelle. Dans cette perspective, la prise de décision collaborative apparaît comme un processus créatif favorisant le développement de la conscience de soi et de l'autogestion du patient (Coffey et al., 2015). De plus dans cette situation, l'engagement du patient est appuyé par un attrait à l'activité, ce qui lui permet d'être source d'idées et d'essais dans un contexte qui lui permet. La créativité devient un processus partagé dans lequel le patient contribue lui-même à la recherche de solutions, Oven et Lobe parlent de « cocreativité » (2018).

Ces exemples permettent de considérer que la créativité de l'ergothérapeute favorise la cocréation lorsqu'elle laisse une place suffisante aux demandes, aux retours et aux propositions du patient.

4.4 La créativité comme soutien face aux freins de la cocréation

Les freins à la cocréation mis en évidence dans les résultats concernent d'abord l'engagement du patient, qui est une condition préalable. Les difficultés relationnelles rencontrées par les quatre ergothérapeutes interrogés sont en lien avec le profil du patient. En

effet, lorsqu'il est peu communicatif ou avec une conception prédéfinie du rôle du soignant et de l'ergothérapie, il ne semble pas réalisable de cocréer. Ainsi, grâce aux caractéristiques de la créativité précédemment développées, elle peut apparaître comme un soutien dans sa capacité à adapter la posture et la communication. Cette conception est décrite par Oven et Lobe (2019) comme « une manière d'ouvrir de nouvelles perspectives pour franchir les obstacles potentiels ».

Concernant les caractéristiques de l'activité, E1 identifie deux freins, une difficulté trop importante ou une proposition qui n'est pas personnalisée. Ils peuvent être mis en lien avec la créativité de l'ergothérapeute, dans la mesure où celle-ci permet d'ajuster l'activité. C'est une conception qui s'applique également lorsque trois ergothérapeutes définissent le matériel comme limitant dans la pratique. Hickey (2016) décrit que la créativité permet aux ergothérapeutes de ne pas considérer un manque de ressources comme un obstacle aux occupations. En effet, c'est aussi ce que E1 souligne lorsqu'il mobilise sa créativité dans un environnement où il n'y a « pas beaucoup de matériel ». Les ressources limitées au sein des services d'ergothérapie peuvent au contraire favoriser le fait de « redoubler de créativité dans le choix des matériaux » (Van Veldhoven, 2000), et ainsi limiter les obstacles à la cocréation.

Finalement, un paradoxe émerge, la créativité semble reconnue individuellement mais présenter un manque de valorisation. Ce phénomène peut s'expliquer par l'évolution historique de celle-ci. Alors qu'elle était visible et tangible à travers les productions artisanales, la créativité est devenue intrinsèque (Delaisse et al., 2022) et elle réside dans des processus, ce qui la rend plus difficile à identifier. Comme le souligne Perrin (2001), ce changement de paradigme a réduit la compréhension de la dynamique créative et cela peut expliquer pourquoi certains participants la perçoivent comme plus assez présente ou sous-estimée.

4.5 Conclusion

La créativité de l'ergothérapeute peut alors être comprise comme une manière de créer des opportunités de cocréation en agissant sur les différents paramètres de la séance. En ajustant ces éléments, l'ergothérapeute construit un contexte dans lequel le patient peut davantage exprimer ses besoins, formuler des préférences, faire des choix, proposer des ajustements et surtout participer aux décisions. La créativité semble donc soutenir d'abord l'engagement, qui ouvre ensuite la possibilité d'une participation plus active. Lorsque l'ergothérapeute adapte la relation et l'activité, il semble augmenter les possibilités pour le patient de cocréer.

4.6 Perspectives professionnelles

Les résultats de cet écrit invitent donc à reconsidérer la créativité comme une compétence à part entière en ergothérapie. Ils invitent également à questionner les possibilités décisionnelles du patient qui ne devraient pas concerner uniquement les décisions à forts enjeux (Lindholm et al., 2020). Ce travail d'initiation à la recherche amène à réfléchir aux dimensions des séances et plus largement de l'accompagnement qui peuvent être pensées en collaboration. Ceci afin de soutenir le pouvoir d'agir du patient, à condition que les propositions ne soient pas seulement proposées par le thérapeute, mais réellement réfléchies ensemble.

Ce travail invite toutefois à ne pas confondre adaptation créative et cocréation. Une séance peut être personnalisée par l'ergothérapeute sans être réellement construite avec le patient. Cette nuance constitue une conséquence importante pour la pratique, l'ergothérapeute ne doit pas seulement se demander si la séance est adaptée au patient, mais aussi s'il dispose d'une possibilité réelle d'influencer ce qui est proposé. En effet, l'apport principal de ce travail est d'inviter à penser à la créativité comme un prisme par lequel créer des opportunités de cocréation.

Enfin, cet écrit interroge les conditions institutionnelles nécessaires à une pratique réellement créative. Les contraintes institutionnelles peuvent limiter les possibilités d'adaptations, d'essais et de création avec le patient. Or, si la créativité reste seulement une ressource utilisée dans des conditions favorables, elle risque de rester peu visible et peu reconnue. Les résultats invitent donc à mieux identifier et soutenir cette compétence, notamment dans la formation et plus largement en rééducation. L'enjeu professionnel n'est pas seulement d'être créatif et de le reconnaître, mais comme le présentent les résultats, d'utiliser cette créativité pour augmenter les possibilités réelles d'engagement du patient dans sa rééducation.

4.7 Limites et biais

Cette recherche présente plusieurs limites qu'il convient de prendre en compte dans l'interprétation des résultats. La première concerne la taille de l'échantillon. Les quatre entretiens réalisés permettent d'identifier des perceptions, des mécanismes et des tensions autour de la créativité, de l'engagement et de la cocréation, mais ne permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble des ergothérapeutes. Le mode de recrutement constitue également une limite. Les participants ont été sélectionnés selon un échantillonnage raisonné, notamment à partir de la reconnaissance d'une pratique créative par des pairs. Il peut introduire un biais de sélection, les ergothérapeutes interrogés étaient probablement plus sensibles à la

créativité que d'autres professionnels, ce qui a pu renforcer la place accordée à cette compétence dans les discours recueillis. Un biais de désirabilité sociale peut également être identifié. De plus, l'introduction de l'entretien annonçait que celui-ci porte sur la créativité de l'ergothérapeute et l'engagement du patient, alors que la première question invite les participants à citer les compétences indispensables dans l'accompagnement. Cette présentation préalable a pu orienter les réponses vers la créativité pour deux des participants et limiter le caractère spontané de son identification comme une compétence professionnelle. Une autre limite concerne la posture utilisée durant la réalisation du travail. La problématique étant issue d'observations personnelles réalisées en stage, notamment autour du décalage entre des objectifs personnalisés et des moyens standardisés, l'analyse a pu être influencée par cette expérience initiale. L'utilisation d'un cadre conceptuel, d'une grille de codage et de verbatims a permis de limiter cette subjectivité, sans pouvoir la supprimer totalement.

Une limite importante concerne la construction et l'utilisation de la grille d'analyse. Celle-ci a été élaborée à partir de la matrice conceptuelle afin de limiter la subjectivité de l'analyse et de structurer le codage des verbatims. Cependant, son utilisation a mis en évidence plusieurs difficultés. Certains codes étaient définis par des termes trop généraux ou insuffisamment précis, ce qui a parfois nécessité une interprétation importante au moment du classement des verbatims. De plus, certaines catégories étaient conceptuellement proches, ce qui a rendu difficile le classement de certains extraits et limite la représentativité de certains verbatims dans les résultats. L'utilisation d'une grille préétablie peut constituer également une limite méthodologique. Elle a permis de limiter une part de subjectivité et de maintenir une cohérence avec le cadre conceptuel. Cependant, elle a aussi pu orienter l'analyse vers les dimensions attendues, ce qui peut être rapproché d'un biais de confirmation. Afin d'atténuer cette dimension, un second tableau de codage a été réalisé pour classer les éléments nouveaux mais il fait également écho à un biais d'interprétation.

Lors des entretiens, l'ordre des questions de la grille a été globalement respecté. Des adaptations ont toutefois été réalisées afin d'approfondir certains éléments abordés spontanément par les participants conformément à la logique de l'entretien semi-directif. Lors d'un entretien, E4 a évoqué la créativité avant les questions spécifiquement prévues sur ce thème. Des relances ont alors été formulées, alors que ces questions avaient initialement été placées en fin de grille afin de limiter leur influence sur les réponses précédentes. Cette situation constitue une limite méthodologique, car elle a pu modifier le déroulement prévu de l'entretien.

concerné. De plus, pour cet entretien, la question signalétique a été posée à la fin de l'entretien, ce qui a pu influencer l'absence d'âge dans la réponse.

Une autre limite concerne l'écart entre le déroulement prévisionnel de la recherche et sa réalisation effective. Un calendrier prévisionnel avait été établi en amont afin de structurer les différentes étapes du travail. Toutefois, celui-ci n'a pas pu être respecté. Les difficultés rencontrées pour identifier des ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion, puis pour organiser les entretiens avec des professionnels disponibles ont entraîné un retard dans le recueil des données. Cet écart entre le calendrier prévu et le déroulement réel a entraîné des conséquences sur l'analyse. Cette contrainte temporelle a pu limiter la profondeur de l'analyse, ce qui invite à interpréter les résultats avec prudence.

4.8 Ouverture

Ces résultats peuvent ouvrir une réflexion à partir de modèles en ergothérapie, comme le Modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO) et plus particulièrement avec l'approche de l'ergothérapie axée sur les relations collaboratives. Cette approche invite en effet à penser la relation thérapeutique comme un espace de partenariat, dans lequel les interactions entre l'ergothérapeute et la personne accompagnée « doivent soutenir des relations collaboratives, contextualisées, sécurisantes et favorables à l'autodétermination » (Restall et Egan, 2021). Enfin, les résultats qui semblent se dégager de cette recherche peuvent être mis également en lien avec l'approche Capabilités, Opportunités, Ressources et Environnements (CORE) (Pereira, 2017). Cette perspective peut permettre d'interroger non seulement la place accordée au patient dans la séance, mais aussi les possibilités réelles qui lui sont offertes pour participer. En effet, le fait d'inviter un patient à participer ne garantit pas nécessairement qu'il dispose concrètement d'un pouvoir d'agir.

5. Conclusion

5.1 Étapes du travail d'initiation à la recherche

Ce travail d'initiation à la recherche s'est construit à partir d'un questionnement sur le rôle de la créativité dans l'engagement du patient adulte en rééducation. Pour explorer ce questionnement une synthèse de l'état de l'art et un cadre conceptuel sont réalisés, ce qui conduit à interroger la créativité de l'ergothérapeute comme un levier de l'engagement de l'adulte dans la cocréation des séances de rééducation. Afin d'y répondre, une méthodologie de recherche qualitative est rédigée et l'outil de recueil de données créé. Quatre entretiens sont

menés et les données recueillies sont ensuite analysées selon une grille de codage et discutées au regard de la littérature avec une ouverture sur d'autres considérations.

5.2 Principaux points de méthodologie

Le choix de l'outil de recueil de données repose sur une approche qualitative utilisant l'entretien individuel semi-directif. La conception de l'outil de recueil de données s'appuie sur un cadre conceptuel constitué de la créativité, l'engagement et la cocréation. Les entretiens sont constitués de 13 questions majoritairement ouvertes, durent environ 45 minutes, se déroulent en visioconférence et sont retranscrits intégralement. La population cible est sélectionnée selon un échantillonnage raisonné et concerne des ergothérapeutes travaillant en rééducation auprès de patients adultes justifiant d'au moins trois ans de pratique professionnelle et d'un an en rééducation. Ils doivent être considérés par un pair comme créatifs et avoir eu une expérience en rééducation datant de moins d'un an. Les données sont recueillies selon une démarche hypothético-déductive et analysées à l'aide d'une analyse thématique à visée latente et à approche mixte suivant les six étapes de Braun et Clarke. Des ajustements du contenu des questions sont réalisés suite à deux pré-tests et des retours de référents. Les biais de la méthode sont des biais liés à la construction de l'outil, à la désirabilité sociale et à l'autocomplaisance. Des stratégies sont mises en place pour atténuer ceux-ci.

5.3 Conclusions de la recherche

Les résultats de cette recherche permettent de répondre à l'objectif initial, qui était d'analyser la perception des ergothérapeutes concernant l'influence de leur créativité sur l'engagement du patient adulte dans la cocréation des séances de rééducation. La créativité semble soutenir les conditions favorables à l'apparition de la cocréation, tant sur le plan de l'adaptation de la posture que de l'adaptation des séances. Elle semble donc soutenir d'abord l'engagement, qui permet ensuite au patient une participation plus active et une place de cocréateur.

5.4 Impact de la recherche

L'intérêt de cette recherche réside dans la mise en lumière d'une compétence souvent mobilisée mais peu explicitée, ce qui rend la créativité peu explorée dans la littérature en ergothérapie. Les écrits qualifiant la pratique sont peu nombreux, composés de quelques articles fondateurs, ce que reflète l'intérêt du développement de la recherche sur la créativité en ergothérapie. Cette recherche reste exploratoire, mais ouvre une réflexion sur la manière dont

les ergothérapeutes reconnaissent et mobilisent cette compétence dans leur pratique professionnelle.

L'originalité de ce travail tient dans le fait qu'il interroge la créativité non pas comme une compétence isolée, mais comme un levier clinique au service de la cocréation.

Enfin, l'impact de cette recherche se situe dans sa contribution à renforcer la réflexion des ergothérapeutes sur leur pratique, leur posture, la place accordée au patient dans les décisions thérapeutiques et sur les moyens de soutenir l'engagement, et plus largement dans la cocréation.

5.5 Pistes de recherche

Plusieurs perspectives peuvent être identifiées suite à ce travail. Dans un premier temps, il peut être intéressant de poursuivre ce questionnement avec un échantillon plus important. Par ailleurs, recueillir le point de vue des patients peut permettre de mieux comprendre la manière dont ils perçoivent la cocréation et les dimensions qui influencent leur participation aux prises de décision au cours du processus thérapeutique. Dans le cadre d'un approfondissement en master, cette recherche peut aussi être élargie à une échelle internationale, afin de mettre en perspective les représentations françaises avec celles d'autres contextes professionnels.

Enfin, de futurs travaux peuvent s'intéresser aux limites de la cocréation identifiées dans les résultats de cet écrit. En effet, les situations pour lesquelles la cocréation semble plus difficile à mettre en œuvre peuvent être explorées en identifiant le rôle de la créativité. Ces travaux peuvent, par exemple, s'intéresser aux accompagnements de patients présentant des troubles de la communication, des difficultés de compréhension ou une impossibilité d'exprimer leurs choix.

5.6 Lien avec la pratique professionnelle

La réalisation de ce travail permet de nourrir une réflexion transférable à la future pratique professionnelle. C'est un travail qui, dans son ouverture à la pratique, invite à repenser ses représentations de soi-même et des patients à travers une approche collaborative. Cette réflexion prend également une dimension éthique importante. La relation de soin peut reposer sur une asymétrie entre l'ergothérapeute, qui dispose des savoirs cliniques et le patient, qui possède une connaissance de son profil occupationnel. La cocréation permet alors de réinterroger cette asymétrie en reconnaissant l'expertise du patient, sans pour autant effacer la responsabilité de l'ergothérapeute dans l'accompagnement. Elle invite à penser la séance

comme un espace construit avec le patient, dans lequel sa parole, ses choix et son engagement ont une valeur déterminante.

6. Bibliographie

- Aflatoony, L., et Shenai, S. (2021). Unpacking the challenges and future of assistive technology adaptation by occupational therapists. Dans *CHIItaly 2021: 14th Biannual Conference of the Italian SIGCHI Chapter* (pp. 1–8). Association for Computing Machinery. <https://doi.org/10.1145/3464385.3464715>
- Alageel, S. M. (2022). A narrative review of the usage of creative solutions to enhance disabled patients' quality of life and wellbeing by occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 2022, Article 8976906. <https://doi.org/10.1155/2022/8976906>
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supplement 2), 7412410010p1–7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. (2010). *Journal officiel de la République française*, n° 0156. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Babatunde, F., MacDermid, J. C., et MacIntyre, N. (2017). Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: A scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17, Article 375. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>
- Bazyk, S., et Bazyk, J. (2009). Meaning of occupation-based groups for low-income urban youths attending after-school care. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 69–80. <https://doi.org/10.5014/ajot.63.1.69>

- Black, M. H., Milbourn, B., Desjardins, K., Sylvester, V., Parrant, K., et Buchanan, A. (2019). Understanding the meaning and use of occupational engagement: Findings from a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(5), 272–287. <https://doi.org/10.1177/0308022618821580>
- Blanche, E. I. (2007). The expression of creativity through occupation. *Journal of Occupational Science*, 14(1), 21–29. <https://doi.org/10.1080/14427591.2007.9686580>
- Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, G. T., et Chien, C.-W. (2010). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment: Which way do we go? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 95. <https://doi.org/10.4276/030802210X126823300903>
- Carpenter, C., et Suto, M. (2008). *Qualitative research for occupational and physical therapy: A practical guide*. Blackwell Publishing.
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., et Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210–222. <https://doi.org/10.1177/000841740407100406>
- Centre ministériel de valorisation des ressources humaines. (2014). *Fiche n° 62 : Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information*. Ministère de la Transition écologique. https://www.cmvrh.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
- Coffey, M. S., Lamport, N. K., et Hersch, G. I. (2015). *Creative engagement in occupation: Building professional skills*. Routledge.

- Conférence nationale de santé. (2016). *Charte de la personne dans son parcours de santé personnalisé et des professionnels l'accompagnant*. Ministère des Affaires sociales et de la Santé.
<https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/droits-des-usagers/article/charte-du-parcours-de-sante-usagers-et-professionnels-ensemble-pour-notre-sante-319095>
- Cowdell, F., Dyson, J., Sykes, M., Dam, R., et Pendleton, R. (2022). How and how well have older people been engaged in healthcare intervention design, development or delivery using co-methodologies: A scoping review with narrative summary. *Health & Social Care in the Community*, 30(2), 776–798. <https://doi.org/10.1111/hsc.13199>
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper & Row.
- de Villiers, C., Farooq, M. B., et Molinari, M. (2021). Qualitative research interviews using online video technology: Challenges and opportunities. *Meditari Accountancy Research*, 30(6), 1764–1782. <https://doi.org/10.1108/MEDAR-03-2021-1252>
- DeJonckheere, M., et Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: A balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2), Article e000057. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>
- Delaisse, A., Bodin, J., Charret, L., Hernandez, H., et Morel-Bracq, M. (2022). *L'ergothérapie en France*. De Boeck Supérieur.
- DiCicco-Bloom, B., et Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dobe, J., Gustafsson, L., et Walder, K. (2022). Co-creation and stroke rehabilitation: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 45(3), 562–574.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2032411>

- Donnelly, C., et Carswell, A. (2002). Individualized outcome measures: A review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 84–94.
<https://doi.org/10.1177/000841740206900204>
- Estes, J., et Pierce, D. E. (2012). Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 17–25.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2010.547598>
- Farrington, C. J. (2016). Co-designing healthcare systems: Between transformation and tokenism. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(10), 368–371.
<https://doi.org/10.1177/0141076816658789>
- Fisher, A. G., et Marterella, A. (2019). *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. Center for Innovative OT Solutions.
- Gallagher, M., Muldoon, O. T., et Pettigrew, J. (2015). An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1281.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01281>
- Gedvilaitė-Kordušienė, M. (2022). The role of creativity in interpersonal communication in dance and movement therapy: Narratives of practitioners. *Creativity Studies*, 15(2), 467–479.
<https://doi.org/10.3846/cs.2022.16718>
- Graham, J. (1983). Occupational therapy: Is it the creative problem-solving process which the profession claims? *Australian Occupational Therapy Journal*, 30(2), 89–102.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.1983.tb01429.x>
- Hammell, K. R. W. (2013). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 174–181.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2012.752032>

- Hickey, R. (2016). An exploration into occupational therapists' use of creativity within psychiatric intensive care units. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 12(2), 89–107. <https://doi.org/10.20299/jpi.2016.011>
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., et Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kennedy, J., Brown, T., et Chien, C.-W. (2012). Motor skill assessment of children: Is there an association between performance-based, child-report, and parent-report measures of children's motor skills? *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 32(2), 196–209. <https://doi.org/10.3109/01942638.2011.631101>
- Kennedy, J., Brown, T., et Stagnitti, K. (2012). Top-down and bottom-up approaches to motor skill assessment of children: Are child-report and parent-report perceptions predictive of children's performance-based assessment results? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(1), 45–53. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.693944>
- Kennedy, J., et Davis, J. A. (2017). Clarifying the construct of occupational engagement for occupational therapy practice. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(2), 98–108. <https://doi.org/10.1177/1539449216688201>
- Kjellberg, A., Kåhlin, I., Haglund, L., et Taylor, R. R. (2012). The myth of participation in occupational therapy: Reconceptualizing a client-centred approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 421–427. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.627968>
- Krouwel, M., Jolly, K., et Greenfield, S. (2019). Comparing Skype (video calling) and in-person qualitative interview modes in a study of people with irritable bowel syndrome: An exploratory comparative analysis. *BMC Medical Research Methodology*, 19, Article 219. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0867-9>

- Law, M. C. (1998). *Client-centered occupational therapy*. Slack Incorporated.
- Lindholm, C., Stevanovic, M., et Weiste, E. (2020). *Joint decision making in mental health: An interactional approach*. Springer Nature.
- Loh, S. Y., Sapihis, M., Danaee, M., et Chua, Y. P. (2020). The role of occupational participation, meaningful activity and quality of life of colorectal cancer survivors: Findings from path modelling. *Disability and Rehabilitation*, 43(19), 2729–2738. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1715492>
- Lubbers, K., Cadwallader, J., Lin, Q., Clifford, C., et Frazier, L. D. (2023). Adult play and playfulness: A qualitative exploration of its meanings and importance. *The Journal of Play in Adulthood*, 5(2), 1–19. <https://doi.org/10.5920/jpa.1258>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Matthews, G., Campbell, S. E., Falconer, S., Joyner, L. A., Huggins, J., Gilliland, K., Grier, R., et Warm, J. S. (2002). Fundamental dimensions of subjective state in performance settings: Task engagement, distress, and worry. *Emotion*, 2(4), 315–340. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.2.4.315>
- Mello, A. C. C. d., Araújo, A. d. S., Costa, A. L. B. d., et Marcolino, T. Q. (2021). Meaning-making in occupational therapy interventions: A scoping review. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, Article e2158. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoar2158>
- Merritt, A., et Boogaerts, M. (2014). Creativity and power: A qualitative, exploratory study of student learning acquired in a community nursing setting that is applied in future settings. *Contemporary Nurse*, 46(2), 225–233. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.225>
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Éditions EESP.

- Meyer, S. (2012). Le modèle conceptuel du groupe : terminologie de l'ENOTHE (CCTE). Dans M. H. Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie* (25e série, pp. 79–85). Sauramps Médical.
- Meyer, S. (2022). Le mot de la fin. *Revue Française de Recherche en Ergothérapie*, 8(1), 3–8.
<https://doi.org/10.13096/rfre.v8n1.222>
- Mumford, M. D. (2003). Where have we been, where are we going? Taking stock in creativity research. *Creativity Research Journal*, 15(2–3), 107–120.
<https://doi.org/10.1080/10400419.2003.9651403>
- Nayar, S., et Stanley, M. (dir.). (2023). *Qualitative research methodologies for occupational science and occupational therapy* (2e éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003456216>
- Oanes, C. J., Anderssen, N., Borg, M., et Karlsson, B. (2015). How do therapists respond to client feedback? A critical review of the research literature. *Scandinavian Psychologist*, 2, Article e17. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e17>
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/252698>
- Ottiger, B., Van Wegen, E., Keller, K., Nef, T., Nyffeler, T., Kwakkel, G., et Vanbellinghen, T. (2021). Getting into a “flow” state: A systematic review of flow experience in neurological diseases. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 18, Article 65.
<https://doi.org/10.1186/s12984-021-00864-w>
- Oven, A., et Lobe, B. (2018). Creative occupational therapist: It's about the client using focus groups to explore creativity in occupational therapy. *The Journal of Creative Behavior*, 54(1), 51–61.
<https://doi.org/10.1002/jocb.344>

- Oven, A., et Lobe, B. (2019). Occupational therapists' creativity: Tapping into client centeredness using a novel creativity questionnaire. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 1–8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.032680>
- Parlement européen et Conseil de l'Union européenne. (2016). Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. *Journal officiel de l'Union européenne*, L119, 1–88.
- Pereira, R. B. (2017). Towards inclusive occupational therapy: Introducing the CORE approach for inclusive and occupation-focused practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(6), 429–435. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12394>
- Perrin, T. (2001). Don't despise the fluffy bunny: A reflection from practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 129–134. <https://doi.org/10.1177/030802260106400304>
- Persson, D. (1996). Play and flow in an activity group: A case study of creative occupations with chronic pain patients. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 3(1), 33–42. <https://doi.org/10.3109/11038129609106680>
- Pierce, D. E. (2003). *Occupation by design: Building therapeutic power*. F. A. Davis Company.
- Proyer, R. T. (2014). Perceived functions of playfulness in adults: Does it mobilize you at work, rest, and when being with others? *European Review of Applied Psychology*, 64(5), 241–250. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2014.06.001>
- Pyo, J., Lee, W., Choi, E. Y., Jang, S. G., et Ock, M. (2023). Qualitative research in healthcare: Necessity and characteristics. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 56(1), 12–20. <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.451>

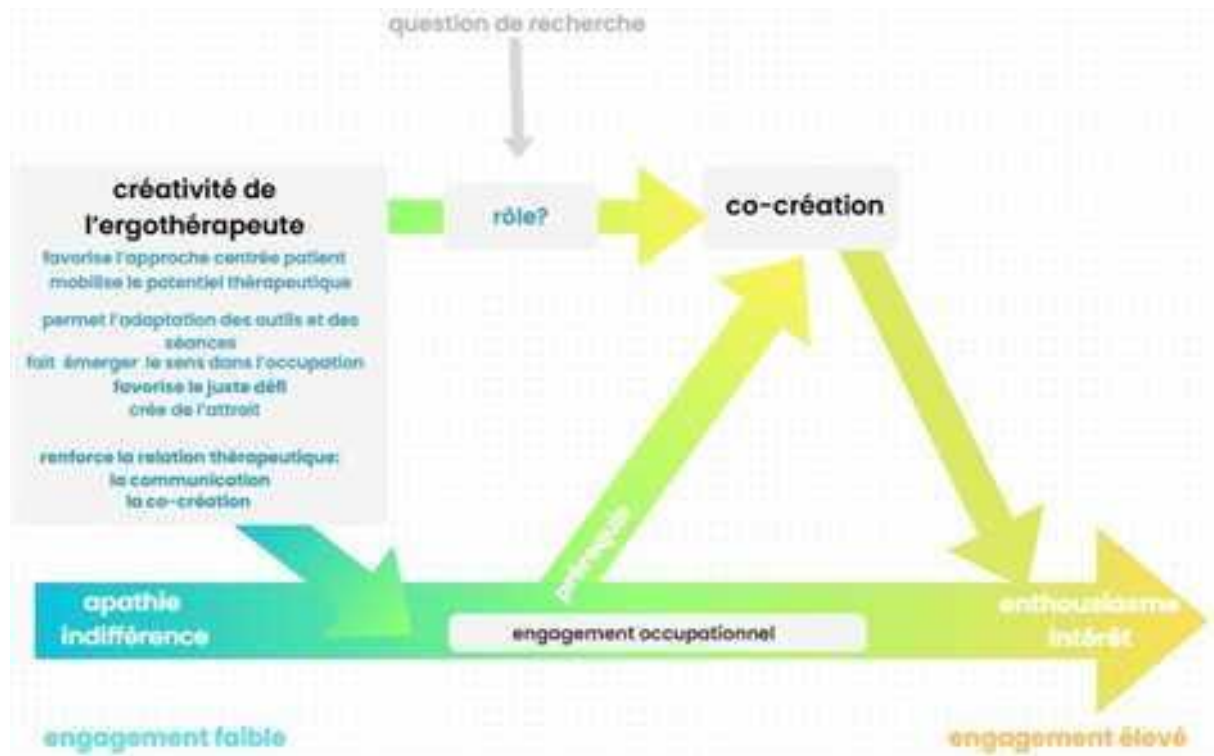
- Reed, K. D., Hocking, C. S., et Smythe, L. A. (2011). Exploring the meaning of occupation: The case for phenomenology. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(5), 303–310. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.5.5>
- Reid, D. (2011). Mindfulness and flow in occupational engagement: Presence in doing. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 50–56. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.1.7>
- Restall, G. J., et Egan, M. (2021). Collaborative relationship-focused occupational therapy: Evolving lexicon and practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(3), 220–230. <https://doi.org/10.1177/00084174211022889>
- Robertson, L. (2012). *Clinical reasoning in occupational therapy: Controversies in practice*. Wiley-Blackwell.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Runco, M. A., et Jaeger, G. J. (2012). The standard definition of creativity. *Creativity Research Journal*, 24(1), 92–96. <https://doi.org/10.1080/10400419.2012.650092>
- Sawada, T., Oh, K., Namiki, M., Tomori, K., Ohno, K., et Okita, Y. (2023). The conceptual analysis of collaboration in the occupational therapy by combining the scoping review methodology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), Article 6055. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116055>
- Schmid, T. (2004). Meanings of creativity within occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51(2), 80–88. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2004.00434.x>
- Sumsion, T. (2006). Overview of client-centred practice. Dans T. Sumsion (dir.), *Client-centred practice in occupational therapy: A guide to implementation* (pp. 1–19). Elsevier.

