

**Portrait de la pratique des ergothérapeutes en réadaptation auprès des personnes
présentant une diminution d'auto-perception de leurs capacités cognitives à la suite d'un
accident vasculaire cérébral**

Florence Payant

Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

ERG 6015: Projet d'intégration

Valérie Poulin, professeure

Décembre 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Résumé

Problématique : Au Québec, près de 20 000 personnes par année vivent un accident vasculaire cérébral (AVC) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). De ce nombre, plus de la moitié présenteront un trouble neurocognitif (Munthe-Kaas et al., 2020) et plus du tiers auront une diminution de l'auto-perception de leurs capacités (Starkstein et al., 2010). Ces changements au plan de l'auto-perception sont associés à divers enjeux fonctionnels. Il apparaît donc important que les ergothérapeutes interviennent auprès de cette population. Cependant, les écrits scientifiques ne décrivent que partiellement le processus de pratique des ergothérapeutes auprès de ceux-ci. **Objectif :** Le but de cette étude est de documenter les pratiques des ergothérapeutes au Québec auprès de personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives lors de la phase aiguë et de réadaptation après un accident vasculaire cérébral (AVC). **Cadre conceptuel :** Pour orienter la rédaction et l'analyse des résultats, le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) est utilisé (Polatajko et al., 2013). **Méthode :** S'inscrivant dans un devis de recherche descriptif qualitatif, les participants visés par l'étude sont les ergothérapeutes exerçant depuis au moins un an au Québec et détenant une expérience pertinente auprès de la clientèle post-AVC en phase aiguë (c'est-à-dire, 1 à 7 jours post-AVC) ou en phase de réadaptation (c'est-à-dire 8 à 90 jours après l'AVC). La méthode d'échantillonnage utilisée est de convenance. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire sociodémographique et des entrevues semi-dirigées individuelles. Le traitement et l'analyse des données du questionnaire ont été réalisés à l'aide de statistiques descriptives alors que le traitement et l'analyse des données des entrevues ont été réalisés par une analyse thématique de contenu. **Résultats :** Les données collectées ont permis de tracer un portrait détaillé des différents points d'action et des éléments contextuels de la pratique des ergothérapeutes auprès de personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives lors de la phase aiguë et de réadaptation après un AVC. **Discussion :** Concernant l'évaluation, le recours à des outils non standardisés pour apprécier l'auto-perception pourrait résulter du fait que plusieurs outils d'évaluation disponibles n'évaluent pas l'ensemble des composantes de l'auto-perception des capacités et ne sont pas traduits en français. En ce qui a trait à l'établissement des objectifs et du lien thérapeutique, les écrits concordent avec les enjeux relevés par les ergothérapeutes de l'étude. Pour ce qui est des modalités d'interventions, davantage d'études sont nécessaires pour formuler des lignes directrices à ce sujet. **Conclusion :** Pour soutenir le développement de la profession, il serait bénéfique de créer un réseau de pratique en ergothérapie en incluant des ressources liées à l'auto-perception des capacités cognitives dans un contexte d'évaluation et de réadaptation fonctionnelles. De plus, il serait pertinent que davantage de recherches soient effectuées pour soutenir cette pratique.

Mots-clés : Ergothérapie, pratique, auto-perception des capacités, anosognosie, adulte, accident vasculaire cérébral (AVC), cognition, réadaptation

Abstract

Literature Review : In Quebec, nearly 20,000 people a year suffer a stroke (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). Of these, more than half will have a neurocognitive disorder (Munthe-Kaas et al., 2020), and more than a third will have reduced self-awareness of their abilities (Starkstein et al., 2010). These changes in self-awareness are associated with various functional challenges. It therefore seems important for occupational therapists to provide optimal services to this population. However, the scientific literature only partially describes how occupational therapists work with this population. **Purpose :** The aim of this study is to document the practices of occupational therapists in Quebec with people with reduced self-awareness of cognitive abilities during the acute and rehabilitation phase after a stroke.