- Teddlie, C., et Yu, F. (2007). Mixed methods sampling: A typology with examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77–100. <https://doi.org/10.1177/1558689806292430>
- Tétreault, S., et Guillez, P. (dir.). (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01>
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Van Veldhoven, G. (2000). Creativity in splinting. *The British Journal of Hand Therapy*, 5(3), 77–79. <https://doi.org/10.1177/175899830000500304>
- Vargas, C., Whelan, J., Brimblecombe, J., et Allender, S. (2022). Co-creation, co-design, co-production for public health: A perspective on definitions and distinctions. *Public Health Research & Practice*, 32(2), Article e3222211. <https://doi.org/10.17061/phrp3222211>
- Williams, M. W., Rapport, L. J., Hanks, R. A., et Parker, H. A. (2021). Engagement in rehabilitation therapy and functional outcomes among individuals with acquired brain injuries. *Disability and Rehabilitation*, 43(1), 33–41. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1613682>
- Wong, C., et Leland, N. E. (2018). Clinicians' perspectives of patient engagement in post-acute care: A social ecological approach. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 36(1), 29–42. <https://doi.org/10.1080/02703181.2017.1407859>
- World Federation of Occupational Therapists. (2025). *About occupational therapy*. Consulté le 14 décembre 2025, sur <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

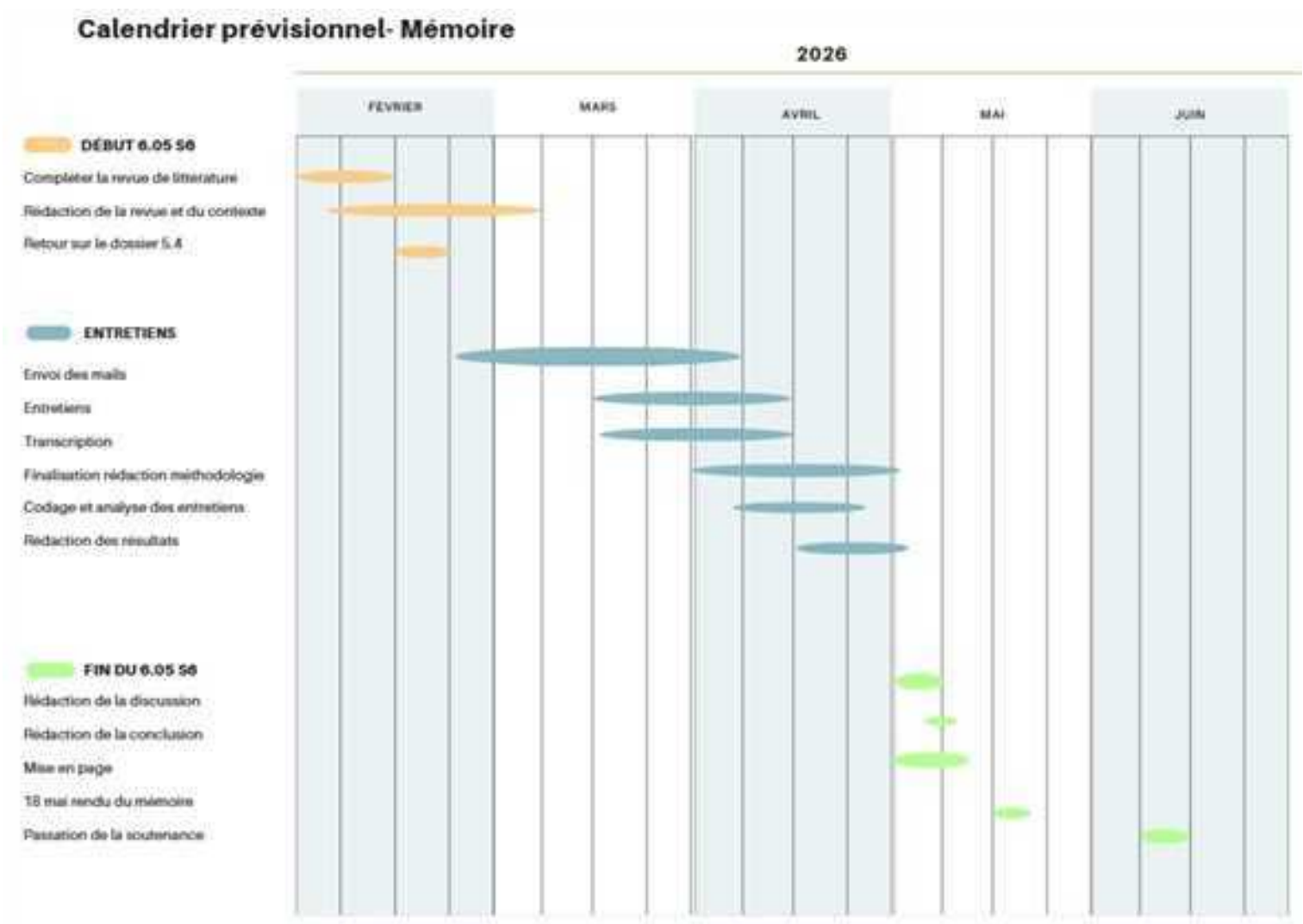
7. Sommaire des Annexes

Annexe I : Schéma du cadre conceptuel.....	47
Annexe II : Calendrier prévisionnel	48
Annexe III : Questionnaire de l'entretien	49
Annexe IV : Matrice conceptuelle.....	53
Annexe V : Objectifs de l'outil de recueil de données	56
Annexe VI : Formulaire de consentement	57
Annexe VII : Transcription des entretiens.....	65
Annexe VIII : Introduction à l'entretien.....	112
Annexe IX : Grille de codage vierge	113
Annexe X : Tableau des données sociodémographiques	115
Annexe XI : Grille de codage avec données	116
Annexe XII : Schéma du continuum de participation	129

Annexe I : Schéma du cadre conceptuel



Annexe II : Calendrier prévisionnel



Annexe III : Questionnaire de l'entretien

Concept	Objectifs en lien avec les critères et indicateurs	Modalité en lien avec l'outil	Question principale	Relance
<i>Question inaugurale signalétique</i>	Recueillir des données sociodémographiques et professionnelles pour vérifier l'adéquation aux critères d'inclusion.	Question ouverte	Pour commencer pouvez-vous vous présenter ?	Quel est votre âge, nationalité, années d'expériences, lieu(x) d'exercice ?
Créativité de l'ergothérapeute	Identifier les compétences professionnelles que les ergothérapeutes considèrent comme indispensables dans leur pratique. Repérer la place accordée à la créativité parmi ces compétences, afin de comprendre comment elle est identifiée et reconnue comme compétence professionnelle.	Question ouverte	Pouvez-vous citer quelques compétences de l'ergothérapeute que vous estimez indispensables dans un accompagnement en ergothérapie ?	Et dans une séance ?
	Explorer la manière dont la créativité est mobilisée dans le choix, la conception et l'adaptation des séances.	Question ouverte	Concernant la mise en place d'une séance, comment choisissez-vous l'activité ?	Quels facteurs prenez-vous en compte pour proposer une séance ?

<i>Créativité de l'ergothérapeute (Suite)</i>	<i>Explorer la manière dont la créativité est mobilisée dans le choix, la conception et l'adaptation des séances (Suite)</i>	Question ouverte	Comment adaptez-vous les séances ?	Comment ajustez-vous la difficulté de la séance ?
	Explorer les pratiques d'adaptation créative	Question fermée	Vous arrive-t-il de devoir détourner l'utilité première de certains outils ou de matériel ?	Qu'est-ce qui vous aide à trouver des solutions dans ce cas-là ?
	Examiner les modalités d'adaptation de la relation thérapeutique mises en place par les ergothérapeutes, afin d'identifier la place accordée à la créativité dans la relation thérapeutique	Question ouverte	Quand vous rencontrez un patient, comment adaptez-vous la relation thérapeutique ?	Qu'est-ce qui vous aide lorsque le lien est difficile à établir ?
Engagement	Analyser les manifestations de l'engagement du patient adulte en séance en lien avec les ajustements et adaptations créatives mis en œuvre par l'ergothérapeute.	Question ouverte	Pouvez-vous m'expliquer un moment où l'engagement d'un patient a considérablement augmenté dans la séance ?	Qu'est-ce qui, selon vous, a favorisé cet engagement ?
	Analyser les manifestations de l'engagement du patient adulte en séance en lien avec les ajustements et adaptations créatives mis en œuvre par l'ergothérapeute.	Question ouverte	Généralement, comment les patients réagissent-ils aux adaptations que	Quels effets ont ces réactions dans l'accompagnement ?

			vous proposez en séance ?	
Cocréation	Examiner la place du patient dans la cocréation des séances, en identifiant les modalités de la relation thérapeutique.	Question ouverte	Quelle place donnez-vous au patient dans l'élaboration des séances ?	De quoi peut-il décider ?
Engagement Cocréation	Identifier les éléments de la pratique influençant l'engagement du patient dans la cocréation des séances.	Question ouverte	Selon vous, qu'est-ce qui aide ou empêche les patients de participer aux décisions pendant les séances ?	Qu'est-ce que vous mettez en place pour encourager cette participation ?
Créativité de l'ergothérapeute	Explorer la manière dont les ergothérapeutes définissent, perçoivent et intègrent la créativité dans la mise en place de leurs interventions.	Question ouverte	Concernant la mise en place de votre intervention en ergothérapie, quelle place identifiez-vous pour la créativité ?	Selon vous, que signifie "être créatif" en ergothérapie ?

Créativité Cocréation	Identifier les éléments de la pratique créative influençant la cocréation des séances.	Question fermée	Pouvez-vous me parler d'un moment où vous avez identifié un lien entre la créativité et la cocréation des séances ?	Pouvez-vous me décrire un moment où la créativité a déjà influencé la prise de décision commune en séance ?
Question de clôture :		Je vous remercie pour ces réponses. Souhaitez-vous apporter d'autres informations ou approfondir un point ?		

Annexe IV : Matrice conceptuelle

Concept	Variable	Critères	Indicateurs	Indice	Référence
Engagement occupationnel	Cocréation	Engagement actif mutuel tout au long du processus	Définition commune du problème	Définition commune des besoins	Vargas et al., 2022
			Conception commune des solutions	Définition d'objectifs négociés	Vargas et al., 2022
			Mise en œuvre commune	Définition de moyens négociés	Vargas et al., 2022
			Evaluation commune des changements	Retour partagé des ajustements selon les effets des interventions selon les perceptions mutuelles	Vargas et al., 2022
Cocréation		Partenariat égalitaire	Inclusion des savoirs mutuels	Prise en compte des connaissances du patient de ses ressentis et habitudes	Sawada et al., 2023 ; Vargas et al., 2022
			Inclusion des points de vue mutuels	Prise en compte des envies du patient	Sawada et al., 2023 ; Vargas et al., 2022
Créativité	Créativité de l'ergothérapeute	Reconnaissance individuelle de la créativité en ergothérapie	Reconnaissance comme une composante de l'identité professionnelle	Identification de la créativité dans l'usage d'activités artisanales chez les ergothérapeutes	Delaisse et al., 2022 ; Oven et Lobe, 2018

			Reconnaissance comme une compétence intrinsèque professionnelle mobilisable	Identification de la créativité comme une compétence professionnelle de l'ergothérapeute	Oven et Lobe, 2018
		Création de séances personnalisées	Génération de sens dans l'occupation	Intégrité de l'interaction entre l'attrait, de la réalité écologique et de la pertinence pour atteindre les objectifs	Mello et al., 2021 ; Meyer, 2022 Reed et al., 2011
			Génération d'attrait dans la séance	Proposition intentionnelle d'activités mobilisant plaisir, ressourcement et sentiment de productivité	Coffey et al., 2015 ; Mello et al., 2021 ; Pierce, 2003 ; Reid, 2011 ;
		Adaptation des séances	Adaptation des techniques existantes à des situations inédites	Présence d'adaptations dans les protocoles, activités ou supports utilisés face à une situation imprévue	Graham, 1983 ; Hickey, 2016 ; Perrin, 2001, Schmid, 2004 ;
			Ajustement de la séance selon les capacités du patient à réaliser l'occupation	Présence de gradations d'ordre contextuelles et subjectives selon l'adéquation avec les capacités du patient	Coffey et al., 2015 ; Mello et al., 2021 ; Reed et al., 2011
		Adaptation relationnelle	Ajustement de la posture	Modulation de la distance thérapeutique, du rôle ou de la	Oven et Lobe, 2018 ; 2019

				directivité, selon l'état émotionnel du patient	
			Adaptation de la communication	Ajustement de la forme, du contenu et de l'utilisation du langage	Alageel, 2022 ; Oven et Lobe, 2018

Annexe V : Objectifs de l'outil de recueil de données

Comprendre comment les ergothérapeutes identifient la créativité en tant que compétence professionnelle dans leur pratique.

Explorer la manière dont la créativité est mobilisée dans le choix, la conception et l'adaptation des séances.

Analyser les manifestations de l'engagement du patient adulte en séance en lien avec les ajustements et adaptations créatives mis en œuvre par l'ergothérapeute.

Examiner la place du patient dans la cocréation des séances, en identifiant les modalités de la relation thérapeutique.

Identifier les éléments de la pratique influençant l'engagement du patient dans la cocréation des séances.

Annexe VI : Formulaire de consentement



**REGION
SUD**
PROVENCE
ALPES
COTE D'AZUR



N° de déclaration d'activité
93-83-04918.83
Cet enregistrement ne vaut pas
agrément de l'Etat
FINESSE EJ : 83 000 904 9
SIRET : 130 016 561 000 24
Code APE 8412Z
DATADOCK : 0014425
DPC : 1073

Siège administratif
95, rue Montebello
Quartier Montety
83000 Toulon

Toulon
95, rue Montebello
Quartier Montety
83000 Toulon
Téléphone : 04 94 14 72 14

Draguignan
102 parvis Gillet
Avenue Philippe Seguin
83300 DRAGUIGNAN
Téléphone : 04 12 05 72 20

St Raphaël/Fréjus
200 av. Victor Seguenot
CS 50142
83300 ST RAPHAEL Cedex
Téléphone : 04 98 11 38 60
Télécopie : 04 98 11 39 69

Brignoles
Route François Dufort
83170 BRIGNOLES
Téléphone : 06 72 79 34 43

Toulon
Espace culturel Les Lices
344 Bd Commandant Nicolas
83000 TOULON
Téléphone : 04 12 05 06 30

<https://www.ifpvps.fr>

**Groupeement de Coopération Sanitaire
de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé**

Lette d'information et formulaire de consentement

Personnes responsables de l'étude :

CRUCHON Sophie étudiante en ergothérapie à l'IFPVPS, 0617301543
sophiecmcm@gmail.com

PRATS François, formateur IFPVPS et référent pédagogique, 0498083027,
francois.prats@ifpvps.fr

GIRAUDIER Anaïs, référente professionnelle, 06 50 54 45 71,
anaïs.GIRAUDIER@univ-gmu.fr

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

➤ Présentation de l'étude et de ses objectifs :

Travail d'initiation à la recherche ayant pour objectif d'explorer la créativité de l'ergothérapeute et les formes d'engagement du patient.

➤ Nature et durée de votre participation :

Entretien de 45 minutes, en visioconférence

Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer/filmer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit filmé / enregistré ?

☒ OUI ☐ NON

➤ Avantages concernant votre participation :

Contribuer au travail d'initiation à la recherche d'une étudiante en apportant des données de terrain.
Partager son expérience et se questionner sur sa pratique afin de valoriser son point de vue et de prendre du recul sur son travail.

➤ Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien/observation

➤ Retrait de la participation :

Votre participation à l'entretien/l'observation est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) verbalement ou par écrit. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

1 sur 2

L'IFPVPS a été certifié Qualiopi en date du 9 juillet 2021 pour la typologie
« Actions de Formation »

➤ **Confidentialité :**

Les données recueillies au cours de l'entretien/observation seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet. Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

➤ **Clause de responsabilité :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

➤ **Information sur le projet de recherche :**

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

➤ **Personnes-ressources :**

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le référent méthodologique de l'étudiant : *PRATS François* par courriel ou par téléphone.

➤ **Signatures requises :**

Pour le parent ou tuteur du participant mineur

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

L. [REDACTED] H. [REDACTED]

Signature du participant

[Signature]

Date : 08/04/26 Téléphone (jour) : 06 - [REDACTED]

Pour l'étudiant (e) :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) :

Date : 30.03.26

[Signature]



N° de déclaration d'activité
93.83.04918.83

Cet enregistrement ne vaut pas
agrément de l'État

FINESSE EJ : 83 000 904 9

SIRET : 130 016 561 000 24

Code APE 8412Z

DATADOCK : 0014425

DPC : 1073

Siège administratif

95, rue Montebello
Quartier Montety
83000 Toulon

Toulon

95, rue Montebello
Quartier Montety
83000 Toulon
Téléphone : 04 94 14 72 14

Draguignan

102 parvis Gilet
Avenue Philippe Seguin
83300 DRAGUIGNAN
Téléphone : 04 12 05 72 20

St Raphaël/Fréjus

200 av. Victor Sergent
CS 50142
83707 ST RAPHAEL Cedex
Téléphone : 04 98 11 38 60
Télécopie : 04 98 11 39 69

Brignoles

Route François Dufort
83170 BRIGNOLES
Téléphone : 06 72 79 34 43

Toulon

Espace culturel Les Lices
244 Bld Commandant Nicolas
83000 TOULON
Téléphone : 04 12 05 06 30

<https://www.ifpvps.fr>

Groupeement de Coopération Sanitaire de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

Lette d'information et formulaire de consentement

Personnes responsables de l'étude :

CRUCHON Sophie étudiante en ergothérapie à l'IFPVPS, 0617301543
sophiecmcrn@gmail.com

PRATS François, formateur IFPVPS et référent pédagogique, 0498083027,
francois.prats@ifpvps.fr

GIRAUDIER Anaïs, référente professionnelle, 06 50 54 45 71,
anaïs.GIRAUDIER@univ-amu.fr

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

➤ **Présentation de l'étude et de ses objectifs :**

Travail d'initiation à la recherche ayant pour objectif d'explorer la créativité de l'ergothérapeute et les formes d'engagement du patient.

➤ **Nature et durée de votre participation :**

Entretien de 45 minutes, en visioconférence

Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer/filmer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit filmé / enregistré ?

☒ **OUI** ☐ **NON**

➤ **Avantages concernant votre participation :**

Contribuer au travail d'initiation à la recherche d'une étudiante en apportant des données de terrain.

Partager son expérience et se questionner sur sa pratique afin de valoriser son point de vue et de prendre du recul sur son travail.

➤ **Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :**

Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien/observation

➤ **Retrait de la participation :**

Votre participation à l'entretien/l'observation est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) **verbalement ou par écrit**. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

➤ **Confidentialité :**

Les données recueillies au cours de l'entretien/observation seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet. Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

➤ **Clause de responsabilité :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

➤ **Information sur le projet de recherche :**

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

➤ **Personnes-ressources :**

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le référent méthodologique de l'étudiant : *PRATS François* par courriel ou par téléphone.

➤ **Signatures requises :**

Pour le parent ou tuteur du participant mineur

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

B [] L []

Signature du participant:



Date : 14/04/2026 Téléphone (jour) : 06 []

Pour l'étudiant (e) :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) :



Date : 30.03.26

Groupement de Coopération Sanitaire de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

Lettre d'information et formulaire de consentement

Personnes responsables de l'étude :

CRUCHON Sophie étudiante en ergothérapie à l'IFPVPS, 0617301543
sophiecrnrcn@gmail.com

PRATS François, formateur IFPVPS et référent pédagogique, 0498083027,
francois.prats@ifpvps.fr

GIRAUDIER Anaïs, référente professionnelle, 06 50 54 45 71,
anaïs.GIRAUDIER@univ-amu.fr

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

Présentation de l'étude et de ses objectifs :

Travail d'initiation à la recherche ayant pour objectif d'explorer la créativité de l'ergothérapeute et les formes d'engagement du patient.

Nature et durée de votre participation:

Entretien de 45 minutes, en visioconférence

Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer/filmer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit filmé / enregistré ?

OUI ☐

Avantages concernant votre participation :

Contribuer au travail d'initiation à la recherche d'une étudiante en apportant des données de terrain.

Partager son expérience net se questionner sur sa pratique afin de valoriser son point de vue et de prendre du recul sur son travail.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien/observation

Retrait de la participation:

Votre participation à l'entretien/l'observation est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) **verbalement ou par écrit**. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

N° de déclaration d'activité
93.83.04918.83
Cet enregistrement ne vaut pas
agrément de l'Etat
FINESSEJ : 83 000 904 9
SIRET : 130 016 561 000 24
Code APE 8412Z
DATADOCK : 0014425
DPC : 1073

Siège administratif
95, rue Montebello
Quartier Montety
83000 Toulon

Toulon
95, rue Montebello
Quartier Montety
83000 Toulon
Téléphone : 04 94 14 72 14

Draguignan
102 parvis Gilet
Avenue Philippe Seguin
83300 DRAGUIGNAN
Téléphone : 04 1205 72 20

St Raphaël/Fréjus
200 av. Victor Sergent
CS 50142
83707 ST RAPHAEL Cedex
Téléphone : 04 98 11 38 60
Télécopie : 04 98 11 39 69

Brignoles
Route François Dufort
83170 BRIGNOLES
Téléphone : 06 72 79 34 43

Toulon
Espace culturel Les Lices
244Bld Commandant Nicolas
83000 TOULON
Téléphone : 04 12 05 06 30

<https://www.ifpvps.fr>

Confidentialité :

Les données recueillies au cours de l'entretien/observation seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet. Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Information sur le projet de recherche :

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

Personnes-ressources :

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le référent méthodologique de l'étudiant : *PRATS François* par courriel ou par téléphone.

Signatures requises :**Pour le parent ou tuteur du participant mineur**

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

M. [] T. []

Signature du participant:



Date :10/04/2026.....
42.....

Téléphone (jour) : 07 []

Pour l'étudiant (e) :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) :



Date : 30.03.26



N° de déclaration d'activité
93-83-04918.83
Cet enregistrement ne vaut pas
agrément de l'État
FINESSE IJ : 83 000 904 9
SIRET : 130 016 561 000 34
Code APE 8422Z
DATA DOCK : 0014425
DPC : 1073

Siège administratif
95, rue Montebello
Quartier Montety
83000 Toulon

Toulon
95, rue Montebello
Quartier Montety
83000 Toulon
Téléphone : 04 94 14 72 14

Draguignan
102 parvis Gilet
Avenue Philippe Seguin
83300 DRAGUIGNAN
Téléphone : 04 92 05 72 20

St Raphaël/Fréjus
200 av. Victor Segur
CS 50142
83707 ST RAPHAEL Cedex
Téléphone : 04 98 11 38 60
Télécopie : 04 98 11 39 69

Brignoles
Route François Dufort
83170 BRIGNOLES
Téléphone : 06 72 79 34 43

Toulon
Espace culturel Les Uées
244 Bd Commandant Nicolas
83000 TOULON
Téléphone : 04 92 05 06 30

<https://www.ifpvps.fr>

Groupement de Coopération Sanitaire de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

Lettre d'information et formulaire de consentement

Personnes responsables de l'étude :

CRUCHON Sophie étudiante en ergothérapie à l'IFPVPS, 0617301543
sophiecruchon@gmail.com

PRATS François, formateur IFPVPS et référent pédagogique, 0498083027,
francois.prats@ifpvps.fr

GIRAUDIER Anaïs, référente professionnelle, 06 50 54 45 71,
anaïs.GIRAUDIER@univ-amu.fr

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

➤ Présentation de l'étude et de ses objectifs :

Travail d'initiation à la recherche ayant pour objectif d'explorer la créativité de l'ergothérapeute et les formes d'engagement du patient.

➤ Nature et durée de votre participation :

Entretien de 45 minutes, en visioconférence

Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer/filmer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit filmé / enregistré ?

☐ OUI ☐ NON La participante a confirmé oralement pendant l'entretien et par courriel le 12/05/26 son accord concernant la mention non renseignée d'enregistrement de l'entretien.

➤ Avantages concernant votre participation :

Contribuer au travail d'initiation à la recherche d'une étudiante en apportant des données de terrain.

Partager son expérience et se questionner sur sa pratique afin de valoriser son point de vue et de prendre du recul sur son travail.

➤ Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien/observation

➤ Retrait de la participation :

Votre participation à l'entretien/l'observation est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) **verbalement ou par écrit**. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

➤ **Confidentialité :**

Les données recueillies au cours de l'entretien/observation seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet. Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

➤ **Clause de responsabilité :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

➤ **Information sur le projet de recherche :**

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

➤ **Personnes-ressources :**

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le référent méthodologique de l'étudiant : *PRATS François* par courriel ou par téléphone.

➤ **Signatures requises :**

Pour le parent ou tuteur du participant mineur

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

C. [REDACTED] A. [REDACTED]

Signature du participant:

[Signature]

Date : 30 mars 2026. Téléphone (jour) : 06 [REDACTED]

Pour l'étudiant (e) :

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) :

[Signature]

Date : 30.03.26

Annexe VII : Transcription des entretiens

Entretien E1 :

1 00:03:34 Étudiante :

2 Merci de participer à l'entretien. C'est dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche en
3 ergothérapie à l'IFPVS. Ça s'intéresse à la créativité de l'ergothérapeute et aux formes d'engagement
4 du patient. Ça va durer à peu près 45 minutes. Il y a 12 questions au maximum avec des relances et ce
5 sera enregistré si c'est bon pour vous par rapport au consentement pour les données et l'analyse. Toutes
6 les réponses vont être strictement confidentielles, anonymes, vous êtes libre de ne pas répondre à
7 certaines questions ou d'arrêter l'entretien quand vous voulez et vous avez un droit d'accès, de
8 rectification, suppression des données et ce sera supprimé au bout de cinq ans. Avant de commencer,
9 est-ce que vous avez des questions ?

10 00:04:28 E1

11 Non pas forcément.

12 00:04:39 Étudiante

13 Est-ce que pour commencer, vous pourriez vous présenter ? Quel est votre âge, nationalité, année
14 d'expérience, vos derniers lieux d'exercice ?

15 00:04:45 E1

16 Age, 25 ans, expérience cumulée, je dois avoir 3 ans maintenant, diplômé depuis 2022, donc en soit ça
17 fait 4 ans que je suis diplômé. Expérience, j'ai été à SMR 1 pendant 2 ans, 2 ans et demi. J'ai fait un
18 mois dans une structure au SMR 2. Et après j'ai fait un mois aussi dans une structure SMR 3 aussi.

19 00:05:33 Étudiante

20 De quand date cette dernière expérience?

21 00:05:36 E1

22 La dernière expérience, c'était il y a trois mois. Et du coup il y a quatre mois pour le SMR 2.

23 00:05:59 Étudiante

24 Est-ce que vous pourriez me citer quelques compétences que vous estimez indispensables dans un
25 accompagnement en ergothérapie ?

26 00:06:16 E1

27 Relationnel, première chose. Organisation quand même, que ce soit du point de vue de la prise en
28 charge, d'un point de vue logistique, d'un point de vue rendez-vous, et cetera. Et la connaissance
29 médicale, je pense quand même à minima. Est-ce que c'est considéré comme une compétence ? Je ne
30 sais pas, c'est à vous de me dire, mais.

31 00:06:52 Étudiante

32 Et par exemple, dans une séance, ce serait quoi qui serait important comme compétence ?

00:07:02 E1

Toujours le relationnel, le cadre que vous posez au début de la séance, les explications, la manière dont vous parlez au patient, ça va lui permettre d'adhérer ou pas à la prise en charge. L'organisation de la séance aussi, enfin qu'il y ait un temps pour tout, qu'il y ait un temps d'échauffement, un temps où justement on fait des exercices de plus en plus durs adaptés à ces pathologies. Puis après, en fonction des pathologies, de ce qu'on a, ça va être de faire un coup de la sensibilité et s'il y a plusieurs choses, puis la motricité, puis en fait d'essayer d'organiser la séance à minima. Et après dans le choix des activités. Pour le coup, le choix des activités aussi joue beaucoup d'une certaine manière, la manière dont on va les adapter et aussi de faire adhérer le patient. Parce que nous, notre but c'est quand même de faire des exos fonctionnels ou de faire des exos qui sont en lien direct avec le quotidien du patient. Donc ça va être aller chercher là-dedans et pas forcément poser que de l'analytique. Donc ouais pour moi c'est trois indispensables.

00:08:08 Étudiante

Et par rapport au choix des activités dans les séances, comment est-ce que vous allez choisir ?

00:08:20 E1

Pour le choix de la, vous pouvez répéter pour être sûr que j'ai bien compris.

00:08:24 E1

Quand vous choisissez une activité, comment est-ce que vous allez la choisir? Quels facteurs vous allez prendre en compte pour le choix de l'activité dans une séance?

00:08:37 E1

Première chose, dans le cadre du SSR, la pathologie. Parce que selon les pathologies, par exemple avec les grands brûlés, il ne faut pas des choses trop répétitives, il ne faut pas des mouvements trop rapides. Pour des fractures, on ne va pas aussi se diriger vers des choses avec des gros mouvements qui risquent de mettre en jeu les réflexes et donc des appuis trop forts d'un côté ou de l'autre. Il y a déjà ça dans le choix de l'activité, donc l'aspect médical pur et les capacités du patient. Et après, une fois qu'on a ça, c'est libre à soi. Il y a 1000 possibilités tant qu'on travaille ce qu'il y a à travailler. Et donc moi après, c'est vrai que j'essaie toujours d'avoir l'aspect fonctionnel, c'est à dire que s'il y a des possibilités de sortir de l'analytique, ça va être de chercher du fonctionnel. Ce que fait le patient au quotidien, et qu'est-ce que veut faire le patient aussi quand il va rentrer chez lui ? Donc après c'est aller chercher là-dessus. Est-ce qu'il est plus dans du côté sportif, de l'angle intellectuel ? Pour moi, il y a plein de données sur déjà ce que fait le patient au quotidien et ce qu'il aimerait faire et ce qui peut potentiellement lui plaire aussi. Parce que, quand vous avez des patients qui sont pas du tout motivés, bah déjà ça peut être aussi ça : même si on sort un petit peu de l'aspect médical, ça va être aussi de chercher la motivation du patient. Et sortir la motivation du patient pour, au fur et à mesure, proposer des choses qui vont être de plus en plus pertinentes d'un point de vue médical. Mais il peut y avoir

aussi cet aspect-là dans le choix de l'activité et après ce que je veux travailler de manière précise, si je veux travailler la motricité, si je veux travailler l'équilibre, si je veux travailler les capacités cognitives, et si je veux travailler plutôt les amplitudes ou plutôt la force. Il va y avoir aussi tout cet aspect-là et après aussi en fonction de la semaine aussi, comment la semaine s'organise. S'il y a un jour j'ai fait par exemple beaucoup de force, peut-être qu'il y a un autre jour je vais faire peut-être plus sur de l'endurance et de l'amplitude et inversement. Mais après, il faut que ce soit quand même pertinent dans tous les cas pour le patient dans son quotidien. Pour moi ça revient toujours à ça en fait.

00:10:55 Étudiante

Et par exemple, vous parliez de la motivation, si jamais votre patient n'est pas motivé, comment est-ce que vous allez adapter la séance ?

00:11:10 E1

Bah si le patient il ne veut vraiment rien faire, ça dépend le contexte. Ça dépend toujours le contexte. S'il a une semaine où admettons, il a beaucoup travaillé, qu'il a beaucoup forcé et qui se retrouve à avoir mal quelque part, et que ça casse sa motivation à ce moment-là, par exemple, je préfère complètement relâcher. Soit faire quelque chose qui, même d'un point de vue médical, est peut-être moins important pour lui, mais qui peut lui changer les idées, parce qu'il y a beaucoup de pathologies où c'est quand même des gros changements de vie pour les personnes, avec des impacts assez importants. Il faut leur montrer qu'ils peuvent aussi faire des choses plus sympas. Et aussi on peut faire une pause dans les semaines de rééducation et notamment quand ils ont des douleurs. Donc ça peut être sortir complètement de l'aspect médical. Et après, il y a des cas où le contexte c'est des personnes qui ne sont pas motivées pendant des semaines et des semaines et qui ont toujours ces mêmes problématiques-là. D'une certaine manière, le but ça serait de créer une accroche relationnelle et pour le coup, là ça va être de faire des choses où on va essayer d'amener du médical, d'amener de la rééducation, mais de manière complètement dérivée et ça peut être milles manières possibles. Mais voilà, d'aller dans le loisir, d'aller dans du fun, d'aller même dans du côté social avec une même le mettre en interaction avec d'autres patients. Enfin, ça peut être, réagir de cette manière-là. Après, il peut y avoir aussi des patients où ils sont pas motivés et à un moment donné, il faudra mettre un coup de colère pour que ça fonctionne aussi. Et dans ce cas-là, peut-être plus poser le cadre et affirmer que à un moment donné, s'il ne veut pas, il ne veut pas et qu'il faut se référer au médecin et cetera, et que là justement il faut recadrer. Et là on va sortir de l'aspect activité occupationnelle ou on va éviter de rentrer dedans justement parce que ça peut desservir le patient si après il veut faire plus que ça. Souvent des patients jeunes pour ces situations-là.

00:13:14 Étudiante

Et par exemple, comment est-ce que vous ajustez la difficulté de ce type de proposition dans les séances ?

103 00:13:37 E1

104 Ben en fonction de ce qu'il peut faire quand même. Parce que s'il est déjà pas motivé et que en plus il
105 galère à faire ce qu'on lui propose, ben il va vraiment pas ressortir de la séance d'ergo avec un avis
106 positif. Donc aller vers du plus facile tout simplement. Mais cette motivation, ça peut avoir plein
107 d'origines, que ce soit la douleur ou autre, mais dans tous les cas, douleur, fatigue émotionnelle,
108 fatigue intellectuelle. Enfin, dans tous les cas, ça revient à des choses comme ça et il faut réajuster la
109 difficulté de l'exercice en question en fonction de ça. C'est plus à jauger avec le patient, ou alors des
110 fois tout simplement partir sur quelque chose de très facile au début, surtout pour les personnes qui ont
111 besoin d'être un peu plus valorisées et d'augmenter au fur et à mesure plutôt que de partir sur quelque
112 chose d'assez difficile où dont on pense qu'il est déjà un petit peu limite et qui peut le mettre en
113 difficulté. Dans ce cas-là, vaut mieux partir du plus simple et remonter au fur et à mesure, quitte à
114 changer l'exercice toutes les 3, 4, 5 min s'il faut ou de faire 10 mins, 10 mins, 10 mins. Et après on
115 connaît les patients aussi, on est censé connaître les patients. Donc d'une certaine manière, on arrive à
116 savoir à partir du bilan qu'on a fait au début, ce qui sera plus ou moins difficile.

117 00:14:55 Etudiante

118 Qu'est-ce que ça veut dire un exercice plus facile ?

119 00:15:01 E1

120 Ça dépend de la pathologie, mais plus facile. Mais si on travaille la mémoire et qu'on lui demande de
121 retenir six mots au début. Par exemple, à partir du Lynx, ce jeu-là, il le représente bien, qu'on demande
122 de retenir six images, par exemple, au lieu de demander six, on va peut-être demander deux, donc ce
123 sera ça si on veut garder le même exercice. Ce serait juste jauger de cette manière-là, aller moins haut
124 en amplitude, éviter les mouvements douloureux aussi, s'il y a des mouvements particuliers qui sont
125 douloureux à un moment. Ou carrément changer l'exercice, des fois il faut passer à autre chose, mais
126 toujours rester avec ces mêmes concepts-là, à savoir globalement la difficulté que représentent ces
127 exos. Et ce qui est bien des fois, c'est aussi de les faire soi-même pour se rendre compte, d'essayer à
128 chaque fois.

129 00:16:00 Étudiante

130 Donc ça c'était plus au niveau des séances, est-ce que pour certains outils ou certains matériels, ça
131 vous arrive de détourner une utilité première et d'en faire tout autre chose ?

132 00:16:48 E1

133 Oui en vrai complètement. C'est toujours ça, c'est que dans les choses qu'on va avoir, enfin le matériel
134 qu'on va avoir à l'hôpital, malheureusement, on n'a pas tout, on peut pas tout représenter. Il y a des
135 patients qui vont dire: "Moi j'aime le golf", on n'a pas de truc de golf. Enfin, il y a plein de choses où
136 on n'a pas forcément le matériel, mais d'une certaine manière, pour chaque sport, ou chaque activité,
137 ou chaque chose. Ben généralement, le golf ça se fait avec une balle. Enfin, tous les sports se font avec

une balle, donc en fait, vous pouvez toujours modifier et utiliser, une barre par exemple pour l'utiliser comme quelque chose pour le golf avec quelque chose où vous formez un trou un peu plus loin. Au SMR 1 il y avait énormément de matériel quand même, donc ça c'est plutôt cool. Mais les 2 structures que j'ai faites, y avait quand même moins de matériel et donc des fois il faut un peu plus se casser la tête aussi. Et comme nous on veut faire du fonctionnel et qu'on a pas tout le matériel existant dans le monde, on sera obligé à un moment de faire preuve de recherche et de créativité pour essayer de reproduire les mouvements, même si c'est pas l'exactitude, mais de s'en rapprocher le plus. Donc au final détourner, si vous voulez travailler d'un point de vue fonctionnel, je trouve que c'est quelque chose qui est hyper important à faire et notamment pour les loisirs qui sont pas souvent très représentés, on va dire, dans le matériel qu'on peut avoir. Donc détourner, je pense que ça arrive quand même assez souvent et ça reste important pour pas être redondant aussi dans ce qu'on va proposer.

00:18:15 Etudiante

Et dans ces cas-là, où vous devez détourner du matériel, qu'est-ce qui vous aide à trouver des solutions ?

00:18:28 E1

Oh, je regarde. Une batte de golf mine de rien c'est un bâton vertical et il y a une petite partie horizontale en bas. Donc moi, même une canne simple par exemple ça va faire l'affaire, suffit de retourner la canne simple et on se retrouve avec un mouvement qui va s'en rapprocher finalement. Après la balle, c'est une balle, donc on peut prendre n'importe quoi. Au final, on aura toujours des choses rondes, on aura toujours. Enfin, en ergo dans à peu près tous les centres il y a quand même ces choses-là. Et un trou, ça peut être soit à l'extérieur, on peut en trouver assez facilement, ou soit à l'intérieur, on peut trouver aussi. Pas forcément un cône, mais on peut faire aussi avec des marquages, avec un cerceau, avec voilà des choses comme ça, et au final, on peut assez représenter. On peut avoir des coussins aussi pour faire des obstacles en fonction de ce qu'il faut. Donc en fait, comment je recherche ? Je pars juste de l'activité de base. Je regarde l'activité quand vous la faites, il suffit juste de s'imaginer en train de la faire, n'importe qui peut le faire se demander quand on fait du golf, on a besoin de quoi ? Et on se représente dans l'activité. On se dit OK, donc j'aurais besoin de ça, et ça. Et comme tout en fait, il faut juste se mettre dans la tête la liste de matériel dont on a besoin pour faire telle ou telle activité et après essayer de la simuler au maximum. Après, je pense que tout le monde peut y arriver généralement, même si ça demande un peu plus de gymnastique et un peu plus de temps, mais ça peut largement se faire en séance.

00:19:59 Étudiante

Tout à l'heure, vous me parliez de la relation thérapeutique, des activités qui favorisent la relation thérapeutique. Vous, quand vous rencontrez un patient, comment est-ce que vous adaptez cette relation thérapeutique ?

173 00:20:34 E1

174 Moi, la base de chaque prise en charge, c'est toujours le même procédé. C'est-à-dire que la première
 175 demi-heure ou les premières 40 minutes, généralement, je me dis pas, surtout sur des pathologies où je
 176 sais qu'ils vont rester longtemps, particulièrement pour eux. Quand je viens à la première séance, je
 177 cherche pas à me dire il faut que je fasse tel bilan, tel bilan, tel bilan, tel bilan. Et je me dis juste il faut
 178 que je récupère des informations sur son domicile, sur lui, et qu'on ait de la discussion entre guillemets
 179 pour aussi que je puisse percevoir comment il réagit en fonction de ce qu'on va lui dire, comment est-
 180 ce qu'il conscientise sa problématique ou pas. Enfin, déjà, ça me donne plein d'informations pour me
 181 placer aussi. Et puis des fois, ça peut complètement dériver et parler d'autres sujets qui peuvent ne pas
 182 avoir énormément d'importance au début et puis au final, qui peuvent se révéler importantes par la
 183 suite. Et après, vraiment poser les choses, apprendre à savoir ce qu'il fait, comment il le fait, essayer de
 184 faire les liens entre son quotidien, ses loisirs, les choses qui lui tiennent à cœur. En fait, c'est juste y
 185 aller, de me dire je fais juste un entretien, je ne cherche pas forcément à faire de bilan. Et si c'est
 186 quelqu'un de bavard, je laisse un petit peu dériver sans trop laisser dériver toujours. Mais en tout cas,
 187 ça me dérange pas de passer une séance à faire entre guillemets, rien sur 30 ou 40 min lors d'un
 188 entretien, parce que de toute façon, on va le voir quasiment 5 fois par semaine, ce qui est énorme en
 189 soi quand on regarde par rapport à la rééducation en libéral ou autre. Donc je me dis c'est pas grave, 40
 190 min c'est jamais perdu, ça permet aussi d'installer la relation. Parce que quand on paraît pas pressé au
 191 premier entretien, souvent ça peut mettre un petit peu plus en confiance le patient aussi. Et quand on
 192 prend un petit peu le temps de faire les choses, c'est toujours agréable aussi.

193 00:22:20 Étudiante

194 Et lorsque le lien il est vraiment difficile à établir, comment est-ce que vous allez adapter la relation ?

195 00:22:28 E1

196 En sachant pourquoi elle est difficile à obtenir, ça dépend. Mais sur l'entretien, si on voit quelqu'un qui
 197 est très fermé au début, ça peut être pour plein de raisons. Ça peut être parce qu'il vit mal la situation à
 198 un moment donné, ou parce qu'il est encore complètement sous médicaments, parce qu'il ressort, il
 199 était il y a pas si longtemps que ça en réanimation et que c'était pas forcément évident. Ou tout
 200 simplement parce que c'est une personnalité qui est fermée, qui parle pas trop généralement. Et après,
 201 c'est à nous, de nous adapter. On a pas que des patients qui sont qui vont être joviaux, qui vont
 202 beaucoup parler. Il y a des patients qui vont être très en retrait, très calmes, où eux, leur vision du soin,
 203 entre guillemets, c'est juste bah moi je suis là, je fais ma rééducation et c'est tout et je m'en fous de
 204 créer du lien social. Et ces gens-là, bah faut les prendre comme ils sont aussi. Et je vais pas aller
 205 rechercher les mêmes choses. Enfin, par exemple, ces personnes-là qui vont être très orientées
 206 rééducation, qui ont un moral, généralement, c'est on peut dire qu'ils vont avoir un moral stable, et
 207 cetera, je vais aller par exemple très orienté sur du médical et de manière très ciblée, peut-être plus que
 208 d'autres personnes qui ne vivront pas l'hospitalisation de la même manière. C'est pas évident à dire,

209 mais souvent vous l'apercevez dans la manière de discuter de la personne, s'il s'étale, s'il s'étale pas,
 210 c'est mais c'est à nous de nous adapter. Voilà, tous les patients n'ont pas envie de parler, tous les
 211 patients n'ont pas envie de rigoler et c'est comme ça, il faut s'adapter, ça pose généralement pas de
 212 problème.

213 00:24:07 Étudiante

214 Est-ce que vous pourriez m'expliquer un moment où dans votre séance, il y a l'engagement d'un
 215 patient, elle a vraiment augmenté et ce que vous avez fait pour que ça arrive, si ça vous est déjà arrivé
 216 ?

217 00:24:27 E1

218 Alors c'est déjà arrivé. Est-ce que j'ai un exemple? Il doit y en avoir. Ouais, je pense, mais ouais, c'est
 219 dur de donner un exemple. L'exemple du golf, ça peut en être un. C'est un patient qui était
 220 extrêmement fatigable, c'est quelqu'un en plus qui était dans une période un peu difficile. Et souvent,
 221 on marchait, on marchait, on marchait parce que pour le coup, lui c'était son objectif à fond, très
 222 fatigable, problématique cardio, et cetera. Et donc, c'était un peu dur dans sa tête et lui, il m'expliquait
 223 que son rêve, c'était de refaire du golf. Et donc un jour où il était un peu plus fatigué et qu'il se sentait
 224 un petit peu moins de d'aller marcher, et cetera. Au final, on a pas fait ce truc-là, on a fait du golf où
 225 j'ai joué avec lui et au final, comme il était engagé dans le truc et que ça représentait aussi un peu ce
 226 qu'il aurait aimé faire. Au final, il a fait la séance complète, il a fait sûrement plus que si on avait
 227 marché. Après, ça restait quand même quelqu'un qui allait faire la séance dans tous les cas, mais qui
 228 allait peut-être moins s'engager sur une séance qu'on aurait fait un peu plus bateau. Après, des
 229 situations, des situations avec des changements aussi, il y a toujours. J'avais une patiente aussi neuro,
 230 elle n'était pas souvent motivée et où elle avait des pas envie de rester trop longtemps debout, ou elle
 231 n'avait pas envie de faire autant de transferts, ou et cetera. Et donc après, en passant par l'activité, en
 232 passant par des choses plus fun, je sais même plus, on a fait tellement de choses je crois avec elle, où
 233 elle s'est retrouvée en fait à faire les choses sans se rendre compte qu'elle les faisait. Et puis à la fin, on
 234 pouvait lui dire : « mais vous voyez, vous arrivez à le faire et au final, c'est pas mal ». Alors qu'à la
 235 base, si on lui demandait juste de faire l'exercice en lui-même purement analytique, ça la gonflait et
 236 elle l'aurait pas fait ou elle aurait pas tenu aussi longtemps. Enfin, des exemples de patients où vous
 237 arrivez à avoir beaucoup plus en faisant des jeux par rapport à quelque chose d'analytique, il y en a
 238 quand même souvent.

239 00:27:19 Étudiante

240 Comment les patients réagissent-ils aux adaptations que vous proposez en séance ?

241 00:28:36 E1

242 En fait, ça dépend de tellement de facteurs, parce qu'en soit le but c'est que je les pousse au final à
 243 faire plus que ce qu'ils veulent faire en temps normal. Alors soit ils s'en rendent pas compte et du coup

c'est super et je suis arrivé à mon objectif. Soit ils s'en rendent compte, enfin je suis arrivé à mon objectif et eux ça leur change rien finalement d'un point de vue émotionnel. Soit au contraire, à la fin, ils se rendent compte que justement ils ont fait plus que ce qu'ils pensaient être capables de faire de par l'activité et au final, bah ils sont super contents. Soit à l'inverse, il peut y avoir des échecs aussi. Vous pouvez vous retrouver à avoir proposer un jeu ou quelque chose qui le met plus en difficulté qu'autre chose. Et donc dans ce cas-là, ils réagissent pas bien, ça les met en difficulté. Donc vous remodifiez, on va dire, ce que vous avez proposé, ou vous avez mal jaugé les choses et ça arrive. Dans ce cas-là, vous remodifiez et si vous remodifiez au bon moment, généralement, ça a pas trop d'impact négatif si vous le voyez assez rapidement, ça les réactions des patients, pour le coup, en fonction de vos propositions, ça dépend. Et puis après, des personnes, vous leur proposez un jeu et vous avez l'impression que ça va, au final, ils veulent pas du tout de jeu parce qu'en fait ils aiment pas faire les jeux et que vous n'aviez pas bien saisi cet aspect-là ou pas assez questionné. Au final, ils aiment pas trop et puis bon après là vous allez juste dans leur sens et ça change pas grand chose. En fait les réactions extrêmes, vous pouvez pas les avoir si vous, en fait vaut mieux essayer et se dire on tente et parce que vous aurez rarement des réactions extrêmes si vous vous réajustez derrière. Donc voilà, normalement, il n'y a pas trop de bonnes ou de mauvaises réactions sur ça.

00:30:23 Etudiante

Ce type de réaction, qu'elle soit bonne ou mauvaise, quels effets ça a sur l'accompagnement au long terme ?

00:30:30 E1

Au long terme, je pense que ça n'en a aucun. Parce qu'au final, à chaque fois que vous proposez, enfin, aucune négativement, on va dire. Parce qu'à chaque fois que vous proposez quelque chose, dans tous les cas, ça vous permet de plus en savoir sur le patient et sur ses réactions personnelles aussi, si vous voyez qu'il réagit excessivement. Ou que du coup il fait n'importe quoi d'un point de vue médical parce que bah il a envie à tout prix de sauter sur la balle ou parce que il déteste perdre, alors du coup il va se mettre en danger, et cetera. Bah au moins vous le savez et vous ça vous permet aussi de savoir lui comment il réagirait dans son quotidien si quelqu'un lui je vais pas dire lui envoyait une balle, mais si un verre tombe, enfin ça vous permet aussi d'avoir des données sur ces choses là. Donc même si sur le moment peut être que vous avez pu percevoir que ça le mettait en danger et que ça aurait pu être un risque finalement que vous n'aviez pas perçu, au final, même si y a des échecs dans ce que vous proposez, finalement ça apporte toujours les informations. Si vous voyez qu'il aime pas les jeux, bah vous savez que vous n'aurez pas à lui en proposer la prochaine fois et vous le savez et au moins ça c'est réglé. Si vous voyez qu'il réagit bien et qu'au final il fait plus quand vous lui proposez ce type d'activité ou ce type de jeu, en fait vous vous dites « vaut mieux que je continue dans ce sens-là » et ça va lui apporter quelque chose de cool. Donc en fait pour moi, peu importe que ce soit des échecs, des ratés ou autre, ça peut toujours être intéressant. Le seul impact long terme, c'est si vraiment la mise en

danger est beaucoup trop importante, que le patient tombe et qu'il se casse quelque chose. Mais sinon, outre ça, si vous restez dans un cadre médical et que vous ne allez pas à l'encontre des contre-indications, généralement vous n'aurez pas de conséquences long terme. Vous pouvez même avoir des cas. Enfin, je vais parler d'un cas défavorable que j'avais eu, mais un patient où j'avais quand même un peu mesuré le risque, qui avait 40-45 ans, qui avait un AVC, qui récupérait de mieux en mieux mais qui avait quand même un peu de spasticité. Et ce monsieur-là, je me suis dit « on va tenter de faire un tennis quand même. » Malgré tout, je savais qu'il y avait un risque, même si il avait quand même un bon équilibre de manière générale, je savais qu'il y avait un risque potentiellement de chute. Mais en même temps, quand vous faites un tennis, vous pouvez pas le superviser complètement. Donc j'y étais allé quand même. Le patient, je lui avais dit, il m'avait dit qu'il y avait aucun problème : « on tente quand même, c'est pas grave. » Donc lui, il était conscient aussi de la chose et il se trouve qu'effectivement, dans un moment où il s'est lancé, donc j'avais plus ou moins estimé les choses, mais j'étais pas sûr que ça allait arriver là. Il a eu une grosse spasticité sur un réflexe, et au final, il est tombé ce patient-là. Alors le risque était mesuré au sens où c'était un patient qui était jeune, qui avait une bonne condition musculaire antérieure, donc niveau fracture, il y avait quand même peu de chances que ça arrive, mais malgré tout, il y avait un risque de chute. Il a chuté, mais en même temps, même si moi sur le coup ça pouvait être négatif puisque quand on voit un patient qui tombe pour nous ça peut être assez émotionnellement prenant. Mais en même temps lui, il était il était content, il avait fait un tennis et puis il m'a dit mais honnêtement il y en aura une, il y en aura deux, il y en aura trois et je vais tomber encore pas mal de fois et mine de rien, vaut mieux que moi je sache aussi comment mon corps réagit à ces stimuli-là. Et donc au final, même le patient, moi d'un point de vue à moi c'était très négatif parce que pour nous il faut jamais faire tomber un patient, pour le coup c'est arrivé et lui le patient il était quand même super content à la fin. Donc voilà, en fait, c'est les réactions en fonction de ce que vous pouvez faire, même si vous faites des erreurs ou ce qui est considéré comme une erreur, en fait, ça peut apporter aussi au patient et ça peut apporter aussi à la prise en charge. Donc je le vois un peu comme ça pour que ce soit mesuré toujours, mais voilà.

00:34:00 Étudiante

Et quelle place vous donnez aux patients dans l'élaboration des séances ?

00:34:13 E1

Bah ça va dépendre des patients, toujours, on revient toujours au même. Il y a des patients où vous aurez besoin, dans leur conception personnelle. Et on peut prendre exemple, même nous quand on a la rééducation, même individuellement, des fois on a juste envie de se laisser porter et on a envie de comprendre ce qu'on fait, entre guillemets, mais que ce soit voilà, c'est la personne qui construit les trucs parce qu'on la considère comme « Personne qui sait », ce qui est le cas aussi. C'est une personne qui va être objective, extérieure, et qui a les connaissances médicales. Donc c'est assez encadrant. C'est des personnes des fois qui vont juste se laisser porter et qui auront plus ou moins de place et qui vont

316 juste dire: « Donnez-moi ce qui vous semble le plus important pour vous. Je vous laisse faire, je vous
 317 fais confiance. » Donc il y a ces patients-là. Puis après, il y a ces patients aussi qui vont avoir plus de
 318 particularités, ou des fois avec des pathologies un peu plus complexes où vous avez vraiment besoin
 319 de leur regard individuel. Le premier exemple, c'était souvent pour des patients avec des protocoles
 320 encadrés, des choses qui ne changent pas trop de l'un à l'autre, on va dire. Souvent sur des fractures et
 321 après, voilà, il y aura d'autres pathologies qui vont être beaucoup plus complexes, où les personnes
 322 auront besoin de dire leurs besoins, ce qui leur pose problème. Ils auront besoin pour le coup de plus
 323 d'espace, parce que nous, on n'est pas dans leur quotidien, on connaît pas forcément toutes les
 324 difficultés qu'ils ont par rapport à cette pathologie-là qui est déjà complexe. Et dans ce cas-là, faut leur
 325 donner plus de place aussi et beaucoup plus de place à leur ressenti aussi si un jour, il faut travailler
 326 telle chose, plus l'équilibre ou qu'un jour elle est douloureuse au niveau du bras, on va peut-être pas
 327 travailler le bras et c'est pas grave, on va laisser tomber, on va faire autre chose. Voilà, quand il y a
 328 plein de choses à travailler, des fois on peut moduler de cette manière-là et là on va laisser beaucoup
 329 plus d'espace à la personne. Et puis des fois les personnes vont tout simplement dire « Moi j'ai envie
 330 de. Si je suis capable de recuisiner, j'aimerais le faire et cetera, donc là on va le faire carrément. Des
 331 personnes qui peuvent dire aussi clairement « moi j'aimerais faire ça et ça » et dans ce cas-là on va y
 332 aller, y a pas de souci, si y a un intérêt médical autant y aller. C'est toujours ça, c'est que nous, on peut
 333 accepter que la personne elle demande ce qu'elle veut, qu'elle nous dit, ce qu'elle veut faire et s'il y a
 334 un intérêt médical et que c'est bien, on dit pourquoi pas. Moi je suis dans la position, donc il y a aucun
 335 problème. Donc selon les pathologies, selon les personnalités, elles vont avoir plus besoin d'être
 336 drivées ou non. Et il y a des personnes, non, c'est juste le côté traditionnel de : « Je suis en rééducation,
 337 c'est la personne qui sait et je me laisse partir. » Mais voilà, il faut juste s'adapter à ça. C'est à dire
 338 qu'on pourra pas forcer quelqu'un qui aime se laisser porter, à prendre ses initiatives elle-même sur ce
 339 qu'elle veut faire. Des fois, non, ça va plus même leur donner l'impression que peut-être, vous vous ne
 340 savez pas autant, casser une confiance aussi, d'une certaine manière. Donc il faut voir dans les 2 côtés.

341 00:37:10 Étudiante

342 Vous disiez qu'elles pouvaient vous faire des demandes et par exemple, elles peuvent décider de quoi?

343 00:37:14 E1

344 [pas de réponse]

345 00:37:27 Étudiante

346 Est-ce qu'il y a d'autres aspects qu'elles peuvent choisir autre qu'une activité en général ?

347 00:37:31 E1

348 Que sur la séance ?

349 00:37:33 Etudiante

350 Sur la séance et sur l'accompagnement.

351 00:37:36 E1

352 Sur l'accompagnement, déjà les horaires. C'est le premier gros débat généralement, surtout dans le
 353 contexte d'un centre de rééducation. Il y a souvent enseignement en activité physique adaptée,
 354 kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, des fois prothésiste. Enfin, en fait, il y a tellement
 355 de, orthophoniste, il y a tellement de personnes qui interviennent. Et quand vous êtes en rééducation et
 356 que vous avez 5 ou 6 intervenants, c'est pas toujours évident de gérer ses journées et aussi en fonction
 357 de son rythme personnel aussi, de ses douleurs, de ce qu'on a. Et pour moi, la première chose c'est déjà
 358 ça, c'est à dire que, la personne si elle me dit : « moi, cet horaire-là, c'est trop compliqué pour moi
 359 parce que ça me fait courir dans tous les sens. Est-ce que c'est possible d'avoir cet horaire-là? ».
 360 Clairement, si c'est des pathologies qui ont des gros enjeux et où l'organisation des séances va être
 361 hyper importante. Je sais pas par exemple pour la toilette, les personnes qui peuvent pas être en séance
 362 avant 09h30 ou 10 h sinon ça les presse énormément et ça les fatigue dès le début de la journée. Donc
 363 s'adapter déjà sur les horaires, c'est à dire que pour moi la personne peut très bien me dire : « Moi à
 364 cette heure-là c'est vrai que c'est trop compliqué pour moi » et dans ce cas-là moi je vais tout faire
 365 pour essayer de modifier sur mon emploi du temps et revoir un peu les priorités. Donc il y a déjà ces
 366 choses-là, après les rythmes aussi. Les patients, des fois à 14h00, c'est l'heure de la sieste, des
 367 personnes âgées, des grosses pathologies, vous pourrez rien leur faire faire à 14h00 et c'est comme ça
 368 et il faut l'accepter. Et dans ce cas-là, vous leur demandez à quelle heure ils se sentiront le plus prêts et
 369 vous essayez de modifier aussi en fonction. Donc il y a déjà pour moi ça, l'organisation des séances,
 370 l'organisation des intervenants, c'est à dire que peut-être s'ils ont kinésithérapeute, ergothérapeute, puis
 371 qu'après ils ont neuropsychologue, orthophoniste, que du moteur le matin, admettons, et que du
 372 cognitif l'après-midi. Peut-être qu'on va essayer aussi de jauger et de voir si dans ma possibilité si je
 373 peux pas mettre mon rendez-vous à l'après-midi. Pour qu'il y ai que, admettons, une séance moteur le
 374 matin et que ce soit un peu plus réparti dans la journée. Et de voir avec eux s'ils sont d'accord, des fois
 375 pas forcément. En tout cas, on peut répondre à cette demande-là déjà qu'ils peuvent nous faire sur
 376 l'organisation globale de l'accompagnement et après les demandes, ça va être leurs objectifs. Souvent,
 377 ça va revenir s'ils ont des demandes particulières, des choses où il faut réaxer. Et après, c'est une
 378 demande sur l'accompagnement. C'est compliqué au sens où souvent nous on se rend pas compte de
 379 toutes les difficultés qu'ils peuvent avoir. On prend souvent les grands basiques, la toilette, l'habillage,
 380 mais même dans l'habillage, en fait, il y a énormément de choses, il y a les boutons, il y a, je sais pas,
 381 la barrette, faire une tresse. En fait, il y a toujours des choses beaucoup plus compliquées qu'on prend
 382 pas toujours en compte. Il faut savoir aussi que on a nos contraintes en tant que professionnel, qu'on a
 383 pas le temps de toujours penser à tout et donc dans ce cas-là, de bien insister dès le début de la prise en
 384 charge, que en fait, il faut faire des demandes. Bah en fait c'est notre cœur de métier, à nous de

répondre à des demandes spécifiques et non pas généralistes, et qu'il faut qu'ils en fassent sur des points de vue, sur des petites choses fonctionnelles. Donc bien insister sur ça au début pour que justement eux ils fassent leurs demandes plus spécifiques auxquelles on pourrait ne pas penser. Et dans ce cas-là, on peut répondre à ces demandes-là parce que s'il y a un intérêt fonctionnel, bah c'est droit dans notre métier. Moi j'avais eu un monsieur qui avait des problèmes au niveau de la main, problèmes articulaires, qui arrivait plus à fermer sa main, et qui arrivait plus à tenir sa fourchette, qui arrivait plus à tenir son couteau, qui arrivait plus à bricoler, et cetera. Donc on a dû créer, je sais pas, cinq ou six aides-techniques ultra spécifiques qui étaient inutilisables pour d'autres patients. Et au final, ça venait de ses demandes à lui très spécifiques parce qu'on avait insisté sur ces demandes-là. Mais généralement, les demandes, ça va être autour de ça. Après, on peut y répondre et des fois, on peut pas répondre. Des fois, il y a des demandes qui ne sont pas réalistes ou qui ne sont pas ou qui ne sont pas dans le sens du patient. Et dans ce cas-là, il faut aussi montrer qu'on n'est pas toujours, toujours, toujours, toujours hyper flexible parce que c'est pas toujours trop bon.

00:42:03 Étudiante

Et donc dans la séance en particulier, plus vraiment plus particulièrement dans la séance, de quoi est-ce qu'il pourrait décider outre l'activité ?

[bug qui interrompt la conversation]

00:42:57 E1

Ah, c'est dur. Ah oui, je bloque là. C'est dur à dire parce que j'ai du mal à percevoir. Parce que ça peut être enfin un sujet de conversation, ce qu'il veut faire plus tard, sur ses objectifs. Enfin, mais ça revient à ce que je mentionnais tout à l'heure sur les demandes plus spécifiques où justement on va insister au début de la prise en charge et dans chaque séance sur « n'hésitez pas à faire vos demandes sur votre quotidien et sur les choses où on peut vous accompagner » parce qu'on ne pourra jamais être omniscient sur la situation d'un patient et qu'on ne pourra jamais vraiment savoir exactement tous les petits problèmes qu'il peut avoir dans son quotidien et que justement on a besoin de lui pour avoir ces infos-là. Mais outre ça, ouais, je ne vois pas comment compléter plus.

Et selon moi, il peut y avoir des demandes d'un point de vue relationnel, par exemple parler moins fort. Mais il peut y avoir plein de demandes en fait, auxquelles on s'attend pas forcément, où des fois des patients peuvent se sentir infantilisés, donc qui peuvent aussi demander à ce qu'on ait une posture différente, qu'on ait une approche différente. Par exemple si on est d'ordinaire très rapide, très haut par un moment, il y en a qui vont demander « du calme, ça me stresse » ou inversement. En fait, il peut y avoir plein de demandes autres, mais ça reste très spécifique. C'est dur de citer.

00:45:04 Étudiante

Selon vous, qu'est-ce qui aide ou qu'est-ce qui empêche les patients de participer aux décisions pendant les séances ?

420 00:45:16 Étudiante

421 Qui les aident : la posture qu'on va avoir. Si on est plus ou moins ouvert. Parce que si on se montre
 422 très fermé et qu'on met un cadre hyper enfin hyper carré et qu'au final on ne laisse pas d'espace, au
 423 final le patient il y va jamais. Ça va jamais l'aider à prendre des décisions sur sa propre prise en
 424 charge. Et si on si on montre que des fois on peut être plein d'émotions négatives qu'on peut peut-être
 425 des fois transmettre à un moment donné parce qu'on est fatigué, parce que c'est la dernière heure de la
 426 journée, et cetera. Au final, on peut se retrouver avec un patient qui se sent pas en confiance de dire les
 427 choses ou qui peuvent même être négatives. Donc déjà oui, la première chose pour l'aider à prendre
 428 une décision pour moi, c'est quand même de l'espace et de pas juger en fait ce qu'il ce qu'il veut faire,
 429 ce qu'il peut demander, tout et n'importe quoi, et il faut pas juger et il faut le faire. C'est horrible, mais
 430 par exemple, un patient cardio qui demande qui va à tout prix refumer et qui demande une aide
 431 technique pour ça. C'est dur parce que d'un point de vue médical, c'est une erreur mais en même
 432 temps, des fois peut-être qu'il aura besoin de ça et il faut pas juger pour autant. Il faut en discuter,
 433 peut-être prévenir, mais à un moment donné, si pour le patient c'est la chose la plus importante pour
 434 lui, il faudra peut-être quand même le faire. Donc il faut quand même voilà, rester assez flexible,
 435 laisser de l'espace au patient, et ça, dans tous les cas, ça va l'aider. Après la posture qu'on va avoir,
 436 important aussi de pas juger, de rester cordial, jovial. Et généralement, ça va aider. Et qu'ils
 437 comprennent bien le métier aussi, c'est ça, c'est souvent le problème. Soit c'est des patients qui ont fait
 438 déjà d'autres structures et donc dans ce cas-là, ou d'autres qui ont vu d'autres ergothérapeutes qui
 439 n'avaient pas forcément la même approche et qui étaient peut-être très analytiques et pas très
 440 fonctionnels. Et au final, ils vont voir qu'il y a des centres où l'ergothérapie c'est le membre supérieur
 441 et le kiné c'est le membre inférieur. Si la personne a déjà été ailleurs et qu'elle revient là pour un
 442 nouveau séjour, une nouvelle maladie ou peu importe, elle aura déjà une vision dans sa tête et peut-
 443 être pour vous elle va pas vous faire des demandes. Enfin, Ce que vous vous estimez de l'ergothérapie.
 444 Moi justement, faire du fonctionnel, faire des adaptations, s'il faut prendre 2 h pour faire une
 445 adaptation spécifique pour un truc, je le ferai. Mais peut être que la personne ça va pas lui venir en tête
 446 parce que lui, sa vision de l'ergothérapie, c'est pas du tout celle-là, ça va peut être juste des cubes,
 447 travailler toujours assis, jamais debout. Donc pour moi, je pense que ça reste important de bien
 448 présenter le métier, de bien expliquer les enjeux et d'expliquer à quoi vous servez aussi. Parce que
 449 finalement, l'enseignant en activité physique adaptée il est très fort aussi pour les mouvements, pour le
 450 sport adapté, les kinés, ils sont aussi très forts de ce point de vue-là. Donc nous, il faut bien montrer
 451 qu'on n'est pas là que pour les mouvements et que notre but c'est d'ajouter une plus-value au centre de
 452 rééducation et non pas que du mouvement. Donc je pense que ça tout ça aide s'il comprend bien ce que
 453 vous faites, s'il comprend bien ce que vous êtes en mesure de faire. Et ça passe par l'entretien du début,
 454 ça passe par tout ce qu'on a déjà dit et donc ça l'aidera.

455 Et ce qui l'empêchera : c'est l'inverse, si on est très fermé à toutes ces propositions, qu'on arrive avec
 456 une idée bien préconçue de ce qu'on va lui faire faire et qu'on ne va jamais modifier les choses. Qu'on
 457 va jamais lui demander aussi son avis parce qu'il peut très bien me dire à la fin de la séance : « là tout
 458 ce que j'ai fait, j'ai l'impression que ça m'a servi à rien » et il peut très bien le dire, ça peut être très
 459 vrai, même si vous, de votre point de vue, d'un point de vue médical, ça pourrait être super pertinent.
 460 peut-être que pour lui c'est pas du tout le cas et donc il faut aussi montrer un peu de flexibilité là-
 461 dessus. Enfin voilà, ça va être un peu toujours ça, pas être trop fermé, sinon ça peut empêcher cet
 462 aspect-là. Et après, sinon, ça c'est plus spécifique au patient, mais s'il y a des troubles cognitifs sévère
 463 ou autre, il comprendra pas forcément ce qu'il doit faire et là, c'est pas évident. Et il faut accepter de
 464 prendre une position, c'est vous qui savez, entre guillemets, parce que le patient il voudra pas. J'ai eu
 465 un patient récemment où c'était le cas, c'était un patient jeune, de la quarantaine, extrêmement lourd,
 466 aphasique, apraxique. Et il arrivait plus du tout à faire les mouvements sauf que lui, ça l'énervait
 467 énormément du coup, j'étais obligé de passer par des choses faciles. Sauf qu'attraper un cône, mettre le
 468 cône blanc sur le cône rouge ou mettre le cône bleu sur le cône vert. Enfin, voilà des choses très
 469 basiques ou empiler 2 codes et pas 3. Pour lui, dans sa tête, c'était comme s'il devenait un enfant,
 470 comme il revenait au départ et que c'était quelqu'un de bête. Et même comment je disais de le faire, il
 471 disait « mais vous êtes bête de me demander ça, c'est facile » Et en fait, il y arrivait pas mais si je
 472 mettais quelque chose de dur, alors là, c'était encore pire. Donc il fallait que j'accepte qu'il y arrive
 473 pas, il fallait que je prenne la décision pour lui, même si ça le frustre et que ça l'énerve, de lui donner
 474 des trucs simples parce qu'il pouvait passer que par là. Donc des fois il y a des problématiques où on
 475 est bloqué et on est obligé de prendre les décisions. C'est pour ça qu'il y a des tutelles, c'est pour ça
 476 qu'il y a des accompagnements là-dessus pour ces patients-là. Mais des fois vous êtes obligé de
 477 prendre les décisions et c'est comme ça, il faut l'accepter. Vous vous adaptez en fonction de ses
 478 réactions et essayez de faire au mieux, mais vous pouvez pas toujours. Vous pouvez pas toujours
 479 laisser de l'espace, des fois vous pouvez juste pas le faire parce que ce sera délétère pour le patient. Et
 480 peut-être dans ce cas-là, laisser plus de place aux proches, d'en discuter avec les proches pour aussi
 481 comprendre mieux ses réactions. D'une manière indirecte, vous lui laissez un petit peu d'espace, mais
 482 c'est très limité quand même.

483 00:51:18 Étudiante

484 Concernant la mise en place, vous de votre intervention, quelle place vous identifiez à la créativité?

485 00:51:28 E1

486 Ouais, c'est important. Moi, première chose, déjà, quand un patient vient et qu'il fait pendant une
 487 demi-heure un même mouvement, admettons, qu'il fait que ça et qu'il fait ça un jour, deux jours et
 488 demi. Et voilà, il y a des situations comme ça et où ils font la même chose, très répétitifs pendant 4, 5
 489 jours, voire 2 semaines quasiment à tourner autour de 2 exercices. Enfin voilà, moi je trouve que c'est
 490 problématique parce que ça peut aussi créer un des problèmes d'un point de vue médical, d'un point de

vue tendinite, d'un point de vue musculaire, d'un point de vue articulaire. Il peut y avoir des répercussions sur sa motivation aussi, s'il vient tout le temps faire la même chose, peut-être que ça va désengager aussi. Et en même temps, nous, notre but c'est de travailler du fonctionnel. Donc si on travaille qu'un seul mouvement ou que 2 mouvements, admettons tout le temps les mêmes à un moment, ça apporte pas au patient. Notre but c'est d'aller dans la fonction et c'est bête, mais même si d'un point de vue purement articulaire, quand on mobilise, on arrive à avoir toute la rotation externe ou toute l'antépulsion, peut-être que quand on est en situation fonctionnelle, c'est pas du tout le cas et quand on va demander un mouvement un petit peu plus spécifique à une activité, au final la rotation externe ne sera pas complète ou l'antépulsion ne sera pas complète. Donc pour moi, c'est quand même hyper important de faire preuve de créativité parce que des fois on est dans des centres où il y a pas beaucoup de matériel ou alors dans des pathologies qui limitent le matériel qu'on peut utiliser. Dans tous les cas, il faut varier les exercices parce que c'est comme ça qu'on aide le plus au patient d'un point de vue fonctionnel. Donc la créativité, pour moi, oui, c'est hyper important, à la fois pour répondre aux demandes des patients quand ils en ont besoin, pour que ce soit adapté d'un point de vue médical, éviter toutes les problématiques en lien avec la répétition et aller chercher tous les mouvements qui d'un point de vue analytique ne paraissent pas difficiles et qui au final peuvent devenir difficiles quand on le fait d'un point de vue fonctionnel. Donc pour moi, il faut varier au maximum si on veut être en mesure d'évaluer ce que le patient sera en mesure de faire ou pas.

00:53:29 Étudiante

Et pour vous, plus enfin plus par rapport à l'ergothérapie en général, qu'est-ce que ça signifie être créatif ?

00:53:38 E1

Être créatif, pour moi, c'est de la résolution de problèmes aussi. C'est qu'il y a un problème à la base, ou pas, et il faut aller le chercher. C'est la créativité qui va permettre de le rechercher. En fait, pour moi, c'est hyper important que ce soit d'un point de vue dans l'évaluation ou dans la rééducation. C'est ce qui nous distingue aussi des autres métiers dans un centre de rééducation, que notre but, c'est d'aller chercher tous ces mouvements que d'autres professionnels ne feront pas, ou qu'eux ne travailleront pas forcément spécifiquement, mais que les patients ont besoin dans leur quotidien. Et notre but, c'est ça. Donc ouais, pour moi, la créativité, enfin, c'est la base de tout. On en aura besoin pour évaluer, on en aura besoin pour la rééducation et pour l'adhésion du patient aussi, pour le relationnel. Enfin, quelqu'un qui fait toujours des choses différentes, qui cherche toujours à comprendre les mouvements qui peuvent être compliqués pour le patient, ça peut aussi le mettre en confiance. Et puis des fois, on est aussi dans un domaine où bah il y a pas tout qui est prouvé dans des pathologie complexe, il y a des réactions qui vont être très particulières en fonction de l'un à l'autre sur certains outils qu'on peut utiliser. Des fois être créatif, utiliser des outils qu'on utilise pour une pratique spécifique avec les brûlés ou autre, et de les réappliquer en neuro d'une manière un peu différente avec une approche

toujours un petit peu médicale, ça peut apporter aussi au patient. La créativité, ça peut être important pour tout ce qui est manuel, quand on doit créer des aides techniques, quand on peut se retrouver à faire des choses complètement lunaires. On peut se retrouver à faire des fourchettes, par exemple une collègue qui avait fait une fourchette qui faisait au moins 40 cm de long parce qu'il y avait plus d'extension de coude et qu'on était obligé. Enfin, des fois, il faut aussi faire preuve de créativité, se dire « j'ai un problème, j'arrive pas à faire ça, qu'est-ce qui pourrait résoudre ce problème-là et aller rechercher ? » Et ça pour moi, c'est hyper important parce que toutes les pathologies il y a des aides techniques, mais tout n'existe pas pour toutes les situations des patients. La créativité, pour moi, ça fait partie au maximum de notre champ de compétences et de ce qu'on doit appliquer dans ses séances. Et après, pour faire des activités, pour tout, pour toutes les manières, un peu parallèle d'arriver à ce qu'on veut sans trop le dire au patient quand il est un petit peu rebuté, c'est la base du métier.

00:56:00 Étudiante

Est-ce que vous pouvez me parler d'un moment où vous avez identifié un lien entre votre créativité, vraiment des choses que vous avez fait, vous qui étiez créatif, et le fait que vous avez cocréé la séance ensemble avec un patient ?

00:56:39 E1

Ouais, il y en a plusieurs. Il y en avait une qui était assez marquante, c'est justement sur le patient ou sur ce patient-là qui avait fait qui avait besoin de plein d'aides techniques hyper spécifiques. C'était un séjour assez court et le patient était artisan. On a créé ensemble les aides techniques parce que lui, il avait aussi un avis qui était hyper important pour moi et on a créé ensemble. Donc moi, j'avais l'aspect manuel, je pouvais le faire en direct, ce que lui ne pouvait pas faire. Par contre, lui, il pouvait me donner plein d'informations sur là où je devais mettre les résistances, consolider, et cetera. Et donc là, on a cocréé la séance parce qu'on a fait preuve de créativité pour faire cette technique-là qui n'existait pas et qui était spécifique à lui. Sans lui j'aurais pas pu les faire de cette manière-là et je n'aurais peut-être pas réussi. Donc là on a pour le coup on avait cocréé complètement. Après les créations enfin pour les raquettes de ping-pong aussi où ça s'était passé avec les patients, ils proposaient leur technique, et cetera. Donc pareil, on avait co créé à ce niveau-là et dans les séances, ça pouvait arriver qu'un patient disait « Moi j'aimerais bien faire ça » je prends l'exemple du golf, et qu'au final il m'aide à mettre en place le truc et qu'au final on se retrouve à faire ça à 2 où c'était assez fun. Dans tous les cas, la cocréation, je trouve que ça part quand vous faites des trucs un petit peu différents de ce que vous faites d'habitude. Ça part souvent d'une demande du patient et dans ce cas-là, vous avez souvent quand même une cocréation.

00:58:34 Étudiante

Ok, super. Merci, beaucoup. Est-ce qu'il y a d'autres informations que vous aimeriez apporter ou est-ce que vous aimeriez approfondir, un point particulier ?

562 00:58:43 E1

563 Non, je ne crois pas, je crois que c'est bon. Il y avait juste eu un truc sur la création où à un moment
 564 donné, je ne sais plus ce que c'était la question, mais où vous parliez de faire, de détourner l'utilisation
 565 d'objets. Oui, ça, je voulais le mentionner. Moi, j'avais été dans un stage où on nous avait forcé à
 566 apprendre à se donner des défis sur l'utilisation d'objets, de dire par exemple, vous avez ce truc-là,
 567 vous devez l'utiliser pour travailler ça. On m'avait donné 3 objets : un élastique, un gel
 568 hydroalcoolique avec une espèce de tube, et on m'avait donné un autre objet bidon. Je devais faire une
 569 séance complète pour un patient neuro avec ça. Et c'est vrai qu'on se rend compte qu'on peut quand
 570 même créer tout et n'importe quoi et faire des choses qui peuvent quand même être adaptées
 571 médicalement et aux séances des patients en fonction du matériel que vous avez. Avec un peu de
 572 créativité, si vous vous forcez à utiliser certains objets, vous pouvez quand même faire des belles
 573 séances, des séances pertinentes pour des patients. Donc à partir de là, on peut se dire que tout est
 574 possible au niveau des séances et qu'on peut répondre quand même à la plupart des demandes des
 575 patients. Mais il y avait de ce côté-là, ouais, dériver de l'utilisation d'objets.

576 01:00:09 Étudiante

577 Ok, super, merci beaucoup.

Entretien E2 :

1 00:05:07 Étudiante

2 Merci d'être présente et de prendre du temps pour faire cet entretien qui s'intéresse à la créativité de
3 l'ergothérapeute et aux formes d'engagement du patient. Ça va durer à peu près 45 min et il y a 12
4 questions au maximum. Il sera enregistré conformément à votre consentement si c'est toujours OK
5 pour vous. Toutes les réponses, elles vont être strictement confidentielles, anonymes. Vous êtes libre
6 de ne pas répondre à des questions, d'interrompre l'entretien et vous avez un droit d'accès aux infos,
7 suppression des données et dans tous les cas, elles seront supprimées d'ici 5 ans.

8 00:05:57 E2

9 Ok,

10 00:05:58 Étudiante

11 Est-ce que avant de commencer, vous auriez des questions par rapport à l'entretien ?

12 00:06:01 E2

13 Non, c'est bon.

14 00:06:05 Étudiante

15 Alors, est-ce que pour commencer, est ce que vous pourriez vous présenter ? Quel est votre âge,
16 nationalité, année d'expérience, là où vous exercez ?

17 00:06:13 E2

18 Ok, donc je m'appelle E2, j'ai 33 ans, je suis diplômée depuis juillet 2015 de l'institut de formation de
19 Ville 1 et actuellement je travaille à SMR 1. Donc là actuellement je suis en rééducation auprès de
20 personnes adultes dans les domaines de la neurologie, de l'orthopédie, traumatologie, grands brûlés et
21 amputés. Et avant, j'ai travaillé 10 ans à SMR 2 auprès essentiellement d'adultes, mais un peu aussi en
22 pédiatrie, plus ponctuellement, toujours en neurologie mais avec une dominante de maladies
23 neurodégénératives et de handicap beaucoup plus lourds, avec des pathologies beaucoup plus lourdes
24 et spécificités du polyhandicap aussi.

25 00:07:13 Étudiante

26 D'accord, première question, est-ce que vous pourriez citer quelques compétences de l'ergothérapeute
27 que vous estimez indispensables dans un accompagnement en ergothérapie ?

28 00:07:28 E2

29 Ok bon alors en premier je vais parler des compétences qui intéressent la relation, donc tout ce qui est
30 écoute active, empathie essentiellement. Et après, je pense qu'on a un métier où on a besoin d'être
31 assez organisé, de C. Alors bon du coup je rentre dans le vif du sujet mais c'est vrai que je pense que
32 d'être créatif aussi, parce qu'on va nous demander potentiellement d'inventer des choses, enfin je pense
33 à certaines aides techniques par exemple. Oui voilà c'est déjà pas mal.

34 00:08:14 Étudiante

35 Et est-ce que vous auriez d'autres compétences qui seraient différentes par exemple en séance en
36 particulier ?

37 00:08:23 E2

38 Donc des compétences qu'on spécifiquement en séance qu'on utiliserait spécifiquement en séance. Je
39 dirais que l'adaptation c'est quand même quelque chose d'important parce qu'on est amené à
40 programmer quelque chose pour notre séance et selon l'état du patient, à faire pouvoir faire évoluer
41 notre séance. Je pense que tout ce qui est relationnel, écoute et cetera, ça rentre en jeu dans la séance.
42 Et après tout ce qui est inventivité, réflexion sur le choix de nos exercices, tout ce qui est essayer de
43 motiver le patient, enfin de le faire un petit peu s'engager dans ce qu'on pouvait lui proposer. Donc
44 tout ce qui va chercher à son adhésion, enfin sa participation, sa motivation.

45 00:09:15 Étudiante

46 Quand vous faites une séance pour chercher son adhésion et sa participation, comment vous choisissez
47 l'activité ?

48 00:09:24 E2

49 On essaie de choisir des choses, enfin plutôt des activités où on va dire des médiateurs qui ont du sens
50 pour la personne. Donc soit on part par exemple sur des activités de la vie quotidienne sur lesquelles
51 pour eux c'est important de travailler. Si quelqu'un va dire : « moi j'arrive pas à m'habiller le haut du
52 corps et c'est vraiment un problème pour moi. » On va essayer de travailler sur ça. Donc soit ça peut,
53 être des activités où eux ont pu nous dire qu'ils avaient une problématique envers celle-ci, soit c'est le
54 professionnel qui a repéré qu'il y a quelque chose qu'on pourrait travailler. Bon, il faut évidemment
55 que la personne soit d'accord avec ça, sinon on arrivera à rien. Mais du coup, on peut proposer de
56 travailler ce genre de choses si c'est sur des activités plutôt abstraites. Enfin, on va dire de la
57 rééducation un peu plus classique, un peu analytique. Je pense que c'est important d'expliquer à la
58 personne pourquoi on fait ça, pourquoi on a choisi cet exercice-là ou cet outil-là, pour qu'ils puissent
59 comprendre ce qu'on propose et pouvoir adhérer à la séance.

60 00:10:34 Étudiante

61 Et justement, quand vous avez des séances comme ça où la personne, par exemple, n'adhère pas
62 forcément, comment est-ce que vous allez adapter la séance ?

63 00:10:49 E2

64 Je peux proposer complètement autre chose.

65 00:10:51 E2

66 [bug de vidéo et son]

67 00:10:59 E2

68 Si la personne, elle adhère pas ou en tout cas, qu'on voit qu'elle est pas motivée ou qu'elle fait
69 l'exercice un peu à reculons, déjà, je vais questionner qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qui ne convient
70 pas ? Est-ce que c'est l'exercice ? Est-ce que c'est une douleur ? Est-ce que c'est un état clinique ? Est-
71 ce que c'est une fatigue ? Enfin voilà, essayer de comprendre ce qui va pas. Et en fonction, soit on
72 adapte la séance, soit on change d'exercice, ça dépend un petit peu de pourquoi ça ne va pas. Si c'est
73 vraiment l'activité, l'exercice, dans ces cas-là, on change et on propose autre chose ou on réexplique
74 pourquoi on avait choisi ça. Et puis si jamais c'est autre chose lié à plutôt l'état du patient, là ça
75 dépend, on peut discuter, on peut voir, même arrêter la séance si jamais ça arrive.

76 00:11:52 Étudiante

77 Et par exemple, quand vous dites changer l'exercice ou même vraiment juste réexpliquer, comment
78 est-ce que vous adaptez par exemple les difficultés dans les exercices ?

79 00:12:08 E2

80 Ça dépend ce qu'on cherche à travailler. Je pense que ça dépend si c'est par exemple plutôt quelque
81 chose d'analytique, purement moteur, articulaire ou quelque chose de cognitif ou plutôt une activité de
82 la vie quotidienne. On se rend compte si c'est trop facile ou que la personne arrive à le faire trop
83 facilement. Là, dans ces cas-là, on va essayer de rendre l'exercice plus difficile, donc soit avec des
84 contraintes. Par exemple, c'est une pathologie d'épaule, des contraintes de hauteur, des contraintes de
85 poids. Si on travaille l'équilibre, on va essayer de soit de rapprocher les appuis, soit d'aller chercher des
86 objets plus loin. Si on est, je ne sais pas, sur des déplacements en chambre, on va essayer d'aller plus
87 loin en termes de périmètre que ce qu'on allait avant. Je pense que ça dépend vraiment de ce qu'on est
88 en train de travailler. Donc c'est sûr que ça fait appel à des compétences d'observation. Il faut se rendre
89 compte que c'est trop facile pour le coup et aller chercher un petit peu de difficulté pour essayer de
90 faire progresser la personne.

91 00:13:08 Étudiante

92 Et est-ce que ça vous arrive des fois de détourner une utilité première d'un objet, d'un objet ou d'un
93 outil, d'un matériel pour en faire autre chose ?

94 00:13:18 E2

95 Je pense qu'on le fait, enfin je dirais quasiment 80% du temps. Il y a des outils qui sont dédiés à la
96 rééducation, ça on le sait, mais après ça dépend un petit peu les moyens de l'institution et de l'endroit
97 dans lequel on travaille. Mais évidemment qu'on détourne beaucoup de choses de leurs utilités
98 premières. Je pense notamment aux jeux par exemple qu'on utilise beaucoup et qui à la base sont
99 purement ludiques pour des enfants ou des adultes. Que nous on va utiliser pour pouvoir faire
100 travailler certaines fonctions cognitives par exemple. Et même dans nos exercices moteurs par

exemple ou de préhension, c'est des choses qui à la base ne sont pas faites pour de l'entraînement moteur ou de l'entraînement de la dextérité. C'est plutôt des jeux en général.

00:14:03 Étudiante

Et dans ces cas-là, où vous devez détourner une utilité première, qu'est-ce qui vous aide à trouver des solutions dans ce cas-là ?

00:14:14 E2

Alors, je pense qu'il y a 2 choses. Enfin, je pense qu'il y a 2 volets. Je pense qu'il y a des choses qu'on a pu apprendre ou voir dans notre formation initiale, dans nos stages, ou après quand on travaille auprès de collègues qu'on peut observer. Donc je pense qu'on est d'une part influencé un petit peu par ça. Et après, évidemment, ça fait un petit peu appel à nos capacités de réflexion, de compréhension de des objets qu'on va détourner et d'adaptabilité pour pouvoir se dire « avec tel objet ou telle activité qui n'est pas faite pour ça, je vais pouvoir ». Enfin moi, je vois le potentiel pour travailler telle fonction chez notre patient.

00:15:05 Étudiante

Et quand vous parlez d'adaptabilité, tout à l'heure aussi, vous m'avez parlé de l'entrée en relation dans les compétences de l'ergothérapeute. Quand vous rencontrez un patient, comment est-ce que vous allez adapter la relation thérapeutique ?

00:15:23 E2

Je dirais que ça, que c'est quelque chose qu'on, je ne sais pas si on l'apprend, enfin je pense qu'on est plus à l'aise avec l'expérience, mais je pense que c'est quelque chose qu'on ressent. Sur notre premier entretien, déjà, je pense que ça dépend. Alors, je suis peut-être un peu biaisée, mais un petit peu de l'état cognitif de notre patient. Donc, s'il est très cognitif, on va pouvoir discuter un peu comme on discuterait habituellement. Après, quand on a quelqu'un qui est atteint de déficience, ou enfin moi je pense aux enfants, enfin que j'ai pu côtoyer aussi. C'est sûr qu'avec des enfants on va pas s'exprimer de la même manière qu'avec des adultes. Après je pense que la relation change au fur et à mesure de la relation, enfin du temps de relation thérapeutique et des séances. C'est vrai que je pense que pour qu'il y ait vraiment une alliance entre le patient et nous, on a besoin d'avoir une relation qui soit de bonne qualité et qui évolue au fur et à mesure de notre accompagnement. Donc c'est vrai que moi j'ai tendance, par exemple, si les personnes sont d'accord, à par exemple les appeler par leur prénom. Je trouve que ça met un petit peu de proximité puisque d'ailleurs ils nous appellent par le nôtre en règle générale. Ça amène un peu de proximité sans pour autant tutoyer. Enfin, c'est vrai que j'ai tendance à pas mal à garder le vouvoiement. Et puis après, je pense que dans la discussion, on va peut-être livrer un petit peu des éléments de nous puisque finalement on leur demande beaucoup de choses sur leur vie personnelle, comment ils vivent, ce qu'ils aiment, et cetera. Donc je trouve que quand ils nous posent

135 des questions en retour, ça me dérange pas de donner un petit peu aussi de moi et ça permet d'avoir
136 une meilleure adhésion, je pense, ou une relation plus qualitative, on va dire.

137 00:17:14 Étudiante

138 Et par exemple, quand la relation, elle est difficile à établir, qu'est-ce qui vous aide dans ces cas-là ?

139 00:17:23 E2

140 Je pense que je vais après, il faut comprendre pourquoi c'est difficile. Je pense que je vais essayer
141 d'entrer, enfin de proposer des choses. On parlait des choses qui ont du sens ou qui tiennent à cœur à
142 ces personnes-là. Donc je pense que je vais essayer de leur proposer des choses qui leur plaisent ou
143 auxquelles ils sont attachés pour pouvoir travailler, même si ce serait pas, ce que je proposerais en
144 premier habituellement, mais ça peut être un moyen. Ensuite, je dirais que je peux, inclure un petit peu
145 la famille ou l'entourage quand il y en a, les proches. Si j'ai du mal à rentrer en contact, à établir une
146 relation, je peux essayer de proposer aux proches de d'accompagner en séance par exemple, ce genre
147 de choses. Après, j'aime bien aussi faire des séances en commun, avec d'autres professionnels. Alors
148 ça c'est pareil, ça dépend un petit peu de l'institution où on travaille, je peux moins le faire maintenant,
149 mais avant j'étais très proche des autres rééducateurs. Donc c'est des choses qu'on faisait souvent ou
150 même après, moi j'aimais bien aller sur les moments de toilettes d'habillage, d'activités du matin, donc
151 par exemple avec les aides-soignants aussi, ça permettait d'entrer en relation un petit peu
152 différemment. Mais, on essaie de s'adapter quand c'est plus difficile, mais ça n'arrive pas souvent
153 quand même en règle générale.

154 00:19:00 Étudiante

155 Vous me disiez que vous proposez des choses qui peuvent plaire lorsqu'avec la personne, c'est difficile
156 d'entrer en relation. Est-ce que ça vous est déjà arrivé, par exemple, un moment où l'engagement du
157 patient d'un coup, il a vraiment augmenté pendant la séance quand vous avez proposé quelque chose ?

158 00:19:17 E2

159 Oui, oui, oui, bien sûr, même sur l'engagement dans l'activité ou dans la relation. Ça m'est déjà arrivé
160 sur des premières séances, avant là où je travaillais, avec des gens qui avaient par exemple des
161 maladies neurodégénératives, donc plus peut-être avec plus de facteurs dépressifs, de passer une
162 séance à aller me promener dans le parc, à regarder la mer au soleil. Enfin, des choses qui ne sont pas
163 purement. Où on se dit « il y aurait plein de choses à faire autres, peut-être plus importante » mais à ce
164 moment-là, c'est ce qu'il faut faire pour pouvoir travailler ensuite. Donc oui, ça arrive ou quand on
165 propose quelque chose que la personne aime beaucoup faire, par exemple la cuisine ou par exemple, je
166 ne sais pas, coudre, ce genre de choses, ça peut aider à la faire travailler après ou à la faire adhérer aux
167 séances. Et quand les gens réussissent, si on propose quelque chose et qu'ils pensaient pas réussir à
168 faire telle activité, à s'habiller, à se laver ou à aller aux toilettes seul par exemple, et qu'ils arrivent à le

169 faire au moment où on le propose, ça permet de renforcer la relation et puis l'adhésion, la motivation,
170 aux séances.

171 00:20:38 Étudiante

172 Et généralement, comment les patients réagissent aux adaptations que vous faites en séance ?

173 00:20:49 E2

174 Souvent, ils se rendent compte quand on va proposer quelque chose de plus difficile. Si je parle de
175 rééducation un peu fonctionnelle, un peu analytique, ils se rendent compte que ça va être plus difficile.
176 Alors il y en a que ça stimule, qui peuvent être plus motivés encore et il y en a que ça va un peu
177 effrayer, ou même qui vont remettre un petit peu en question ce qu'on va proposer, qui vont dire « non,
178 c'est trop difficile, je ne vais pas y arriver ». Donc là, je pense que c'est important d'expliquer et de
179 redire que si c'est trop facile, ça sert pas à grand-chose et qu'on est là pour essayer de progresser, donc
180 que c'est normal. Souvent quand je mets quelque chose de plus compliqué, j'ai maintenant tendance à
181 leur dire, mais ça c'est peut-être un petit peu avec l'expérience professionnelle aussi, à leur dire : « là
182 on va faire, ça va être plus difficile et peut-être qu'on arrivera pas à la fin de l'exercice et c'est pas
183 grave ». L'essentiel c'est de vraiment pouvoir faire quelques répétitions, ça dépend ce qu'on propose.
184 Mais c'est vrai que j'ai tendance à beaucoup expliquer ce qu'on va faire, même souvent avant de leur
185 même de mettre en place l'exercice.

186 00:21:58 Étudiante

187 Et quels effets ces réactions vous dirais qu'elles ont sur l'accompagnement en général ?

188 00:22:05 E2

189 Je pense que ça demande beaucoup de. Je parlais d'adaptabilité, mais de remise en question un petit
190 peu de notre pratique, de notre posture, de notre positionnement à ce moment-là. Ça demande
191 d'écouter, d'être très présent et assez engagé dans la relation pour pouvoir réexpliquer les choses et
192 s'adapter.

193 00:22:32 Étudiante

194 Quelle place vous dirais que vous donnez aux patients dans l'élaboration des séances ?

195 00:22:40 E2

196 On essaye toujours de leur donner la place centrale. On essaye toujours de, enfin moi, une des
197 premières questions de mon entretien initial, c'est vous, quelles sont vos attentes ? Qu'est-ce que vous
198 attendez de votre séjour ici ? Quels sont vos objectifs ? Qu'est-ce que qu'est-ce qui compte pour vous ?
199 Sur quoi vous voulez travailler ? Donc j'essaie toujours de partir de là pour construire mes premières
200 séances et mon accompagnement. Après, c'est vrai qu'il y a toujours des moments où c'est compliqué
201 des fois, où par exemple, les personnes peuvent avoir des attentes qui sont irréalisables ou en tout cas

202 irréalisables en début d'accompagnement. Donc ça nous demande quand même de nous adapter et de
 203 pouvoir proposer des choses qui sont en rapport avec la réalité pour pas non plus les mettre face à
 204 l'échec. Mais oui, on essaie quand même de démarrer l'accompagnement par rapport à leurs attentes et
 205 leurs objectifs. Donc de leur donner quand même une place centrale. C'est eux qui doivent nous guider
 206 un petit peu dans l'accompagnement, s'ils sont capables de le faire parce que des fois c'est vrai qu'on a
 207 des attentes cognitives et ça peut des fois être difficile en début d'accompagnement de recueillir un
 208 petit peu leurs attentes, leurs objectifs.

209 00:24:02 Étudiante

210 Et de quoi est-ce qu'ils peuvent décider outre donner leurs attentes ?

211 00:24:14 E2

212 Oui, je pense que ça c'est pareil, ça nous demande à nous de nous adapter, mais par exemple, sur le
 213 moment de la séance, est-ce que c'est le matin, est-ce que c'est l'après-midi. Par exemple, nous, on va
 214 proposer quelque chose, mais si ils nous disent « nous, le matin, c'est trop tôt, l'après-midi, j'en peux
 215 plus » on va essayer de nous adapter. Donc ça, je pense que c'est une des choses qu'ils peuvent décider.
 216 Sur ce qu'on propose en séance aussi, ça peut. Enfin, je veux dire, il y a des moments où s'ils sont pas
 217 en forme ou fatigués, que l'exercice qu'on propose, ça leur convient pas, ils peuvent très bien le dire et
 218 puis nous, on s'adapte et on met en place autre chose. Oui, c'est déjà bien.

219 00:25:00 Étudiante

220 Est-ce que des fois ils peuvent vraiment choisir l'activité que vous proposez ? Par exemple, vous
 221 parliez tout à l'heure de la promenade. Est-ce que ça arrive des fois que les patients disent aujourd'hui,
 222 est-ce que ce serait possible de faire ça ?

223 00:25:19 E2

224 Oui, ça arrive. Ça arrive surtout plus pour les personnes pour qui ont pas mal d'objectifs un peu
 225 différents. Par exemple, on a des objectifs d'équilibre et de marche, des objectifs de travail de membre
 226 supérieur, des objectifs de travail d'activité de la vie quotidienne. Et ça arrive qu'ils nous disent : «
 227 aujourd'hui, je ne suis pas en forme, je préférerais qu'on travaille sur table ou aujourd'hui, j'aimerais
 228 bien qu'on essaie les transferts, j'en sais rien, lit, WC, en chambre, parce que j'ai été embêtée cette nuit
 229 et que j'ai envie de le faire ». Oui, oui, bien sûr.

230 00:25:52 Étudiante

231 Est-ce que du coup vos patients ont tendance à vous faire des demandes ou pas vraiment ?

232 00:25:59 E2

233 Si oui ça arrive. Des demandes oui de type de séance oui, oui ça arrive, ça arrive.

234 00:26:08 Étudiante

235 Et concernant la mise en place de votre intervention, quelle place vous identifiez à la créativité ?

236 00:26:18 E2

237 Je pense que c'est très important et je pense que c'est quelque chose qu'on sous-estime un petit peu ou
 238 en tout cas dont on parle pas beaucoup. Alors ça a peut-être changé, mais en formation initiale, enfin
 239 moi, c'est quelque chose dont j'avais pas entendu parler du tout. Je pense que dans les premières fins
 240 d'années de la pratique professionnelle non plus, et au fur et à mesure. Finalement, je pense qu'on se
 241 rend pas compte de l'importance de ça parce qu'on est dans un métier quand même, qui demande, on
 242 l'a dit, mais pour moi la créativité, l'adaptabilité, ça rentre un petit peu dans la même chose. Je pense
 243 que c'est des choses qu'on sous-estime un peu. Et c'est difficile de se rendre compte de cette place-là.
 244 Je ne saurais pas la quantifier par exemple. Mais je pense qu'on s'en rend compte avec l'expérience. De
 245 se dire : « j'ai pu réinventer ça, j'ai pu fabriquer ça, j'ai pu proposer ça » alors que j'aurais pas pensé
 246 pouvoir le faire, alors que c'est pas du tout ce que je pensais faire avec telle personne. Donc c'est sans
 247 doute des choses sur lesquelles on n'est pas assez sensibilisé peut-être dans notre formation, et je pense
 248 que c'est des choses qui peuvent se développer, même soi c'est des choses qui peuvent être inhérentes
 249 chez des personnes. À la base moi j'estime pas être très créative de base ou je pense pas que ce soit une
 250 compétence innée chez moi et pourtant c'est quelque chose que j'ai dû développer, notamment dans ma
 251 première expérience professionnelle où j'avais besoin beaucoup d'inventer de parce que j'avais des
 252 personnes où les solutions du commerce, les solutions existantes ne fonctionnaient pas. Je pense que
 253 selon la population de personnes aussi avec qui on travaille, on va plus ou moins la développer.

254 00:28:21 Étudiante

255 Et quand vous parlez de solutions existantes qui n'existent pas dans le commerce, vous parlez plus en
 256 termes de matériel ?

257 00:28:28 E2

258 Oui en l'occurrence je parlais de matériel, d'aide technique, d'aide au positionnement, ce genre de
 259 choses ou même de type d'exercice qu'on va proposer, ça peut aussi être ça, d'activité, même de
 260 rééducation.

261 00:28:50 Étudiante

262 Est-ce que du coup si je vous demande ce que ça signifie être créatif en ergothérapie, vous auriez
 263 quand même une forme de réponse ?

264 00:28:58 E2

265 Je pense que ça peut être difficile de quantifier. Par exemple, si je devais dire quelle part dans mon
 266 travail j'estime en pourcentage, ça j'aurais du mal à le dire. Et parce que je pense que ça dépend de
 267 plein de choses. Mais je dirais qu'être créatif, c'est pouvoir proposer des proposer des solutions,

268 proposer des activités qui détournent des activités existantes ou proposer des choses qui n'existent pas
 269 pour pouvoir mieux répondre aux besoins des personnes, mieux répondre aux attentes qu'ils peuvent
 270 avoir en rééducation. Je pense que c'est ça, moi je dirais que c'est ça.

271 [bug son]

272 00:30:01 Étudiante

273 Est-ce que vous pourriez me parler d'un moment si vous en avez identifié un, où il y a eu un lien entre
 274 vous, votre créativité dans ce que vous proposez et le fait de collaborer avec le patient, de cocréer avec
 275 le patient ?

276 00:30:22 E2

277 Bon, il y en a eu plein. Par exemple, si je parle de quelque chose très concret, j'avais un jeune homme
 278 qui était tétraplégique, qui pouvait plus tenir son téléphone portable, qui avait grand besoin de pouvoir
 279 accéder aux réseaux sociaux, enfin à sa vie sur le téléphone. On avait réfléchi ensemble à un support,
 280 en l'occurrence en thermoplastique pour qu'il puisse avoir son téléphone posé sur sa cuisse. Donc c'est
 281 vrai que moi j'avais vu des choses avant, je lui en ai parlé. On a il a réfléchi, et il m'a dit « moi j'aurais
 282 fait plutôt comme ça » et après on a fait des essais et on a essayé de construire des choses ensemble.

283 En moins glamour à raconter, j'ai un monsieur qui avait une SLA, avec forme tombante au niveau des
 284 bras, donc plus du tout de motricité proximale. Et lui, sa problématique, c'est qu'il arrivait pas à
 285 s'essuyer quand il allait aux toilettes. C'était un gros problème parce qu'il ne voulait pas solliciter sa
 286 femme, donc il m'a dit : « il faudrait réfléchir à une éponge au bout d'une brosse à long manche ». On
 287 avait réfléchi ensemble et on avait construit ensemble son aide technique. Donc oui, oui, c'est arrivé
 288 pas mal de fois.

289 00:31:40 Étudiante

290 Et, c'était plus par rapport à des aides techniques ? Est-ce qu'en séance, ça vous est arrivé de construire
 291 la séance avec un patient ?

292 00:31:46 E2

293 En termes de choix, d'activité, oui ça arrive. Si je prends par exemple sur des activités de la vie
 294 quotidienne, notamment la cuisine, je pense que c'est quelque chose qui arrive souvent puisque c'est
 295 souvent eux qui vont proposer des choses ou des adaptations. J'allais repartir sur des aides techniques,
 296 mais sur les activités cuisine et puis même sur les exercices. Des fois ils ont des idées qu'on n'a pas, ils
 297 vont nous dire « tiens, et si on positionnait ça de telle manière, peut-être que ça me ferait travailler
 298 dans ce plan-là ». Et auquel cas on modifie. Oui, oui, ça arrive, ça arrive régulièrement quand même.
 299 En règle générale, les gens ont des bonnes idées, les gens ou leurs proches. Je trouve que leur courage
 300 aussi, ils sont aux forces de proposition et des fois ils inventent. J'avais une patiente, ils avaient
 301 fabriqué un joystick, un petit peu comme un une barre en U qu'on voit pour les tétraplégiques et c'était

une patiente SLA. Ils avaient fabriqué avec des pinces à linge entourées de sparadraps qu'ils avaient mis sur le joystick, l'idée était bonne, c'était fonctionnel. Arrivés avec ça, nous on a retravaillé dessus pour faire un truc un petit peu plus conventionnel, on va dire. Mais les proches aussi sont force de proposition.

00:33:06 Étudiante

Est-ce qu'il y a un moment où votre créativité, elle a influencé cette prise de décision commune ?

00:33:17 E2

Je ne sais pas parce que je pense que je ne suis pas très, encore une fois, je pense que je ne suis pas très créative. Donc des fois j'ai des idées qui sont bonnes ou mauvaises puisque des fois on pense que ça va fonctionner et puis finalement ça ne marche pas. Je n'ai pas d'exemples qui me viennent en tête, de me dire qu'à un moment donné ça a influencé une décision. Alors oui, je reviens sur des aides techniques, mais des choses qu'on a pu fabriquer par exemple avec des personnes et qui ont fonctionné, ça m'est arrivé de les reproposer. Je pense à mon jeune tétraplégique, à des patients que j'ai eus après avec les mêmes problématiques où on a pu faire la même chose que ce qu'on avait fait. Donc oui, là je vais dire que je sais pas si ça influe la décision, mais en tout cas je vais proposer quelque chose que j'ai déjà fait ou que j'ai déjà pu tester.

00:34:09 Étudiante

Tout à l'heure, vous parliez des exercices fonctionnels ou analytiques. Par rapport à la place de la créativité dans les exercices fonctionnels ou analytiques, est-ce que vous voyez une différence de créativité entre fonctionnel et analytique de votre côté ?

00:34:38 E2

Je pense que quand on travaille sur des activités fonctionnelles de la vie quotidienne, par exemple, je pense que la créativité, elle va influencer surtout. La création d'aides techniques, je pense qu'on est plus dans ce domaine-là parce qu'à un moment donné, si on doit travailler l'habillage, il faut s'habiller. Donc là, je vais plutôt faire appel à mes compétences créatives en me disant là ça fonctionne pas, avec ce qui existe, ça fonctionne pas. Donc qu'est-ce que je vais pouvoir faire pour que ça puisse fonctionner ? Alors que dans les séances, je pense qu'on réfléchit plutôt à au détournement de l'utilisation initiale des objets. Et là, on va devoir être plus créatif pour arriver à nos fins et à ce qu'on veut travailler, alors que à la base, cet objet-là n'est pas fait pour ça.

00:35:30 Étudiante

Merci vraiment, on est arrivé au bout des questions. Est-ce que vous voudriez apporter d'autres informations ou approfondir un point ?

Entretien E3 :

1 00:10:06 Étudiante

2 Bonjour,

3 [discussion d'ordre technique]

4 00:10:54 Étudiante

5 Merci d'être là et de participer à cet entretien dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche en
6 ergothérapie à l'IFPVPS. L'entretien va s'intéresser à la créativité de l'ergothérapeute et aux formes
7 d'engagement du patient. Ça va durer à peu près 45 minutes. Il y a 12 questions au maximum et ce sera
8 enregistré conformément à votre consentement et pour garantir la fidélité des données.

9 [discussion d'ordre technique]

10 00:11:41 Étudiante

11 Toutes les réponses vont être strictement confidentielles, anonymes. Si jamais il y a des questions
12 auxquelles vous ne voulez pas répondre, c'est possible, et vous pouvez interrompre l'entretien à tout
13 moment. Vous disposez d'un droit d'accès, rectification, suppression des données et dans tous les cas,
14 ce sera supprimé après cinq ans.

15 00:12:00 E3

16 Ok.

17 00:12:01 Étudiante

18 Est-ce que avant de commencer, vous auriez des questions ou vous voudriez des précisions?

19 00:12:05 E3

20 Sur le thème de votre mémoire. Quand vous me parlez de créativité de l'ergothérapeute, c'est dans tous
21 les domaines ou c'est juste pour faire des aides techniques ? Est-ce que c'est juste pour faire des
22 séances?

23 00:12:22 Étudiante

24 Moi je parle de la créativité en tant que compétence de l'ergothérapeute. Donc ça touche à tous les
25 domaines. Est-ce que déjà pour commencer, vous pourriez vous présenter votre âge, nationalité, année
26 d'expérience, lieu d'exercice?

27 00:12:50 E3

28 E3, moi je suis ergothérapeute, donc je sors de l'IFE X. Je suis la promo 2015-2018, donc j'ai repris les
29 études à 30 ans. J'ai 40 ans là et ça fait depuis 8 ans que je suis à SMR1. C'est mon premier poste
30 d'ergothérapeute et j'ai fait que ça. Je travaille sur un secteur SMR, donc rééducation [service
31 spécifique reconnaissable] en post réanimation, des patients qui sortent de réanimation, qui arrivent
32 des fois en fin de coma. Donc la prise en charge est bien plus précoce que sur un secteur SMR
33 classique avec des patients qui arrivent pour de la traumatologie ou qui ont déjà un état d'éveil avancé. Bon,
34 ils arrivent des fois dans le coma, donc ils sont beaucoup plus médicalisés. Et j'ai aussi un temps
35 partiel sur de la MAS, donc c'est du polyhandicap adulte, sachant que moi je suis un peu spécifique sur
36 des adultes qui ont en âge assez avancé. On va dire que pour le polyhandicap, à 45 ans, vous êtes déjà

37 en gériatrie quasiment. Donc voilà, du vieillissant. Et j'ai un temps aussi sur une équipe mobile, donc
 38 je me déplace aussi. Ça, c'est assez récent et je me déplace pour faire des visites à domicile chez des
 39 personnes qui ne sont pas forcément hospitalisées chez nous.

40 00:14:29 Étudiante

41 Et pour quel type de public?

42 00:14:32 E3

43 Là, pour l'instant, j'ai eu un enfant polyhandicapé, j'ai eu une ado paralysie cérébrale. En fait, c'est
 44 vraiment le point commun à SMR 1, c'est la situation de handicap lourd. Parce que un matin vous
 45 pouvez faire de la pédiatrie avec un enfant polyhandicapé et puis l'après-midi vous pouvez avoir un
 46 adulte qui a eu un accident de moto la semaine dernière, ou il y a 2 mois.

47 00:15:07 Étudiante

48 Ok, du coup pour commencer, est-ce que vous pourriez me citer quelques compétences que vous
 49 estimez indispensables dans un accompagnement en général en ergothérapie?

50 00:15:26 E3

51 L'observation, enfin compétence, je vous dis des choses, on parle pas du référentiel compétences, on
 52 parle de qualité à l'observation. Surtout, je vous parlais de d'éveil de coma. Quand vous cherchez des
 53 signes d'éveil chez des personnes pour voir s'ils sont vraiment avec vous ou s'ils sont en état végétatif,
 54 ou s'ils sont encore dans le coma, faut vraiment observer la moindre chose. Et je pense que ça c'est bon
 55 partout. Le moindre détail que vous allez pouvoir observer, vous allez pouvoir vous en servir. Et
 56 quand je fais certains bilans dont je vous parlerai après avec d'autres personnes, quand je vois que
 57 certaines personnes n'arrivent pas à les faire ou moins bien, c'est souvent parce qu'ils ont loupé un truc,
 58 qu'ils ont mal observé. Je pense que ça c'est le premier truc. Si vous n'avez pas ça en premier, je pense
 59 qu'après c'est difficile de savoir où vous allez. La créativité ça en fait partie, surtout dans mon métier,
 60 [hors sujet]. Sans ça, je me retrouverais dans des situations où je ne sors pas de la situation d'handicap
 61 pour mes patients avec des aides techniques classiques ou avec des procédés classiques que vous
 62 voyez un peu partout. Des fois, il y a des choses que vous n'arrivez pas à accomplir et il faut être
 63 créatif ou chercher des idées un peu partout. Si vous cherchez juste sur des sites Internet, ça va être
 64 compliqué. Sinon, être ouvert, adaptable, faut jamais se dire, enfin moi des fois, je sais qu'on parle
 65 avec des médecins ou des collègues kinésithérapeutes et on se dit « Ah pour lui, il faudrait faire ça,
 66 mais c'est pas possible ». Et puis si, on va le faire et puis ça marche. Ce que je disais à un de mes
 67 patients ce matin, c'est que j'ai 10 idées par jour, j'en ai qu'une qui est bonne, mais on la prend.

68 00:17:30 Étudiante

69 Et en séance, plus particulièrement, est-ce qu'il y a des compétences qui seraient différentes?

70 00:17:35 E3

71 Ah, c'est un peu pareil.

72 00:17:41 Étudiante

73 Et quand vous mettez en place une séance, en général, comment est-ce que vous allez choisir
74 l'activité?

75 00:17:52 E3

76 Déjà en fonction du matériel, parce que finalement les idées vous pouvez en avoir plein, mais il faut
77 pouvoir les réaliser. Moi, je fais en fonction du matériel, je suis en fonction de la logistique parce que
78 nous on est une petite unité avec des gros besoins et avec beaucoup de matériel. Donc déjà, je vais voir
79 ce que j'ai autour de moi, je vais voir l'environnement et m'adapter au lieu. Alors ça vaut pour le
80 domicile du patient parce que nous c'est ce qu'on fait en ergothérapie. Mais quand vous êtes dans un
81 centre de rééducation où vous avez un gros plateau, un énorme gymnase avec plein de postes de
82 travail, c'est bien. Quand vous êtes dans une unité, vous avez l'impression d'être en réanimation des
83 patients trachés, ventilés partout, des machines, des alarmes, des infirmiers qui courent. En fait, vous
84 vous adaptez donc d'abord, pour les séances, je regarde ce qu'il y a autour de moi, que ce soit matériel
85 ou locaux, environnement. Puis aussi, savoir ce que votre patient aime ou pas, parce que des fois il ne
86 peut pas toujours vous le dire. Donc savoir aussi ses activités antérieures, c'est comme on disait,
87 comme on apprend à l'école, l'activité signifiante c'est super important parce que dans le vrai travail
88 d'ergothérapeute vous pouvez avoir vraiment des patients en refus. Surtout nous vu l'état de santé, vu
89 comme c'est médicalisé, le patient des fois si vous lui proposez de faire des petites activités de
90 préhension alors qu'il a une trachéo, une perfusion, des escarres qui vont être opérés, les 2 jambes
91 cassées, il sort du coma. Je pense qu'il s'en fiche. Par contre, si ça lui évoque un peu quelque chose,
92 peut-être vous allez le faire adhérer.

93 00:19:35 Étudiante

94 Par exemple, quand il y a ces patients qui sont en refus, comment est-ce que vous adaptez la séance?

95 00:19:41 E3

96 Je leur demande ce qu'ils veulent. Je ne tourne pas autour du pot. Là, on se parle franchement, on a des
97 patients qui sont tétraplégiques, paraplégiques, qui ont des changements dans leur vie qui sont
98 énormes. Moi, j'avais un patient, je sais plus ce que je lui avais fait faire, un molky tout bête. C'est un
99 patient en fauteuil. Je voulais juste en fait qu'il se baisse parce qu'il avait peur de tomber en avant et
100 donc on n'arrivait pas à faire les transferts. Donc moi, je voulais qu'il appréhende le fait de se pencher
101 en avant et le contact avec le sol et à terme. Je voulais lui apprendre à remonter sur son fauteuil. Alors
102 je me suis dit on commence par le molky. Il y a les trucs qui sont par terre, on commence à y aller et il
103 me dit « mais j'aime pas votre jeu, ça me saoule » et donc je lui ai expliqué l'objectif. Je lui dis : «
104 écoutez, moi je veux qu'on arrive à faire ça, au bout d'un moment, si vous n'aimez pas ça, moi non plus
105 je déteste ce jeu mais je le fais. Je fais si vous voulez, autre chose ». Il me fait « viens, on va
106 directement par terre, par contre, si j'ai peur, vous êtes là », je suis d'accord, mais on l'a fait en fait.
107 Donc des fois d'être un peu cash. Après, faut qu'il y ait le feeling avec le patient, faut pas être intrusif.

108 Là, c'était un gars, il était jeune, on se tutoyait, ça passait super bien. Bon, je sais que le tutoiement
 109 c'est des fois mal vu, mais chez on va dire que chez les traumatisés crâniens, des fois ça permet plus
 110 d'attirer leur attention, leur vigilance. Donc quand je peux me le permettre, je me le permets. Je pense
 111 qu'il faut aller droit au but et expliquer les objectifs aux patients. Et ça, je vois avec les étudiants que
 112 j'ai souvent, ils n'expliquent pas les objectifs. Ils ont peur d'aller leur dire « moi, je vais vous apporter
 113 une compétence » ou « moi, je vais vous aider ». Et c'est pas parce qu'on est jeune et que le patient, il a
 114 son vécu derrière qu'on ne peut pas l'aider. Il nous aidera en retour. Donc oui, il faut être direct,
 115 exposer les objectifs et on trouve ensemble ce qui plaira, qui marchera.

116 00:21:32 Étudiante

117 Et justement, par rapport à ça, quand vous rencontrez un patient, comment vous adaptez la relation
 118 thérapeutique?

119 00:21:39 E3

120 C'est compliqué. Quand c'est des jeunes, pour des jeunes hommes, j'ai tendance à facilement avoir
 121 envie de tutoyer et faire copain. Mais comme voilà, j'ai pas 20 ans non plus, sans être un vieux, ça
 122 passe. Quand j'ai des hommes, je vouvoie, c'est des messieurs, mais ça passe pareil aussi très bien. Là
 123 où je fais très attention à garder la distance, c'est quand j'ai des dames, même un peu âgées. Parce qu'il
 124 y a le côté un peu maman, on veut pas leur manquer de respect donc je vais jamais les tutoyer. Alors
 125 c'est moi personnellement, chacun fait comme il peut. J'ai des collègues, eux ils vouvoient tout le
 126 monde, même des gars de leur âge. J'en ai, ils tutoient très facilement, moi je trouve ça un peu limite.
 127 Donc c'est vraiment un truc personnel, je sais même pas si c'est une compétence, c'est peut-être une
 128 compétence, mais c'est plus savoir-être que qu'autre chose. Moi, pour l'instant, ça passe bien, mais
 129 c'est vrai qu'il y a des fois je me demande : « je tutoie ? je vouvoie ? Est-ce que je peux me permettre
 130 d'être un peu dans la rigolade pour détendre le truc ? » Ça se réajuste ça. J'ai un patient récemment, j'ai
 131 essayé un peu de détendre le truc, j'ai vu que ça passait pas, donc je suis passé par autre chose parce
 132 que je me suis dit qu'il va se braquer. Je pense que ça c'est de l'expérience. Après, je pense pas que ça
 133 s'apprenne vraiment.

134 00:23:04 Étudiante

135 C'est à dire vous êtes passé par autre chose, vous êtes passé par quoi?

136 00:23:10 E3

137 En fait, j'ai essayé de détendre l'atmosphère, mais d'avoir une relation de confiance avec le patient. Et
 138 j'ai essayé de montrer que j'étais pas trop sérieux, trop carré, trop chiant quoi. Parce que déjà c'est un
 139 patient, de voir des blouses blanches ça lui plaît pas trop, il en a marre. Donc je suis arrivé, je
 140 commençais un peu à parler d'autre chose, enfin d'avoir des sujets, des conversations diverses, peut-
 141 être un peu des fois sur la plaisanterie. Et puis c'est un patient, il avait pas la tête à ça, parce qu'il
 142 venait de découvrir son handicap et que c'était un peu tôt. Donc je suis passé par autre chose, je me
 143 suis recentré sur ce dont il avait besoin. J'ai un peu effacé ce côté-là et le patient, j'essayais plus de le

faire parler, c'était une autre approche. Ça avait rien à voir de le faire parler, de le faire participer. Puis là, ça passe un peu mieux et maintenant il me vanne tous les jours.

00:24:19 Étudiante

Et qu'est-ce qui vous aide quand le lien il est difficile à établir ? Par exemple, dans ce cas-là, qu'est-ce qui vous a aidé à trouver une autre solution, un autre moyen de créer cette relation de confiance ?

00:24:35 E3

Les autres. Dans mon unité, même si c'est une petite unité, on est deux ergothérapeutes, deux kinésithérapeutes. Et des fois je fais participer l'autre ergothérapeute avec moi pour voir si le comportement est différent, ou des fois on fait des choses avec la kinésithérapeute aussi, on travaille en binôme. Donc j'ai un peu vu les relations avec les autres et pourquoi avec certaines personnes ça allait mieux, pourquoi avec certaines personnes ça allait moins bien. Et puis j'essayais de me caler un peu sur les autres pour voir comment il réagissait le patient. Parce que, au moins, de le voir réagir avec des autres, ça permet de savoir quel comportement lui convient le mieux.

00:25:22 Étudiante

Et je voulais vous demander tout à l'heure, vous parliez du fait d'adapter la séance, de demander ce que veulent faire les patients et justement quand des patients vous disent que c'est trop difficile par exemple, comment est-ce que vous allez ajuster la difficulté de la séance ?

00:25:43 E3

Alors juste, je demande pas ce que veulent les patients, je leur propose. Je propose des choses, je propose des idées. Mais je leur je les laisse pas quand même en galère à trouver l'idée. Je leur dis pas « est-ce que vous voulez faire telle une activité, un truc en particulier que vous aimeriez faire ? » Je leur propose des choses, je leur dis les objectifs et puis s'ils ont des idées, je prends. Et si c'est trop difficile, comment je dois répondre ? Déjà, je lui demande ce qui est trop difficile, le retour du patient, pourquoi c'est trop dur ? J'essaie de comprendre si c'est le patient, si c'est une perception, ou si c'est vraiment trop dur. Si c'est une perception du patient qui a l'impression de pas bien faire, j'essaie peut-être de le rassurer et de l'encourager parce que je vois qu'il est pas en difficulté, ni en danger et que c'est utile ce qu'il fait. Si c'est vraiment trop dur, après c'est la gradation. Vous diminuez les amplitudes, vous diminuez le temps, vous pouvez changer d'activité aussi et vous pouvez réorienter sur d'autres trucs. Et moi, ça m'est déjà arrivé sur des patients que je savais que j'allais mettre en échec. Je les prévenais, je leur disais là, on va tester un truc, je suis sûr que ça va pas marcher, mais au moins on a essayé et je peux le noter. Et il y a des patients qui l'ont accepté, qui disaient « c'est bon », du coup, on peut passer au truc que je veux, par exemple de fauteuil. Et ça c'est pareil, la mise en échec, je sais que c'est un truc qu'on veut éviter, c'est un grand principe qu'on voit en cours et ça peut marcher chez certaines personnes. Moi, je sais que le psychologue de l'unité, à un moment, il m'a dit : « Écoutez, votre patient est dans un déni, essayez une séance, ça c'est moi qui vous le demande, essayez, il va pas y arriver. » Alors, faut pas qu'il se vautre, faut pas qu'il se blesse, faut pas que ce soit non plus un échec qui

l'accable. Mais il faut qu'il se rende compte petit à petit de la situation de handicap et qu'il accepte le reste des aides techniques que vous proposez. Ça peut arriver aussi, ça peut arriver. C'est tellement au cas par cas que vous dire je fais comme ci, je fais comme ça, il y a pas de mode d'emploi, mais dans les grandes lignes, c'est ça.

00:28:00 Étudiante

Et est-ce que ça vous arrive de devoir détourner une utilité première, soit d'un outil ou soit d'un matériel?

00:28:18 E3

Alors je fais que ça de toutes mes journées. Honnêtement, je fais que ça. Je leur pique du matériel aux infirmières pour faire des trucs, enfin, des outils et tout. Et je fais vraiment que ça, ouais.

00:28:33 Étudiante

En séance aussi ?

00:28:35 E3

Ouais, en séance, mais une aide technique, normalement, vous êtes censé avoir un apprentissage, donc vous êtes censé avoir des séances d'évaluation dans un premier temps, des séances d'entraînement à l'utilisation et puis éventuellement réévaluer pour voir si vous modifiez votre aide technique. Donc moi, j'ai eu des orthèses que j'ai fabriquées pour des patients. On a fait 2 mois de séance pour apprendre à l'utiliser, à la mettre, à l'enlever. Là, c'était pour un auto-sondage pour un patient tétraplégique, par exemple. Donc, j'ai fabriqué une orthèse pour qu'il puisse se sonder. Un patient qui avait pas de préhension, pour qu'il puisse se sonder tout seul. Alors, on a fait des séances à s'entraîner, à retoucher l'orthèse, des fautes d'hygiène qu'il y avait avec la supervision de l'infirmière. Donc oui, ça c'est les aides techniques. Pour moi, la plupart des séances que je fais, c'est sur l'utilisation d'aides techniques.

00:29:31 Étudiante

Et qu'est-ce qui vous aide à trouver des solutions du coup pour créer ces aides techniques en général?

00:29:40 E3

Alors des fois, je vois ce qui existe comme matériel dans le marché, sur les trucs de série. Et soit je détourne l'utilisation du truc ou je le fabrique moi-même avec des caractéristiques qui correspondent plus à mon patient. Ou alors des fois vraiment, ça sort comme ça. Vous cherchez un truc depuis 2 mois et d'un coup vous dites « Ah mais je peux prendre ça ? ». Et puis la dernière fois, j'ai fabriqué une paille avec un tuyau à oxygène, avec des trucs, enfin c'était n'importe quoi. Quand les gens m'ont vu bricoler, ils m'ont dit : « qu'est-ce que vous faites ? ». [hors propos]. Mais ouais, je cherche quand même des idées. Vous vous inspirez parce que ça vous vient pas. Vous n'avez pas l'illumination, mais après il faut que vous cherchiez ce que vous voulez faire. C'est le résultat qui compte en fait, vraiment votre objectif. C'est un peu ce que je dis en ce moment, j'ai une étudiante de chez vous. Là, ce que je

215 dis, c'est vraiment : « Quand vous pataugez quelque part et que vous savez pas trop où vous allez, vous
216 cherchez votre objectif et le reste il vient ».

217 00:30:58 Étudiante

218 Et est-ce que vous pourriez m'expliquer un moment où dans une séance ? le patient il était pas trop
219 engagé puis vous lui avez proposé quelque chose et là d'un coup, il s'est engagé dans la séance. Est-ce
220 que ça vous est déjà arrivé ? Et si oui, est-ce que vous auriez un exemple ?

221 00:31:24 E3

222 J'ai un patient à qui je voulais apprendre à utiliser un. Vous voyez ce que c'est un turner ? Un guidon
223 de transfert.

224 00:31:34 Étudiante

225 Oui.

226 00:31:36 E3

227 Je voulais lui apprendre à utiliser un guidon de transfert, patient cérébelleux, et il n'arrivait pas à poser
228 les pieds dessus. Parce qu'il avait des dysmétries, il mettait des coups de pied partout et lui il voulait
229 vraiment pas l'utiliser. Sauf que ce patient il avait des capacités quand même. Je voulais pas qu'il soit
230 levé au lève malade. Donc, ce que j'ai fait avec ce patient-là, je lui ai proposé des séances, je lui ai mis
231 un jeu de foot sur un ordi et je mettais des contacteurs aux pieds. C'était n'importe quoi. Mais du coup,
232 il devait s'entraîner à viser les contacteurs pour tirer, pour faire des mouvements. J'avais mis un
233 joystick aussi sur une chaise pour qu'il fasse bouger les joueurs. Et puis, en fait, à force de gagner en
234 dextérité, on a fait ça 6 mois, à force de gagner en dextérité, sur poser ses pieds, et cetera. Un jour, je
235 lui ai amené le turner, j'ai dit : « posez vos pieds dessus » et il les a posés du premier coup. Il m'a dit : «
236 Ah mais j'y arrive », j'ai dit : « maintenant vous vous levez et puis voilà ». C'était un petit peu sec,
237 mais c'était un mec de mon âge avec qui on avait une relation assez proche. C'est mon tout premier
238 patient en fait d'ergothérapie que j'ai eu en tant qu'ergothérapeute.

239 Donc après il a utilisé le Turner et puis pareil pour le joystick. Après il a utilisé le fauteuil électrique,
240 tout ça. Donc des fois l'amener par autre chose. En fait l'amener, c'est juste lui montrer qu'il va y
241 arriver. Là dans ce cas-là, c'était un patient qui pour lui voulait même pas essayer parce que non, c'est
242 bon, j'y arrive pas. Et en fait, j'ai détourné autre chose. La diversion, c'est ce qu'on apprend aussi à
243 l'école, faire diversion sur autre chose et puis l'amener à se rendre compte que c'est qu'il y est arrivé.
244 En fait, je suis bah voilà, c'est bon.

245 00:33:09 Étudiante

246 Selon vous, à part la diversion, est-ce qu'il y a autre chose qui a favorisé l'engagement de ce patient ?

247 00:33:18 E3

248 Il y avait les relations qu'on avait aussi. Il y avait une super bonne relation.

249 00:33:30 Étudiante

250 Et généralement, comment est-ce que les patients réagissent face aux adaptations que vous avez
251 proposées en séance?

252 00:33:39 E3

253 Ça passe ou ça casse, c'est il y a pas de l'entre-deux. Là, j'en ai en ce moment, j'ai une dame en ce
254 moment, dès que je sors un truc, elle me dit : « mais n'importe quoi, qu'est-ce que vous faites ? » Vous
255 sortez des trucs de c'est voilà, ça elle adhère pas trop au côté créatif de l'ergothérapie. Elle adhère pas
256 trop, elle a l'impression que je fais un peu ce que je veux, que c'est pas très sérieux et à côté, j'ai un
257 monsieur du même âge et alors lui, dès que je sors un truc, il est trop content. C'est les après-midi de
258 technique, d'ailleurs, il en fait avec moi, il fabrique 2 3 trucs, je lui donne des petites tâches à faire
259 avec moi et il adore ça donc ça passe ou ça casse, c'est jamais de mitigé. Là, je parle pour des aides
260 techniques très spécifiques où je détourne vraiment beaucoup de matériel et où vraiment je vous dis
261 c'est un peu ouais, c'est un peu un peu bizarre, mais quand c'est des adaptations classiques de petites
262 choses, les gens ils prennent. En général, si derrière vous résolvez une petite situation de handicap,
263 même minime, du moment que ça marche, c'est bon et c'est malheureux. Mais c'est vraiment le résultat
264 qui compte.

265 00:34:59 Étudiante

266 Et selon vous, quels effets ça a sur enfin ces réactions elles ont sur l'accompagnement au long terme.

267 00:35:11 E3

268 Lesquelles réactions les gens qui se braquent ou ceux qui ?

269 00:35:15 Étudiante

270 Les deux?

271 00:35:19 E3

272 La dame, ça ralentit ses progrès clairement. On se bat un peu avec les collègues parce que voilà, elle
273 adhère pas trop sur ses orthèses, sur certains exercices. Et je pense pas que ce soit dû au fait que
274 j'adapte des trucs parce que c'est pareil sur les séances de kinésithérapie, sur d'autres choses.
275 Donc clairement, ça ralentit ses progrès et son pronostic fonctionnel il est un peu moins bon. Et le
276 monsieur, par exemple, ben au contraire, ça nous fait gagner un temps fou en fait. Parce qu'il essaye
277 tout, il propose des idées, un truc un peu moyen, il arrive à le transformer en truc qui marche juste en
278 discutant ensemble. Donc dans son intérêt, je pense qu'il a compris. Oui, c'est ça vraiment sur la
279 qualité de notre suivi, c'est super important comment le patient il s'engage et comment il participe, ça
280 c'est à nous de les engager. Donc c'est vrai que la dame, va falloir que j'essaie encore un peu plus de
281 l'engager mais c'est vrai c'est pas évident des fois.

282 00:36:30 Étudiante

283 Et par exemple pour cette dame, est-ce que qu'est-ce que vous pouvez faire pour justement essayer de
284 l'engager?

285

286 00:36:42 E3

287 Ce que je vous disais juste avant, c'est que lui montrer que les choses marchent. En fait j'ai pas le droit
 288 de me louper, je peux pas arriver et lui montrer un truc qui marche vaguement. Faut que quand j'arrive,
 289 je montre un truc, ça fasse un peu l'effet « waouh », vous voyez, j'arrive. Là je dois faire des orthèses
 290 cette dame pour ses mains. Faut que j'arrive, faut qu'elle soit nickel. En fait, si j'arrive, il y a un petit
 291 truc qui tient pas, un machin. Je sais que je vais avoir la petite réflexion. Je sais que j'ai eu ça avec une
 292 patiente, c'est une patiente tétraplégique. Qui est bon, qui était très jeune, donc son état, on va dire,
 293 dépressif, était assez important. Et vraiment, tout ce que je proposais, c'était nul, j'étais nul, je servais à
 294 rien, et cetera. A un moment, elle me disait : « moi je vais utiliser un ordinateur, un téléphone ». Donc
 295 je lui ai trouvé une solution pour que juste avec la tête, elle utilise le téléphone, l'ordinateur, très
 296 simplement. En plus, elle avait acheté tout sans me demander, donc moi je me suis retrouvé devant le
 297 fait accompli. Et en fait, je suis arrivé, j'ai dit : « mais vous inquiétez pas, j'ai trouvé ». Le lendemain,
 298 je suis venu je l'ai fait, ça a tout marché. Du premier coup, j'ai eu un : « vous remontez dans mon
 299 estime ». Je savais qu'avec elle je pouvais pas me louper par exemple, et c'était le résultat qui comptait.
 300 C'est un peu malheureux, ça met de la pression, mais finalement ça s'est bien fini parce que justement,
 301 quand elle est partie, j'ai eu droit à un « merci ». Alors là, c'était quelque chose. Je suis vanné 2 mois
 302 pour ça.

303

304 00:38:21 Étudiante

305 Et au tout début, vous me disiez que vous, vous faites des propositions pour les patients. Et vous,
 306 quelle place, vous donnez aux patients dans l'élaboration des séances?

307

308 00:38:38 E3

309 Je lui explique et puis il me dit. Je dis « moi j'ai pensé à ça ». Je lui explique les objectifs. Déjà sur les
 310 objectifs, pareil, je lui demande son avis parce que on est sur des objectifs, on va dire, en termes
 311 d'activité, non, on n'est pas sur tant d'amplitude, tant de force. En tout cas, pour ma part, c'est comme
 312 ça que je vois l'ergothérapie. Moi, quand j'ai une prescription, il y a marqué travail des préhensions,
 313 gain d'amplitude, je dis : « mais ça c'est pas des objectifs ergo ». Je suis désolé, mais je vais aller voir
 314 le patient, je vais lui dire : « moi, je veux que vous conduisiez le fauteuil tout seul, ce type de fauteuil-
 315 là ». Je lui demande s'il est d'accord, je lui demande si le type de fauteuil lui convient, je lui explique
 316 comment on va faire, donc le contenu des séances. Puis des fois, il me propose des trucs, ils font des
 317 contre-propositions. Ah, je préférerais faire là-bas, je préférerais faire comme ci, faire comme ça, et
 318 puis on voit. Donc on le fait à 2 en fait, parce que c'est lui qui est responsable de sa rééducation, c'est
 319 pas moi, c'est sa vie, c'est à lui d'être acteur. Mais je leur dis quand ils veulent pas, je leur dis : « c'est

pour vous, moi tout va bien ». Par contre, je ferai tout ce que je peux pour que ça se passe bien et qu'on aille le plus loin possible. Mais je dis moi, je ne suis pas là pour forcer les gens.

00:39:48 Étudiante

Et du coup, quand eux vous font ce genre de contre-proposition, de quoi est-ce qu'ils peuvent décider ? En tout cas, qu'est-ce qu'ils peuvent vous proposer que vous vous pourriez accepter ?

00:40:03 E3

Tout ce qui n'est pas dangereux, je prends en vrai. J'avais un patient qui voulait aller marcher dans la mer quand on a une plage à X, je dis « allez, on va aller marcher dans la mer ».

Bon, j'ai pas rigolé parce que c'était un patient qui a pas vraiment de capacité de marche mais qui tenait quand même un peu debout. Donc on a fait l'effort. Après, moi, du moment que ça va dans le sens des objectifs d'avoir un objectif réalisable, que niveau sécurité c'est OK. Moi, si ça l'engage, si jamais ça répondait pas à un objectif, je lui dirais par contre : « ça va rien nous apporter de le faire ». Si c'est pour faire une activité qui soit un peu occupationnelle ou qui soit un peu du divertissement, ça rentre pas là-dedans. Moi, je parle vraiment en termes d'objectifs de rééducation. Et la rééducation, ça peut être l'accompagner sur un loisir où il y a une adaptation à trouver et avoir un résultat fonctionnel. Mais voilà, si ça rentre pas dans nos objectifs, je vais tempérer un peu.

00:41:11 Étudiante

Qu'est-ce qui aide ou qu'est-ce qui empêche les patients justement de faire des propositions pendant les séances ?

00:41:21 E3

Je pense qu'ils n'osent pas, parce que la plupart, ils ne se disent pas qu'ils peuvent avoir cette place. Certains, ils attendent juste les consignes et puis juste ce qu'on leur demande, parce que je ne sais pas, ils doivent un peu sacrifier le côté médical. Ah non, mais si lui il dit qu'il faut mettre la main comme ça, c'est que c'est comme ça, sinon il va m'arriver un truc. Et ouais, il y a un peu ce côté-là. Il y a le fait aussi que s'ils ne sont pas engagés aussi. Il faut déjà avoir un début d'engagement pour que le patient il se sente acteur du truc.

00:42:02 Étudiante

Et vous, qu'est-ce que vous mettez en place pour pouvoir favoriser justement le fait qu'il participe, qu'il participe à la prise de décision, en tout cas, qu'il participe à vous faire des contre-propositions ?

00:42:19 E3

Comme je vous ai dit, j'explique les objectifs. Voilà, à la fin, peut-être qu'on pourrait essayer de faire ça tout seul, peut-être qu'on pourrait essayer de manger tout seul, peut-être qu'on pourrait essayer d'utiliser tel type de fauteuil plutôt que celui-là. « Est-ce que vous voulez qu'on essaye ? » Et en fait, vraiment lui mettre, lui montrer que c'est ses objectifs à lui, que c'est pas les miens. Et une fois que le patient il s'est approprié ces objectifs-là, il sait qu'il est là pour ça, puis il faut qu'il trouve les moyens d'y arriver. C'est un truc qui se fait à 2 quoi, vraiment, c'est une alliance à 2. Je ne suis pas là pour distribuer des séances et je le ferais pas aussi bien que si lui il m'aidait quoi.

00:43:07 Étudiante

Est-ce que il y a un moment où vous vous avez identifié un lien entre votre créativité et le fait de cocréer avec un patient ?

00:43:34 E3

Vous voulez des types d'aides techniques ou des.

00:43:38 Étudiante

Par exemple ou en séance, est-ce que c'est arrivé, ou est-ce que pour des situations avec des patients, c'est arrivé?

00:43:47 E3

Il y a un patient, je lui fais carrément démonter son propre fauteuil. Parce que on devait faire des adaptations dessus pour le posturer un peu mieux. C'est un patient qui peut un peu tenir debout et marcher quelque part. Donc je l'ai mis en sécurité avec des chaises, des tables, tout ce que vous voulez. J'ai mis le fauteuil sur une table et j'ai dit « bon, maintenant on va chercher ce qu'il faut mettre, où il faut le mettre ». Et puis c'est le patient qui l'a fait. En fait, il a eu le fauteuil sur la table et il bricolait son fauteuil. Il y a un patient. Je lui ai demandé de m'aider à faire une orthèse pour un autre patient. Sinon, souvent, c'est quand vous faites une orthèse, on va dire à visée des techniques. En fait, le patient il va vous dire faites ça comme ça, faites cette forme-là. Enfin, c'est lui qui va vous dire. Beaucoup plus qu'on le croit. Nous on se dit le patient, il met sa main, on fait le truc et voilà, ça marche comme ça, mais en fait ça se passe pas comme ça. Le patient il va vous dire et puis il saura mieux que vous parce qu'après on a même des patients, ils vont essayer de voir pour faire patient expert parce qu'il y en a certains en fait, j'y vais, j'ai même pas besoin de chercher comment je vais faire. Il me dit : « il me faut une orthèse pour tenir un stylo » et j'y vais, je dis « vous voulez que je fasse comment ? » Et il me dit : « vous faites comme ça comme ça » et je fais ce qu'il demande en fait.

00:45:20 Étudiante

Et est-ce que oui concernant la mise en place de votre intervention en général, quelle place vous identifiez à la créativité?

00:45:41 E3

En fait moi c'est vraiment indispensable dans tous les domaines. Parce que déjà je reçois à l'entrée même du patient, vous voyez, on reçoit des patients qui sortent de réa, et souvent ils sont en état de conscience altérée. Donc on peut appeler état végétatif, même si ça s'appelle plus comme ça, mais c'est parlant. Donc c'est des patients que vous allez devoir installer, qui tiennent pas assis, qui tiennent même pas bien allongés, que vous devez vraiment installer. Chaque membre il va y avoir quelque chose pour le soutenir, des positions vicieuses de partout, des contractions involontaires de toutes sortes dues à leur état neurologique. Donc vous allez vous avoir par exemple un lit médicalisé avec un oreiller et puis un fauteuil roulant classique avec 2 coussins. En fait, il va falloir que vous trouviez pour installer votre patient pour chaque partie de son corps. Comment la positionner donc ? Vous allez utiliser, détourner une pièce de base du fauteuil pour la monter complètement à l'envers pour que ça aille à la taille de son bras. Je vous donne des exemples un peu pourris, mais c'est pour que vous réalisiez le truc. Vous allez découper des trucs pour retenir le dos, vous allez découper des machins, fabriquer, pour obtenir à la fin tout qui va faire que votre patient est installé. Donc déjà quand il arrive, et que le médecin il vous dit : « ce patient-là, il est trachéotomisé, il est très encombré, il a du mal à respirer, va falloir me le sortir du lit, faut que vous me l'asseyiez ». On va y arriver. Et puis, des fois, je sais que ce matin on a démonté 3 fauteuils, on y a passé 2 h pour 3 patients, mais l'effectif du matin, c'est dire eux, faut qu'on les tienne assis parce que sinon ça va mal se passer niveau respiration. Donc en fait, c'est obligatoire. Moi, en tout cas dans mon service, même dans les autres services, au point de vue handicap aussi. Quand vous avez un niveau de handicap tel que le catalogue de chez [marque médicale] suffit pas, va falloir que vous trouviez des solutions qui n'existent pas.

00:47:58 Étudiante

Et si vous aviez vraiment une définition de ce que c'est être créatif en ergothérapie? Ce serait quoi?

00:48:14 E3

Ce serait se dire qu'il y a pas de choses qui soient irréalisables. Vous voyez, c'est vous dire qu'en fait il y a votre objectif, vous allez y arriver. Et en fait, ce qui est juste difficile, c'est de trouver par où vous allez y arriver. Mais pas de ouais de pas de choses réalisables.

00:48:57 Étudiante

Je vous remercie pour toutes ces réponses.

Entretien E4 :

- 1 00:00:50 Étudiante
- 2 Bonjour,
- 3 [discussion technique]
- 4 Merci beaucoup déjà de participer à cet entretien dans le cadre de mon travail d'initiation en recherche
- 5 en ergothérapie. Cet entretien, il s'intéresse à la créativité de l'ergothérapeute et aux formes
- 6 d'engagement du patient. Donc l'entretien il dure environ 45 min et il y a 12 questions maximum. Ce
- 7 sera enregistré conformément à votre consentement. Et toutes les réponses elles resteront strictement
- 8 confidentielles, anonymes. Vous êtes libre de pas répondre à certaines questions ou d'interrompre
- 9 l'entretien à tout moment. Donc vous avez un droit d'accès, rectification, suppression des données et ce
- 10 sera supprimé d'ici 5 ans. Est-ce que, avant de commencer, vous avez des questions ou vous souhaitez
- 11 des précisions sur l'entretien?
- 12 00:02:02 E4
- 13 Non, c'est tout bon pour moi.
- 14 00:02:05 Étudiante
- 15 Super.
- 16 00:02:07 Étudiante
- 17 Alors, la première question, c'est : Pouvez-vous citer quelques compétences de l'ergothérapeute que
- 18 vous estimez indispensables dans un accompagnement en ergothérapie?
- 19 00:02:15 E4
- 20 Est-ce que c'est des compétences au cours du portfolio ou de?
- 21 00:02:26 Étudiante
- 22 De manière générale, comme vous, le pensez.
- 23 00:02:28 E4
- 24 De manière générale, je pense que c'est l'écoute active, la bienveillance, la capacité à poser un cadre,
- 25 un cadre sécurisant et sécuritaire pour le patient. J'en ai plein d'autres, mais c'est les premières qui me
- 26 viennent à l'esprit. Je ne saurais pas vous dire d'autres réellement là, mais en fait, les premières, je
- 27 pense que c'est la bienveillance et l'écoute active.
- 28 00:03:17 Étudiante
- 29 D'accord. Et dans une séance en particulier ?

30 00:03:23 E4

31 Alors là, c'est, je pense, avoir. C'est pas vraiment des. C'est pas si qu'on peut dire que c'est des
32 compétences, mais avoir des objectifs de prise en soin très clairs et être en capacité de gérer le cadre
33 en ce qui concerne le respect de la parole de chacun, si c'est un groupe ou le sentiment de sécurité du
34 patient, que ce soit pour la réhabilitation des activités ou pour alors son allocution et les propos qu'il
35 pourrait donner.

36 00:04:03 Étudiante

37 Et concernant la mise en place d'une séance, comment est-ce que vous choisissez l'activité?

38 00:04:09 E4

39 Par rapport aux objectifs, mais surtout par rapport aux besoins du patient et aux activités qu'il veut ou
40 qu'il doit réinvestir selon ses priorités à lui.

41 00:04:28 Étudiante

42 Quand vous dites « selon ses priorités », quelle place vous donnez aux patients dans l'élaboration des
43 séances?

44 00:04:34 E4

45 La première place, la place centrale.

46 00:04:41 Étudiante

47 Et de quoi est-ce qu'il peut décider, par exemple ?

48 00:04:44 Étudiante

49 De tout.

50 00:04:47 Étudiante

51 C'est-à-dire?

52 00:04:50 E4

53 En fait, oui, je vais faire des propositions parce que les patients, des fois ils ne connaissent pas
54 l'ergothérapie, ils ne savent pas à quoi ils peuvent s'attendre en termes de temps, de réalisation,
55 d'activités. Mais en fait, il a le droit, comme vous l'avez spécifié au début de cet entretien, il a le droit
56 d'interrompre une séance, il a le droit de dire qu'il est fatigué, qu'il ne peut pas. Après, dans le respect
57 de ce qui est possible et de ce qui est institutionnellement faisable.

58 00:05:34 Étudiante

59 Et dans ces cas-là, comment est-ce que vous adaptez la séance ?

60 00:05:38 E4

61 Si par exemple, il est fatigué et qu'il n'en peut plus, j'arrête. Mais toujours en essayant de savoir
62 pourquoi, si c'est pertinent, si ce n'est pas juste une fuite. Et de savoir si on peut reprogrammer
63 l'intervention ou c'est qu'il ne veut plus du tout réaliser. Mais ça ne m'est jamais arrivé.

64 00:06:07 Étudiante

65 Et par exemple, comment est-ce que vous ajustez la difficulté de la séance quand c'est ce genre de
66 situation?

67 00:06:14 E4

68 Du coup, qu'est-ce que la personne refuse, ne veut plus ? C'était ça votre question?

69 00:06:23 Étudiante

70 Oui, quand elle dit que c'est difficile, ou bien qu'elle est fatiguée, et qu'elle peut quand même
71 continuer, comment est-ce que vous allez quand même adapter la séance?

72 00:06:35 E4

73 Du coup, je vais travailler dans la gradation, et puis je vais diminuer sur la quantité, l'effort demandé,
74 soit le nombre de tâches enchaînées, on va aller travailler dans la gradation et autant dans
75 l'environnement que dans la durée, que dans le nombre.

76 00:07:06 Étudiante

77 Et est-ce que ça vous arrive de devoir détourner une utilité première de certains outils ou certains
78 matériels?

79 [bug de son]

80 00:07:57 E4

81 Ah oui, oui, ça m'arrive tout le temps et très régulièrement. Parce que dans un service hospitalier, on
82 n'a pas toujours justement le matériel ou les outils sous la main.

83 00:08:10 Étudiante

84 Et dans ces cas-là, qu'est-ce qui vous aide à trouver des solutions ?

85 00:08:16 E4

86 La créativité. Et c'est l'une des raisons pour lesquelles j'ai choisi ce métier, c'est que je peux utiliser ma
87 créativité pour m'adapter aux options qui correspondent à chaque patient selon l'environnement.

- 88 00:08:33 Étudiante
- 89 Et justement, par rapport à cette créativité et la mise en place de cette intervention, vous, quelle place
90 vous identifiez à la créativité?
- 91 00:08:44 E4
- 92 Très importante. J'ai envie de dire, malheureusement, elle n'est peut-être plus assez présente.
- 93 Ou alors, le fait que l'institution fait qu'on a des patients de plus en plus lourds et où on doit aller
94 vraiment à l'essentiel dans les choses que sont les soins personnels et les activités vraiment basiques de
95 chaque personne. C'est peut-être le côté qui me manque le plus, c'est cette capacité à créer à chaque
96 fois quelque chose de différent dans chaque situation.
- 97 00:09:22 Étudiante
- 98 Et quand vous parlez de créer quelque chose de différent, selon vous, qu'est ce que ça veut dire être
99 créatif en ergothérapie?
- 100 00:09:37 E4
- 101 Non, être créatif en ergothérapie, c'est vraiment notre triangle activité, occupation et environnement.
102 C'est vraiment faire en sorte que ça cohabite les 3 et qu'on agisse sur les 3. Donc effectivement. C'est
103 vrai qu'on se doit d'être créatifs dans quelle posture je propose à ce moment-là, ou cette activité, ok,
104 d'habitude on la fait comme ça, je leur propose une autre forme. Mais c'est vrai que comme on est
105 soumis par service, dans un service hospitalier, à des situations spécifiques propres à chaque personne
106 par rapport à leur pathologie, on retrouve quand même une redondance dans les adaptations, les
107 propositions qu'on fait d'un patient à l'autre. Et c'est en ça où peut-être on perd de créativité où on crée,
108 mais de manière un peu plus robotisée, j'ai envie de dire.
- 109 00:10:40 Étudiante
- 110 Et vous me parlez de posture. Quand vous rencontrez un patient, comment vous adaptez la relation
111 thérapeutique justement par rapport à cette posture?
- 112 00:10:51 E4
- 113 J'ai envie de vous dire que c'est du feeling, mais ça n'a rien du feeling. C'est très intéressant votre
114 question. Comment je m'adapte ? Qu'est-ce que je fais que je m'adapte ? Le premier mot qui me vient,
115 c'est le langage non-verbal du patient.
- 116 Déjà, si je vois qu'il est en langage verbal complètement verrouillé ou ouvert, s'il est en malaise, par
117 rapport au faciès, si je vois des froncements des yeux. Je pense que je prends beaucoup en compte le
118 langage non-verbal pour savoir si la personne me comprend, comprend le sens de mes questions ou

119 comprend ce vers quoi je veux l'amener, le sens du travail d'ergothérapeute. Et ensuite de comment je
 120 reverbalise, reformule, adapte mon vocabulaire et ma tonalité aussi. Le ton et le rythme de ma voix.
 121 Selon ce que je perçois, c'est ce que je comprends que la personne me comprend ou ne me comprend
 122 pas.

123 00:12:20 Étudiante

124 Et qu'est-ce qui vous aide lorsqu'effectivement le lien il est difficile à établir?

125 00:12:25 E4

126 [bug de son]

127 00:12:33 Étudiante

128 Justement, quand vous me dites que vous adaptez votre vocabulaire, le ton, le rythme de la voix.

129 Qu'est-ce qui vous aide lorsque le lien est difficile à établir?

130 00:12:43 E4

131 Ce qui vient de l'extérieur ou de moi-même?

132 00:12:53 Étudiante

133 Ce qui vous vient?

134 00:13:00 E4

135 Alors, tout le monde est dans un environnement déjà pratico-pratique, physique, serein et calme, où je
 136 n'ai pas de perturbations. Si par exemple, je remarque que je suis dans la chambre des patients, j'aurais
 137 beaucoup plus d'intrusions et d'interruptions par le personnel hospitalier qui peut rentrer dans la
 138 chambre à tout moment. Donc ça, ce n'est pas favorable. Alors que si je suis dans un bureau ergo,
 139 fermé, où je mets une pancarte "Entretien en cours, ne pas déranger", et bien ça va être beaucoup plus
 140 facile. Après moi je le fais de manière systématique, mais si vraiment la personne elle m'a donné son
 141 accord pour ou pas. Alors, toujours, [bug de son]. Je pense que ça dépend comment on peut. Moi, je
 142 dis toujours à la personne « je dois vous voir, c'est une demande médicale, mais c'est aussi important
 143 pour votre stage de réadaptation respiratoire en globalité ». Et que j'explique ce qu'il en est. Donc je
 144 pense que ça rassure aussi la personne, qu'elle n'a pas de surprise en fait, c'est vraiment ce que je vais
 145 faire.

146 00:14:37 Étudiante

147 Est-ce que vous pouvez m'expliquer un moment où ça vous est arrivé, l'engagement d'un patient,
 148 justement, il a considérablement augmenté pendant la séance?

149 00:14:51 E4

150 Je pense que c'est vraiment ce moment où le patient, la similarité dans toutes les prises en soin, c'est
151 vraiment ce moment où le patient, on lui demande d'expérimenter, on lui a expliqué, on lui demande
152 d'expérimenter. Je vous parle de ce qui est dans ma pratique, soit directement lors de la diminution
153 d'essoufflement, une meilleure oxygénation, une diminution de la fatigabilité. Soit peu de temps après,
154 on lui a demandé de faire la mise en situation et puis il expérimente par lui-même dans son quotidien,
155 dans sa chambre ou à domicile. Puis il revient vous voir et puis il vous dit : "Ah ouais, j'ai essayé de
156 faire ce que vous nous avez raconté l'autre jour et puis la différence." Et puis là, tout de suite, on voit
157 une différence d'engagement où la personne, dans une prochaine séance, que ce soit de groupe ou
158 d'individuel, elle sera vraiment beaucoup plus impliquée à savoir, à connaître, à poser des questions
159 parce qu'il y a eu cette mise en œuvre, parce qu'il y a eu ce retour corporel et psychologique qui a
160 permis à la personne de voir la différence.

161 00:16:25 Étudiante

162 Et généralement, quand vous proposez des adaptations en séance, comment les patients ils réagissent
163 en séance?

164 00:16:39 E4

165 Alors c'est variable. Il y a ceux qui « Oh non, ça me concerne pas, c'est pas pour moi, j'en ai pas
166 besoin. » Il y a ceux qui « ouais, peut-être un jour. » Il y a ceux qui « oui, quand je ne serai pas bien et
167 quand ça n'ira vraiment pas ». Et puis, il y a ceux qui, « oui, je le sais, parce que ça ne peut que m'être
168 utile ». C'est peut-être lié à ce qu'ils ont déjà vu que d'autres éléments transmis ont été profitables. Et
169 puis, il y a ceux qui sont pleinement convaincus et ont soif d'améliorer toutes les petites choses du
170 quotidien. Après, moi qui suis avec des pathologies chroniques, je trouve que c'est très évolution de la
171 pathologie dépendante. C'est-à-dire des patients qui sont peu dégradés, auront plutôt une approche,
172 « peut-être ». Alors que des patients très dégradés, n'auront pas le choix en fait de trouver des
173 solutions.

174 00:17:57 Étudiante

175 Et selon vous, quels effets ont ces réactions dans l'accompagnement en général?

176 00:18:09 E4

177 C'est vrai que ma posture thérapeutique, elle va changer. J'ai envie de dire, au début de ma pratique
178 d'ergothérapeute, quand j'étais jeune professionnelle, je voulais absolument qu'ils fassent. Je voulais
179 absolument leur prouver qu'il fallait qu'ils mettent en œuvre ce que je racontais. Les préconisations,
180 peut-être que ça allait leur changer quelque chose. Maintenant, je suis beaucoup plus dans : « chaque
181 personne à son rythme ». Effectivement, chacun prend ce qu'il est capable de prendre au fur et à

182 mesure de sa pathologie ou de sa vie. Et en fait, je schématise beaucoup plus, quand je vous ouvre ma
183 boîte à outils et vous prenez les outils, je vous encourage à les essayer. Si vous voyez qu'ils vous
184 conviennent, vous les gardez. Et si ça ne vous convient pas, vous les laissez.

185 00:19:04 Étudiante

186 Et justement, par rapport à ces outils, selon vous, qu'est-ce qui aide ou qu'est-ce qui empêche les
187 patients de participer aux décisions pendant les séances?

188 00:19:18 E4

189 J'ai envie de dire rien. En tant qu'ergothérapeute, je dois tout mettre en œuvre pour qu'ils soient libres
190 de prendre ou de ne pas prendre ce qui leur est nécessaire.

191 00:19:38 Étudiante

192 Et vous, en tant qu'ergothérapeute, qu'est-ce que vous mettez en place pour encourager cette
193 participation?

194 00:19:47 E4

195 Les mises en situation, vraiment, c'est notre grosse force en tant qu'ergothérapeute. C'est vraiment la
196 mise en pratique, en activité, pour qu'ils puissent être vraiment dans le concret et puis toucher du doigt
197 réellement si c'est faisable ou pas, et transférable dans leur quotidien.

198 00:20:11 Étudiante

199 Est-ce qu'il y a un moment où dans votre pratique, vous avez identifié un lien entre vous, votre
200 créativité et le fait d'avoir collaboré avec le patient dans la création de la séance ou dans la création de
201 son accompagnement ?

202 00:20:36 E4

203 Je ne suis pas sûre d'avoir bien compris votre question. Vous voulez bien la reformuler, s'il vous plaît?

204 00:20:41 Étudiante

205 Bien sûr. Est-ce qu'il y a déjà un moment où votre créativité à vous, elle a déjà influencé la prise de
206 décision qui était avec le patient en séance?

207 00:20:55 E4

208 Oui, clairement. Oui, je n'ai pas un moment qui me vient précis. Mais oui, en fait, je pense que
209 justement, quand on est au fait de ses besoins et de quelque chose qui colle à sa situation. Ben oui,
210 forcément, sa participation, elle est décuplée derrière. Et puis parce qu'on lui propose un moyen qui lui

211 correspond en fait. C'est pas pour le voisin. Si vraiment on aboutit l'histoire, on va au bout du fait
212 qu'on lui permet de faire, de réaliser, et donc de participer.

213 00:21:42 Étudiante

214 Il s'avère que j'ai complètement oublié de vous demander la question signalétique. Est-ce que vous
215 pouvez vous présenter ?

216 00:21:58 E4

217 Oui. Donc, travaille en réadaptation respiratoire, Depuis 2008, donc ça va faire 16 ans en septembre.
218 Majoritairement, j'ai fait un certain temps un temps de la gériatrie. Et depuis un an et demi, en libéral,
219 un tout petit libéral, vraiment. Et j'enseigne aussi régulièrement. dans les instituts de formation en
220 ergodabie en Sud. Et je suis une jeune fille, voilà.

221 00:22:42 Étudiante

222 Vous avez votre diplôme depuis combien de temps?

223 00:22:45 E4

224 J'ai eu mon diplôme en 2009, février 2009. Donc ça fait 17 ans.

225 00:22:59 Étudiante

226 Merci beaucoup. Est-ce que vous, souhaitez apporter d'autres informations ou approfondir un point en
227 particulier?

228 00:23:17 E4

229 Non, il n'y a rien qui me vient.

Annexe VIII : Introduction à l'entretien

Bonjour et merci de participer à cet entretien dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche en ergothérapie à l'IFPVPS. Cet entretien s'intéresse à la créativité de l'ergothérapeute et aux formes d'engagement du patient.

L'entretien dure environ 45 minutes et comporte 12 questions au maximum. Il sera enregistré conformément à votre consentement écrit afin de garantir la fidélité des données et de faciliter leur analyse. Toutes vos réponses resteront strictement confidentielles et anonymes. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vos données seront supprimées d'ici cinq ans.

Avant de commencer, avez-vous des questions ou souhaitez-vous des précisions sur le déroulement de l'entretien ?

Annexe IX : Grille de codage vierge

Thèmes	Critères	Indicateurs	Codes	Verbatim E1	Verbatim E2	Verbatim E3	Verbatim E4
Cocréation	Engagement actif mutuel tout au long du processus	Définition commune du problème	Besoins communs				
		Conception commune des solutions	Objectifs négociés				
		Mise en œuvre commune	Moyens négociés				
		Evaluation commune des changements	Évaluation partagée				
	Partenariat égalitaire	Inclusion des savoirs mutuels	Prise en compte des connaissances du patient				
		Inclusion des points de vue mutuels	Prise en compte des envies du patient				
Créativité de l'ergothérapeute	Reconnaissance individuelle de la créativité en ergothérapie	Reconnaissance comme une composante de l'identité professionnelle	Identité créative				
		Reconnaissance comme une compétence intrinsèque professionnelle mobilisable	Compétence mobilisable				
	Création de séances personnalisées	Génération de sens dans l'occupation	Intégrité de l'interaction entre l'attrait, de la réalité écologique et de la pertinence				

	<i>Création de séances personnalisées (Suite)</i>		pour atteindre les objectifs				
		Génération d'attrait dans la séance	Proposition intentionnelle d'activités mobilisant plaisir, ressourcement et sentiment de productivité				
	Adaptation des séances	Adaptation des techniques à des situations nouvelles	Présence d'adaptations dans les protocoles, activités ou supports utilisés				
		Ajustement de la séance selon les capacités du patient à réaliser l'occupation	Présence de gradations d'ordre contextuelles et subjectives selon l'adéquation avec les capacités du patient				
	Adaptation relationnelle	Ajustement de la posture	Modulation de la distance thérapeutique, du rôle ou de la directivité, selon l'état émotionnel du patient				
		Adaptation de la communication	Ajustement de la forme, du contenu et de l'utilisation du langage				

Annexe X : Tableau des données sociodémographiques

Ergothérapeute ▾	Sexe ▾	Age ▾	Nombre d'années d'expérience ▾	Lieu d'exercice actuel ▾
E1	Homme	25 ans	3 ans	Dernière expérience il y a 3 mois en SMR
E2	Femme	33 ans	11 ans	SMR en neurologie, de orthopédie, traumatologie, avec les grands brûlés et amputés
E3	Homme	40 ans	8 ans	SMR en post réanimation, temps partiel en MAS, équipe mobile
E4	Femme	n'a pas souhaité communiquer son age	17 ans	SMR réadaptation respiratoire

Annexe XI : Grille de codage avec données

Thème : cocréation

Critères	Indicateurs	Codes	Verbatim E1	Verbatim E2	Verbatim E3	Verbatim E4
Engagement actif mutuel tout au long du processus	Définition commune du problème	besoins communs	Il y aura d'autres pathologies qui vont être beaucoup plus complexes, où les personnes auront besoin de dire leurs besoins, ce qui leur pose problème (E1, L321-322). Dans tous les cas, la cocréation, je trouve que ça part quand vous faites des trucs un petit peu différents de ce que vous faites d'habitude. Ça part souvent d'une demande du patient et dans ce cas-là, vous avez souvent quand même une cocréation. (E1, L555-558)	je vais questionner qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qui ne convient pas ? Est-ce que c'est l'exercice ? Est-ce que c'est une douleur ? Est-ce que c'est un état clinique ? Est-ce que c'est une fatigue ? Enfin voilà, essayer de comprendre ce qui va pas. (E2, L69-71).		
	Conception commune des solutions	Objectifs négociés	ça va être leurs objectifs. Souvent, ça va revenir s'ils ont des demandes particulières, des choses où il faut réaxer. (E1, L376-377). bien insister dès le début de la prise en charge, que en fait, il faut faire des demandes. Bah en fait c'est notre cœur de métier (E1, L382-387). ce qu'il veut faire plus tard, sur ses objectifs (E1, L404).	quelles sont vos attentes ? Qu'est-ce que vous attendez de votre séjour ici ? [...] Quels sont vos objectifs ? (L198) Sur quoi vous voulez travailler ? (E2, L199) démarrer l'accompagnement par rapport à leurs attentes et leurs objectifs (E2, L204-205). Si quelqu'un va dire : « moi j'arrive pas à m'habiller le haut du corps et c'est vraiment un problème pour moi. » On va essayer de travailler sur ça. (E2, L51-52) soit ça peut, être des activités où eux ont pu nous dire qu'ils avaient une problématique envers celle-ci, soit c'est le professionnel qui a repéré qu'il y a quelque chose qu'on pourrait travailler (E2, L53-54)	Je leur demande ce qu'ils veulent (E3, L93) lui montrer que c'est ses objectifs à lui, que c'est pas les miens (E3, L361)	
	Mise en œuvre commune	Moyens négociés	Sur l'accompagnement, déjà les horaires. (E1, L352) [...] la personne si elle me dit : « moi, cet horaire-là, c'est trop compliqué pour moi parce que ça me fait courir dans tous les sens. Est-ce que c'est possible d'avoir cet horaire-là ? ». (E1, L356-359) Donc s'adapter déjà sur les horaires [...] je vais tout faire pour essayer de modifier sur mon emploi du temps et revoir un peu les priorités. (E1, L362-365).	Et ça arrive qu'ils nous disent : « aujourd'hui, je ne suis pas en forme, je préférerais qu'on travaille sur table ou aujourd'hui, j'aimerais bien qu'on essaie les transferts » (E2, L226-228). on peut discuter, on peut voir, même arrêter la séance si jamais ça arrive. (E2, L74-75).	Je fais si vous voulez, autre chose (E3,107) « moi, je veux que vous conduisiez le fauteuil tout seul, ce type de fauteuil-là ». Je lui demande s'il est d'accord, je lui demande si le type de fauteuil lui convient, je lui explique comment on va faire,[...] des fois, il me propose des trucs, ils font des contre-propositions. [...] et puis on voit. (E3, L316-317)	par rapport aux besoins du patient et aux activités qu'il veut ou qu'il doit réinvestir selon ses priorités à lui. (E4, L39-40)

Engagement actif mutuel tout au long du processus	Mise en œuvre commune	Moyens négociés	Et de voir avec eux s'ils sont d'accord, des fois pas forcément. En tout cas, on peut répondre à cette demande-là déjà qu'ils peuvent nous faire sur l'organisation globale de l'accompagnement (E1, L374-376). il m'aide à mettre en place le truc et qu'au final on se retrouve à faire ça à 2 où c'était assez fun (E1, L554-555).		Donc on le fait à 2 en fait, parce que c'est lui qui est responsable de sa rééducation, c'est pas moi, c'est sa vie, c'est à lui d'être acteur. (E3, L320-321) Il me fait « viens, on va directement par terre, par contre, si j'ai peur, vous êtes là », je suis d'accord, mais on l'a fait en fait. (E3, 107-108) je demande pas ce que veulent les patients, je leur propose. Je propose des choses, je propose des idées. Mais je leur je les laisse pas quand même en galère à trouver l'idée (E3, 164-165) Je leur propose des choses, je leur dis les objectifs et puis s'ils ont des idées, je prends(E3, L166-167) je lui demande son avis (E3, L312) une fois que le patient il s'est approprié ces objectifs-là, il sait qu'il est là pour ça, puis il faut qu'il trouve les moyens d'y arriver (E3, L362-363) C'est un truc qui se fait à 2 quoi, vraiment, c'est une alliance à 2. Je ne suis pas là pour distribuer des séances et je le ferais pas aussi bien que si lui il m'aidait quoi (E3, L363-364) on trouve ensemble ce qui plaira, qui marchera (E3, L117)	
	Evaluation commune des changements	Évaluation partagée		nous on a retravaillé dessus pour faire un truc un petit peu plus conventionnel (E2, L303-304). [fait suite à la création d'aide technique par la patiente] On a il a réfléchi, et il m'a dit « moi j'aurais fait plutôt comme ça » et après on a fait des essais et on a essayé de construire des choses ensemble. (E2, L281-282).	on a fait des séances à s'entraîner, à retoucher l'orthèse, des fautes d'hygiène qu'il y avait avec la supervision de l'infirmière (E3, L199-202) ça nous fait gagner un temps fou en fait. Parce qu'il essaye tout, il propose des idées, un truc un peu moyen, il arrive à le transformer en truc qui marche juste en discutant ensemble. (E3, L276-278)	

Thème : Créativité de l'ergothérapeute

Reconnaissance individuelle de la créativité en ergothérapie	Reconnaissance comme une composante de l'identité professionnelle	identité créative	c'est important (E1, L486) C'est ce qui nous distingue aussi des autres métiers dans un centre de rééducation, que notre but, c'est d'aller chercher tous ces mouvements que d'autres professionnels ne feront pas (E1, L515-518). la créativité, enfin, c'est la base de tout (E1, L519) La créativité, pour moi, ça fait partie au maximum de notre champ de compétences et de ce qu'on doit appliquer dans ses séances (E1, L534-535).	je pense que d'être créatif (E2,L32) pour moi la créativité, l'adaptabilité, ça rentre un petit peu dans la même chose (L242)	La créativité ça en fait partie, surtout dans mon métier (E3, L59) moi c'est vraiment indispensable dans tous les domaines (E3, L398) c'est obligatoire (E3, L415)	La créativité. Et c'est l'une des raisons pour lesquelles j'ai choisi ce métier (E4, L86) Très importante (E4, L92)
	Reconnaissance comme une compétence intrinsèque professionnelle mobilisable	Compétence mobilisable	Être créatif, pour moi, c'est de la résolution de problèmes aussi. (E1,L513) En fait, pour moi, c'est hyper important que ce soit d'un point de vue dans l'évaluation ou dans la rééducation. (E1, L514-515) C'est qu'il y a un problème à la base, ou pas, et il faut aller le chercher. C'est la créativité qui va permettre de le rechercher. (E1, L513-514). On en aura besoin pour évaluer, on en aura besoin pour la rééducation et pour l'adhésion du patient aussi, pour le relationnel. (E1, L519-520). c'est quand même hyper important de faire preuve de créativité parce que des fois on est dans des centres où il y a pas beaucoup de matériel ou alors dans des pathologies qui limitent le matériel qu'on peut utiliser.(E1, L499-501) il faut aussi faire preuve de créativité, se dire « j'ai un problème, j'arrive pas à faire ça, qu'est-ce qui pourrait résoudre ce problème-là et aller rechercher ? » (E1, L531-533). Des fois être créatif, utiliser des outils qu'on utilise pour	c'est quelque chose que j'ai dû développer, notamment dans ma première expérience professionnelle où j'avais besoin beaucoup d'inventer de parce que j'avais des personnes où les solutions du commerce, les solutions existantes ne fonctionnaient pas. (E2, L250-252). parce qu'on va nous demander potentiellement d'inventer des choses, enfin je pense à certaines aides techniques par exemple (E2, L32-33) quand on travaille sur des activités fonctionnelles de la vie quotidienne, par exemple, je pense que la créativité, elle va influencer surtout (E2, L323-324) je vais plutôt faire appel à mes compétences créatives en me disant là ça fonctionne pas, avec ce qui existe, ça fonctionne pas. Donc qu'est-ce que je vais pouvoir faire pour que ça puisse fonctionner ? (E2, L326-328). être créatif, c'est pouvoir proposer des solutions, proposer des activités, détourner des activités existantes ou proposer des choses qui n'existent pas pour pouvoir mieux répondre aux besoins des personnes, mieux répondre aux attentes qu'ils peuvent avoir en rééducation (E2, L267-270)	Sans ça, je me retrouverais dans des situations où je ne sors pas de la situation d'handicap pour mes patients avec des aides techniques classiques ou avec des procédés classiques que vous voyez un peu partout (E3, L61-63) Des fois, il y a des choses que vous n'arrivez pas à accomplir et il faut être créatif ou chercher des idées un peu partout. Si vous cherchez juste sur des sites Internet, ça va être compliqué. (E3, L63-65) Quand vous avez un niveau de handicap tel que le catalogue de chez [marque médicale] suffit pas, va falloir que vous trouviez des solutions qui n'existent pas. (E3, L416-417)	je peux utiliser ma créativité pour m'adapter aux options qui correspondent à chaque patient selon l'environnement. (E4, L86-87) être créatif en ergothérapie, c'est vraiment notre triangle activité, occupation et environnement. C'est vraiment faire en sorte que ça cohabite les 3 et qu'on agisse sur les 3 (E4, L101-102)

	Reconnaissance comme une compétence intrinsèque professionnelle mobilisable	Compétence mobilisable	une pratique spécifique avec les brûlés ou autre, et de les réappliquer en neuro d'une manière un peu différente avec une approche toujours un petit peu médicale, ça peut apporter aussi au patient (E1, L525-527) La créativité, ça peut être important pour tout ce qui est manuel, quand on doit créer des aides techniques, quand on peut se retrouver à faire des choses complètement lunaires.(E1, L527-529)	inventivité, réflexion sur le choix de nos exercices, tout ce qui est essayer de motiver le patient, enfin de le faire un petit peu s'engager dans ce qu'on pouvait lui proposer. Donc tout ce qui va chercher à son adhésion, enfin sa participation, sa motivation. (E2, L42-44).		
Création de séances personnalisées	Génération de sens dans l'occupation	Intégrité de l'interaction entre l'attrait, de la réalité écologique et de la pertinence pour atteindre les objectifs	la créativité, pour moi, oui, c'est hyper important, à la fois pour répondre aux demandes des patients quand ils en ont besoin, pour que ce soit adapté d'un point de vue médical, éviter toutes les problématiques en lien avec la répétition et aller chercher tous les mouvements qui d'un point de vue analytique ne paraissent pas difficiles et qui au final peuvent devenir difficiles quand on le fait d'un point de vue fonctionnel. (E1, L503-507)	Choisir des médiateurs qui ont du sens pour la personne. Donc soit on part par exemple sur des activités de la vie quotidienne sur lesquelles pour eux c'est important de travailler. (E2, L49-51).	savoir aussi ses activités antérieures (E3, L86) l'activité signifiante c'est super important parce que dans le vrai travail d'ergothérapeute vous pouvez avoir vraiment des patients en refus (E3, L89-90) si ça lui évoque un peu quelque chose, peut-être vous allez le faire adhérer (E3, L93-94)	on lui a demandé de faire la mise en situation et puis il expérimente par lui-même dans son quotidien, [...] tout de suite, on voit une différence d'engagement où la personne, [...] elle sera vraiment beaucoup plus impliquée à savoir, à connaître, à poser des questions parce qu'il y a eu cette mise en œuvre, parce qu'il y a eu ce retour corporel et psychologique qui a permis à la personne de voir la différence. (E4, L154-160)
	Génération d'attrait dans la séance	Proposition intentionnelle d'activités mobilisant plaisir, ressourcement et sentiment de productivité	ce qui peut potentiellement lui plaire aussi (E1, L64) j'ai joué avec lui et au final, comme il était engagé dans le truc et que ça représentait aussi un peu ce qu'il aurait aimé faire. Au final, il a fait la séance complète, il a fait sûrement plus que si on avait marché (E1, L225-227) passant par des choses plus fun [...] où elle s'est retrouvée en fait à faire les choses sans se rendre compte qu'elle les faisait (E1, L232-233). faire quelque chose qui, même d'un point de vue médical, est peut-être moins important pour lui, mais qui peut lui changer les idées (L82-83) d'aller dans le loisir, d'aller dans du fun, d'aller même dans du côté	ça arrive ou quand on propose quelque chose que la personne aime beaucoup faire, par exemple la cuisine ou par exemple, je ne sais pas, coudre, ce genre de choses, ça peut aider à la faire travailler après ou à la faire adhérer aux séances (E2, L164-167) Je pense que je vais essayer d'entrer, enfin de proposer des choses. On parlait des choses qui ont du sens ou qui tiennent à cœur à ces personnes-là. Donc je pense que je vais essayer de leur proposer des choses qui leur plaisent ou auxquelles ils sont attachés pour pouvoir travailler, même si ce serait pas, ce que je proposerais en premier habituellement (E2, L140-144)	savoir ce que votre patient aime ou pas, parce que des fois il ne peut pas toujours vous le dire (E3, L87-88) dès que je sors un truc, il est trop content. C'est les après-midi de technique, d'ailleurs, il en fait avec moi, il fabrique 2 3 trucs, je lui donne des petites tâches à faire avec moi et il adore ça (L257-258)	

	Génération d'attrait dans la séance	Proposition intentionnelle d'activités mobilisant plaisir, ressourcement et sentiment de productivité	social (E1, L92-93). Il faut leur montrer qu'ils peuvent aussi faire des choses plus sympas (E1, L85). le but c'est que je les pousse au final à faire plus que ce qu'ils veulent faire en temps normal (E1,L242-243) chercher la motivation du patient (E1, L66) des exemples de patients où vous arrivez à avoir beaucoup plus en faisant des jeux par rapport à quelque chose d'analytique, il y en a quand même souvent. (E1, L236-238). à la fin, ils se rendent compte que justement ils ont fait plus que ce qu'ils pensaient être capables de faire de par l'activité et au final, bah ils sont super contents (E1, L245-247)			
Adaptation des séances	Adaptation des techniques	Présence d'adaptations dans les protocoles, activités ou supports utilisés	vous pouvez toujours modifier et utiliser, une barre par exemple pour l'utiliser comme quelque chose pour le golf (E1, L137-139). c'est vrai qu'on se rend compte qu'on peut quand même créer tout et n'importe quoi et faire des choses qui peuvent quand même être adaptées médicalement et aux séances des patients en fonction du matériel que vous avez (E1, L569-571) faire des choses où on va essayer d'amener du médical, d'amener de la rééducation, mais de manière complètement dérivée et ça peut être milles manières possibles (E1, L90-91) détourner, je pense que ça arrive quand même assez souvent et ça reste important pour pas être redondant aussi dans ce qu'on va proposer(E1, L147-148) Et en même temps, nous, notre but c'est de travailler du fonctionnel. Donc si on	être créatif, c'est pouvoir proposer des proposer des solutions, proposer des activités détourner des activités existantes ou proposer des choses qui n'existent pas pour pouvoir mieux répondre aux besoins des personnes, mieux répondre aux attentes qu'ils peuvent avoir en rééducation (E2, L267-270) Je pense qu'on le fait, enfin je dirais quasiment 80% du temps(E2, L95) Il y a des outils qui sont dédiés à la rééducation, ça on le sait, mais après ça dépend un petit peu les moyens de l'institution et de l'endroit dans lequel on travaille. Mais évidemment qu'on détourne beaucoup de choses de leurs utilités premières(L95-98) on réfléchit plutôt au détournement de l'utilisation initiale des objets. Et là, on va devoir être plus créatif pour arriver à nos fins (E2, L328-330). Je pense notamment aux jeux par exemple qu'on utilise beaucoup et qui à la base sont purement ludiques pour des enfants ou des adultes. Que nous on va utiliser pour	je vais voir ce que j'ai autour de moi, je vais voir l'environnement et m'adapter au lieu (E3, L80-81) vous vous adaptez donc d'abord, pour les séances, je regarde ce qu'il y a autour de moi, que ce soit matériel ou locaux, environnement (E3, L85-87) je fais que ça de toutes mes journées. Honnêtement, je fais que ça. Je leur pique du matériel aux infirmières pour faire des trucs, enfin, des outils et tout. Et je fais vraiment que ça, (E3, 190-191) sur l'utilisation d'aides techniques.(E3, L203-204) je vois ce qui existe comme matériel dans le marché, sur les trucs de série. Et soit je détourne l'utilisation du truc ou je le fabrique moi-même avec des caractéristiques qui correspondent plus à mon patient (E3, L208-210) la dernière fois, j'ai fabriqué une paille avec un	ça m'arrive tout le temps et très régulièrement (E4, L81) on se doit d'être créatifs dans [...] cette activité,[...] d'habitude on la fait comme ça, je leur propose une autre forme. (E4, L103-104)

Adaptation des séances	Adaptation des techniques	Présence d'adaptations dans les protocoles, activités ou supports utilisés	travaille qu'un seul mouvement ou que 2 mouvements, admettons tout le temps les mêmes à un moment, ça apporte pas au patient. (E1, L493-495) Dans tous les cas, il faut varier les exercices parce que c'est comme ça qu'on aide le plus au patient d'un point de vue fonctionnel (E1, L501-503) On peut se retrouver à faire des fourchettes, par exemple une collègue qui avait fait une fourchette qui faisait au moins 40 cm de long parce qu'il y avait plus d'extension de coude (E1, L529-531). avec un peu de créativité, si vous vous forcez à utiliser certains objets, vous pouvez quand même faire des belles séances, des séances pertinentes (E1, L571-575). Donc au final détourner, si vous voulez travailler d'un point de vue fonctionnel, je trouve que c'est quelque chose qui est hyper important (E1, L144-147). adaptation de l'activité (E1, L41)	pouvoir faire travailler certaines fonctions cognitives par exemple(E2,L98-100) Et même dans nos exercices moteurs par exemple ou de préhension, c'est des choses qui à la base ne sont pas faites pour de l'entraînement moteur ou de l'entraînement de la dextérité. C'est plutôt des jeux en général. (E2,L100-102) dans les séances, je pense qu'on réfléchit plutôt à au détournement de l'utilisation initiale des objets. Et là, on va devoir être plus créatif pour arriver à nos fins et à ce qu'on veut travailler, alors que à la base, cet objet-là n'est pas fait pour ça.(E2, L328-330)	tuyau à oxygène (E3, L211-212) des fois l'amener par autre chose. En fait l'amener, c'est juste lui montrer qu'il va y arriver. (E3, L242-243) je détourne vraiment beaucoup de matériel (E3, L262) Vous allez utiliser, détourner une pièce de base du fauteuil pour la monter complètement à l'envers (E3, L406-407)	
Ajustement de la séance selon les capacités	Ajustement de la séance selon les capacités	Présence de gradations d'ordre contextuelles et subjectives selon l'adéquation avec les capacités du patient	au lieu de demander six, on va peut-être demander deux (L122), moins haut en amplitude, éviter les mouvements douloureux (E1, L123-124) quitte à changer l'exercice toutes les 3, 4, 5 min s'il faut (E1, L113-114). aller vers du plus facile tout simplement (E1, L106) des fois tout simplement partir sur quelque chose de très facile au début, surtout pour les personnes qui ont besoin d'être un peu plus valorisées et d'augmenter au fur et à mesure plutôt que de partir sur quelque chose d'assez difficile où dont on pense qu'il est déjà un petit peu limite et qui peut le mettre en difficulté. (E1, L109-113).	si c'est trop facile [...] on va essayer de rendre l'exercice plus difficile, donc soit avec des contraintes. (L82-84) des contraintes de hauteur, des contraintes de poids, rapprocher les appuis (E2, L84-85). on est amené à programmer quelque chose pour notre séance et selon l'état du patient, pouvoir faire évoluer notre séance (L39-41) on adapte la séance (E2, L71-72).	Si c'est vraiment trop dur, après c'est la gradation (E3, L172) Vous diminuez les amplitudes, vous diminuez le temps, vous pouvez changer d'activité aussi et vous pouvez réorienter sur d'autres trucs.(E3, L172-173)	je vais travailler dans la gradation,[...] diminuer sur la quantité, l'effort demandé, soit le nombre de tâches enchaînées, on va aller travailler dans la gradation et autant dans l'environnement que dans la durée, que dans le nombre. (E4 L73-75)

Adaptation relationnelle	Ajustement de la posture	Modulation de la distance thérapeutique, du rôle ou de la directivité, selon l'état émotionnel du patient	[la créativité] On en aura besoin pour évaluer, on en aura besoin pour la rééducation et pour l'adhésion du patient aussi, pour le relationnel. (E1, L520) , il peut y avoir des demandes d'un point de vue relationnel, par exemple parler moins fort. Mais il peut y avoir plein de demandes en fait, auxquelles on s'attend pas forcément, où des fois des patients peuvent se sentir infantilisés, donc qui peuvent aussi demander à ce qu'on ait une posture différente, qu'on ait une approche différente (E1, L411-416) c'est à nous, de nous adapter. On a pas que des patients qui sont qui vont être joviaux, qui vont beaucoup parler. Il y a des patients qui vont être très en retrait, très calmes (E1,L201-202) tous les patients n'ont pas envie de parler, tous les patients n'ont pas envie de rigoler et c'est comme ça, il faut s'adapter, ça pose généralement pas de problème.(E1, L210-211) il faut accepter de prendre une position, c'est vous qui savez, entre guillemets, parce que le patient il voudra pas. (L462-464) [...] il fallait que j'accepte qu'il y arrive pas, il fallait que je prenne la décision pour lui, même si ça le frustre et que ça l'énerve (E1, L472-474). Et après, c'est à nous, de nous adapter. (E1, L210) mettre un coup de colère pour que ça fonctionne aussi (E1, L94-95) poser le cadre (E1, L95)	On essaie de s'adapter quand c'est plus difficile (E2, L152) Je parlais d'adaptabilité, mais de remise en question un petit peu de notre pratique, de notre posture, de notre positionnement à ce moment-là. Ça demande d'écouter, d'être très présent et assez engagé dans la relation pour pouvoir réexpliquer les choses et s'adapter (E2, L189-190). je pense que pour qu'il y ait vraiment une alliance entre le patient et nous, on a besoin d'avoir une relation qui soit de bonne qualité et qui évolue au fur et à mesure de notre accompagnement. (E2, L126-128)	un patient récemment, j'ai essayé un peu de détendre le truc, j'ai vu que ça passait pas, donc je suis passé par autre chose parce que je me suis dit qu'il va se braquer (E3, L132-134) j'ai essayé de détendre l'atmosphère, mais d'avoir une relation de confiance avec le patient (E3, L139) je commençais un peu à parler d'autre chose, enfin d'avoir des sujets, des conversations diverses, peut-être un peu des fois sur la plaisanterie (E3, L142-143) je suis passé par autre chose, je me suis recentré sur ce dont il avait besoin. J'ai un peu effacé ce côté-là et le patient, j'essayais plus de le faire parler, c'était une autre approche. (E3, L144-146) je ferai tout ce que je peux pour que ça se passe bien et qu'on aille le plus loin possible [...] je ne suis pas là pour forcer les gens. (E3, L322-323) Est-ce que je peux me permettre d'être un peu dans la rigolade pour détendre le truc ? » Ça se réajuste ça. (E3, L129-130)	gérer le cadre en ce qui concerne le respect de la parole de chacun, si c'est un groupe ou le sentiment de sécurité du patient, que ce soit pour la réhabilitation des activités ou pour alors son allocution et les propos qu'il pourrait donner. (E4, L32-35) toujours en essayant de savoir pourquoi, si c'est pertinent, si ce n'est pas juste une fuite (E4, L61-62) on se doit d'être créatifs dans quelle posture je propose à ce moment-là (E4, L103) ma posture thérapeutique, elle va changer (E4, L177) quand j'étais jeune professionnelle, je voulais absolument qu'ils fassent. Je voulais absolument leur prouver qu'il fallait qu'ils mettent en œuvre ce que je racontais. [...] Maintenant, je suis beaucoup plus dans : « chaque personne à son rythme (E4, L178-181)
	Adaptation de la communication	Ajustement de la forme, du contenu et de l'utilisation du langage	la manière dont vous parlez au patient (L34-35) (E1).	s'il est très cognitif, on va pouvoir discuter un peu comme on discuterait habituellement. Après, quand on a quelqu'un qui est atteinte de déficience, ou enfin moi je pense aux enfants, enfin que j'ai pu côtoyer aussi. (E2, L122-124)	Je pense qu'il faut aller droit au but et expliquer les objectifs aux patients (E3, L112-113) Des fois d'être un peu cash [...] faut qu'il y ai un feeling avec le patient, faut pas être intrusif (E3, L109)	comment je reverbalise, reformule, adapte mon vocabulaire et ma tonalité aussi. Le ton et le rythme de ma voix. Selon ce que je perçois, c'est ce que je comprends que la

Adaptation relationnelle	Adaptation de la communication	Ajustement de la forme, du contenu et de l'utilisation du langage		C'est sûr qu'avec des enfants on va pas s'exprimer de la même manière qu'avec des adultes (E2, L124-125). j'ai tendance [...] à par exemple les appeler par leur prénom. Je trouve que ça met un petit peu de proximité puisque d'ailleurs ils nous appellent par le nôtre (E2, L128-132).	il faut être direct (E3, L116) le tutoiement c'est des fois mal vu, mais [...] des fois ça permet plus d'attirer leur attention, leur vigilance. Donc quand je peux me le permettre, je me le permets (E3, L110-112) des fois je me demande : « je tutoie ? je vouvoie ? (E3, L129) Quand c'est [...]des jeunes hommes, j'ai tendance à facilement avoir envie de tutoyer [...] Quand j'ai des hommes, je vouvoie, c'est des messieurs, mais ça passe pareil aussi très bien.[...] quand j'ai des dames, [...] je vais jamais les tutoyer. (E3, L120-124)	personne me comprend ou ne me comprend pas. (E4, L119-122)
--------------------------	--------------------------------	---	--	--	---	--

Nouvelles données

Thème : Cocréation

Limites à la cocréation	Garantie du cadre thérapeutique	Cadre sécuritaire	il faut aussi montrer qu'on n'est pas toujours, toujours, toujours, toujours hyper flexible parce que c'est pas toujours trop bon. (E1, L394-397). il fallait que j'accepte qu'il y arrive pas, il fallait que je prenne la décision pour lui, même si ça le frustre » (E1, L472-474) Vous vous adaptez en fonction de ses réactions et essayez de faire au mieux, mais vous pouvez pas toujours. Vous pouvez pas toujours laisser de l'espace, des fois vous pouvez juste pas le faire parce que ce sera délétère pour le patient. (E1, L478-479). Des fois, on peut pas répondre. Des fois, il y a des demandes qui ne sont pas réalistes ou qui ne sont pas ou qui ne sont pas dans le sens du patient. (E1, L394-396) poser le cadre [...], sortir de l'aspect activité occupationnelle [...] parce que ça peut desservir le patient si après il veut faire plus que ça. (E1, L97-98).	les personnes peuvent avoir des attentes qui sont irréalisables [...] proposer des choses qui sont en rapport avec la réalité pour pas non plus les mettre face à l'échec. (E2, L201).	Tout ce qui n'est pas dangereux, [...] du moment que ça va dans le sens des objectifs d'avoir un objectif réalisable, que niveau sécurité c'est OK. Moi, si ça l'engage, si jamais ça répondait pas à un objectif, je lui dirais par contre : « ça va rien nous apporter de le faire ». [...] si ça rentre pas dans nos objectifs, je vais tempérer un peu. (E3, L330-339)	
	Nécessité de prise de décision	Utilisation d'une posture directive	s'il y a des troubles cognitifs sévères ou autre, il comprendra pas forcément ce qu'il doit faire et là, c'est pas évident. Et il faut accepter de prendre une position, c'est vous qui savez, entre guillemets, parce que le patient il voudra pas. (E1, L462-464). il fallait que j'accepte qu'il y arrive pas, il fallait que je prenne la décision pour lui, même si ça le frustre et que ça l'énerve, de lui donner des trucs simples parce qu'il pouvait passer que par là. (E1, L472-474). Donc des fois il y a des problématiques où on est bloqué et on est obligé de			

Limites à la cocréation	Nécessité de prise de décision		prendre les décisions. (E1, L474-475).			
	Limites environnement	Limites matérielles	malheureusement, on n'a pas tout, on peut pas tout représenter (E1, L134), Enfin, il y a plein de choses où on n'a pas forcément le matériel (E1, L135-136), y avait quand même moins de matériel et donc des fois il faut un peu plus se casser la tête aussi (E1, L141-142)		en fonction du matériel, parce que finalement les idées vous pouvez en avoir plein, mais il faut pouvoir les réaliser (E3, L78-79)	on n'a pas toujours justement le matériel ou les outils sous la main. (E4, L81-82)
		Limites institutionnelles				l'institution fait qu'on a des patients de plus en plus lourds et où on doit aller vraiment à l'essentiel dans les choses que sont les soins personnels et les activités vraiment basiques de chaque personne. C'est peut-être le côté qui me manque le plus, c'est cette capacité à créer à chaque fois quelque chose de différent dans chaque situation. (E4, L93-96)
Freins de l'engagement du patient	Freins liés au profil du patient	Personnalité fermée	ou tout simplement parce que c'est une personnalité qui est fermée, qui parle pas trop généralement. (E1, L199-200).			
		État du patient	Ça peut être parce qu'il vit mal la situation à un moment donné, ou parce qu'il est encore complètement sous médicaments (E1, L197-198).	il y en a que ça va un peu effrayer, ou même qui vont remettre un petit peu en question ce qu'on va proposer, qui vont dire « non, c'est trop difficile, je ne vais pas y arriver » (E2, L176-178)		
		Conception passive du patient	leur vision du soin [...] c'est juste bah moi je suis là, je fais ma rééducation et c'est tout et je m'en fous de créer du lien social. (E1, L202-204). Donc selon les pathologies, selon les personnalités, elles vont avoir plus besoin d'être drivées ou non. Et il y a des personnes, non, c'est juste le côté traditionnel de : « Je suis en rééducation, c'est la personne qui sait et je me laisse partir. » Mais voilà, il faut juste s'adapter à ça. C'est à dire qu'on pourra pas forcer quelqu'un qui aime se laisser porter, à		la plupart, ils ne se disent pas qu'ils peuvent avoir cette place (E3, L346) Certains, ils attendent juste les consignes et puis juste ce qu'on leur demande [...] ils doivent un peu sacraliser le côté médical (E3, L347-348)	

			prendre ses initiatives elle-même sur ce qu'elle veut faire. Des fois, non, ça va plus même leur donner l'impression que peut-être, vous vous ne savez pas autant, casser une confiance aussi, d'une certaine manière. Donc il faut voir dans les 2 côtés. (E1, L335-340)			
		Conception prédéfinie du soin			elle adhère pas trop au côté créatif de l'ergothérapie. Elle adhère pas trop, elle a l'impression que je fais un peu ce que je veux, que c'est pas très sérieux (E3, L257-258)	
		Méconnaissance du métier	qu'ils comprennent bien le métier aussi, c'est ça, c'est souvent le problème. (E1, L436-437) Mais peut être que la personne ça va pas lui venir en tête parce que lui, sa vision de l'ergothérapie, c'est pas du tout celle-là, ça va peut être juste des cubes, travailler toujours assis, jamais debout. (E1, L445-447) Donc pour moi, je pense que ça reste important de bien présenter le métier, de bien expliquer les enjeux et d'expliquer à quoi vous servez aussi. (E1, L447-448)			je vais faire des propositions parce que les patients, des fois ils ne connaissent pas l'ergothérapie, ils ne savent pas à quoi ils peuvent s'attendre en termes de temps, de réalisation, d'activités (E4, L53-55)
	Freins liés aux caractéristiques de l'activité	Difficulté trop importante	Soit à l'inverse, il peut y avoir des échecs aussi. Vous pouvez vous retrouver à avoir proposé un jeu ou quelque chose qui le met plus en difficulté qu'autre chose. Et donc dans ce cas-là, ils réagissent pas bien, ça les met en difficulté. (E1, L247-249)			
		Activité non personnalisée	des personnes, vous leur proposez un jeu et vous avez l'impression que ça va, au final, ils veulent pas du tout de jeu parce qu'en fait ils aiment pas faire les jeux et que vous n'aviez pas bien saisi cet aspect-là ou pas assez questionné. (E1, L253-255)			

Mobilisation des ressources externes	Soutien de la cocréation avec les proches	Entourage comme levier de cocréation	peut-être dans ce cas-là, laisser plus de place aux proches, d'en discuter avec les proches pour aussi comprendre mieux ses réactions. D'une manière indirecte, vous lui laissez un petit peu d'espace (E1, L480-482).	inclure un petit peu la famille ou l'entourage quand il y en a, les proches. Si j'ai du mal à rentrer en contact, à établir une relation, je peux essayer de proposer aux proches d'accompagner en séance (E2, L144-147). les gens ont des bonnes idées, les gens ou leurs proches. [...] les proches aussi sont force de proposition. (E2, L299-305).		
	Soutien de la cocréation avec les autres professionnels	L'équipe comme mode d'entrée en relation		j'aimais bien aller sur les moments de toilettes d'habillage, d'activités du matin, donc par exemple avec les aides-soignants aussi, ça permettait d'entrer en relation un petit peu différemment. (E2, L150-152)	des fois je fais participer l'autre ergothérapeute avec moi pour voir si le comportement est différent (E3, L153-154) j'essayais de me caler un peu sur les autres pour voir comment il réagissait le patient (E3, L156-157)	

Thème : Créativité

Freins à l'utilisation de la créativité	Environnement institutionnel	Freins liés l'équipe pluridisciplinaire			des médecins ou des collègues kinésithérapeutes et on se dit « Ah pour lui, il faudrait faire ça, mais c'est pas possible ». Et puis si, on va le faire et puis ça marche. (E3, L65-66)	
		Profils de patients similaires				comme on est soumis par service, dans un service hospitalier, à des situations spécifiques propres à chaque personne par rapport à leur pathologie, on retrouve quand même une redondance dans les adaptations, les propositions qu'on fait d'un patient à l'autre. Et c'est en ça où peut-être on perd de créativité où on crée, mais de manière un peu plus robotisée (E4, L104-108)
	Fragilité de la production d'idées	Imprévisibilité du processus créatif		j'ai des idées qui sont bonnes ou mauvaises puisque des fois on pense que ça va fonctionner et puis finalement ça ne marche pas (E2, L310-311)	j'ai 10 idées par jour, j'en ai qu'une qui est bonne, mais on la prend. (E3, L68-69) Vous vous inspirez parce que ça vous vient pas. Vous n'avez pas l'illumination (E3, L214)	

	Sous-utilisation de la créativité	Sous-estimation de l'importance de la créativité		c'est très important et je pense que c'est quelque chose qu'on sous-estime un petit peu ou en tout cas dont on parle pas beaucoup (L237-238) qu'on se rend pas compte de l'importance de ça (E2, L240-241). Donc c'est sans doute des choses sur lesquelles on n'est pas assez sensibilisé peut-être dans notre formation, et je pense que c'est des choses qui peuvent se développer, même soi c'est des choses qui peuvent être inhérentes chez des personnes (E2, L246-249) Je pense que c'est des choses qu'on sous-estime un peu (E2, L242-243).		malheureusement, elle n'est peut-être plus assez présente. (E4, L92)
--	-----------------------------------	--	--	---	--	--

Annexe XII : Schéma du continuum de participation



Introduction : Alors que l'approche centrée sur le patient est promue à l'échelle mondiale, toutes les composantes de l'accompagnement en ergothérapie ne semblent pas toujours personnalisées dans les pratiques de rééducation. Dans cette perspective, la créativité de l'ergothérapeute peut favoriser l'adaptation de l'accompagnement. Bien qu'elle soit reconnue comme une ressource professionnelle pouvant soutenir l'engagement, son rôle dans le renforcement de la place du patient comme cocréateur des séances demeure peu exploré. Cette recherche vise donc à analyser la perception des ergothérapeutes concernant l'influence de leur créativité sur l'engagement du patient adulte dans la cocréation des séances de rééducation. **Méthode :** Une méthode qualitative est employée à partir de quatre entretiens individuels semi-directifs réalisés auprès d'ergothérapeutes exerçant en rééducation. L'outil de recueil de données est construit à partir d'un cadre conceptuel articulant créativité, engagement et cocréation. Les entretiens sont retranscrits intégralement puis analysés selon une approche mixte, à la fois hypothético-déductive, à partir d'une matrice conceptuelle, et inductive, selon les étapes proposées par Braun et Clarke. **Résultats :** Les résultats montrent que la créativité est perçue comme une composante de la pratique ergothérapique, mobilisée pour adapter la posture relationnelle et les activités. Elle semble favoriser un espace d'expression du patient soutenant ainsi son engagement dans la cocréation. Toutefois, la cocréation dépend de la place réellement laissée au patient dans le processus en ergothérapie. **Conclusion :** Cette recherche met en évidence que la créativité de l'ergothérapeute peut constituer un levier indirect de la cocréation, en créant un contexte favorable à l'engagement du patient. Elle invite ainsi à reconnaître la créativité comme une compétence clinique soutenant l'adaptation, la relation thérapeutique et la participation active du patient.

Mots clés: ergothérapie, créativité, cocréation, engagement, adaptation

Introduction : While patient-centered care is globally promoted, not all aspects of occupational therapy interventions are consistently tailored in rehabilitation practices. In this context, the therapist's creativity can help adapt patient care. Although recognized as a professional resource that supports patient engagement, its role in empowering patients to cocreate their sessions remains under-explored. Therefore, this study aims to analyze how occupational therapists perceive the influence of their creativity on adult patients' engagement in cocreating rehabilitation sessions. **Method :** A qualitative approach was used, based on four semi-structured individual interviews with occupational therapists working in rehabilitation. The data collection tool was developed from a conceptual framework linking creativity, engagement, and cocreation. The interviews were transcribed verbatim and analyzed using a hybrid method: a hypothetico-deductive analysis via a conceptual matrix, and an inductive analysis following Braun and Clarke's thematic framework. **Results :** The results show that creativity is viewed as an essential part of occupational therapy practice, used to adjust both the therapeutic relationship and activities. It appears to create a space for patient expression, thereby encouraging engagement in cocreation. However, cocreation ultimately depends on how much active space the patient is given within the occupational therapy process. **Conclusion:** This study demonstrates that therapist creativity can act as an indirect lever for cocreation by establishing an environment favorable to patient engagement. It highlights the importance of recognizing creativity as a core clinical skill that supports adaptation, the therapeutic relationship, and the active participation of the patient.

Keywords: Occupational therapy, creativity, cocreation, engagement, adaptation.