Conceptual framework : To guide the writing and analysis of results, the Canadian Practice Process Framework (CPPF) is used (Polatajko et al., 2013). **Méthod :** As part of a qualitative descriptive research design, participants in the study were occupational therapists who had been practicing for at least one year in the province of Quebec and had relevant experience with post-stroke clients in the acute phase (i.e., 1 to 7 days post-stroke) or in the rehabilitation phase (i.e., 8 to 90 days post-stroke). The sampling method used was convenience. Data were collected using a sociodemographic questionnaire and individual semi-structured interviews. Questionnaire data were analyzed using descriptive statistics, while interview data were analyzed using thematic content analysis. **Results :** The data collected provided a detailed picture of the different action points and contextual elements of occupational therapists' practice with people with reduced self-awareness of cognitive abilities in the acute and rehabilitation phases after stroke. **Discussion :** Regarding assessment, the use of non-standardized tools to appraise self-awareness could stem both from the fact that several available assessment tools do not evaluate all components of self-awareness of abilities and are not translated into French. With respect to goal setting and the therapeutic relationship, the literature aligns with the challenges identified by the occupational therapists in the study. As for intervention modalities, more studies are needed to formulate guidelines on this topic. **Conclusion :** To support the development of the profession, it would be beneficial to create a network of occupational therapy practice, including resources related to self-awareness of cognitive abilities in the context of functional assessment and rehabilitation. In addition, more research is needed to support this practice.

Keywords : Occupational therapy, practice, self-awareness, anosognosia, adult, stroke, cognition, rehabilitation

Remerciements

La réalisation de cet essai n'aurait pas été possible sans la contribution de plusieurs personnes, dont Valérie Poulin, ma directrice de recherche. Merci d'avoir embarqué dans le projet que j'avais en tête, même s'il fut plus grand que je le croyais. Merci également de m'avoir poussée à me dépasser dès le début. Merci à Rébecca Gaudet, professionnelle de recherche, pour tes recommandations concernant Nvivo et l'analyse thématique. Merci à Marie-Michèle Lord, professeure en ergothérapie, pour ta présence rassurante et tes précieux conseils lors des séminaires.

Je souhaite également remercier les personnes qui m'ont soutenue tout au long de ce projet et de mes études universitaires. Merci à ma coloc et grande amie Camille Lapalme de m'avoir soutenue et d'avoir été une oreille présente tout au long de mon parcours universitaire. Merci également à mes parents d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir encouragée à me dépasser. Merci à mes amies en ergothérapie, Rose-Anne Simard, Marie-Joëlle Simon et Mathilde Kelly-Leblanc, pour les nombreux partages de questionnements et de rassurance.

Table des matières

RÉSUMÉ	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES FIGURES.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
1. INTRODUCTION	2
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1 DÉFINITION DE L'AUTO-PERCEPTION DES CAPACITÉS	3
2.2. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ET AUTO-PERCEPTION DES CAPACITÉS	7
2.2.1 <i>Impacts occupationnels</i>	8
2.2.2 <i>Réadaptation en phase aiguë et de réadaptation post-AVC</i>	8
2.3 ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DE CETTE CLIENTÈLE.....	9
2.4 PERTINENCE ET OBJECTIF DE RECHERCHE	12
3. CADRE CONCEPTUEL	12
3.1 PRÉSENTATION DU MODÈLE CANADIEN DU PROCESSUS DE PRATIQUE.....	13
4. MÉTHODOLOGIE.....	15
4.1 DEVIS DE RECHERCHE	15
4.2 PARTICIPANTS	15
4.2.1 <i>Critères de sélection</i>	15
4.2.2 <i>Méthode de recrutement</i>	16
4.3 COLLECTE DE DONNÉES	16
4.4 ANALYSE DE DONNÉES.....	17
4.5 IMPLICATIONS ÉTHIQUES.....	18
5. RÉSULTATS	18
5.1 PARTICIPANTS	18
5.2 POINTS D'ACTION DU MCPP	19
5.2.1 <i>Initier et établir le contact</i>	20
5.2.1.1 Identification d'une diminution d'auto-perception des capacités cognitives.	20
5.2.3 <i>Établir les balises</i>	22
5.2.3.1 Consentement aux services d'ergothérapie.....	22
5.2.4 <i>Évaluer et analyser</i>	23
5.2.4.1 But de l'évaluation.	23
5.2.4.2 Modalités de l'évaluation.	23
5.2.4.2.1 Entrevues	23
5.2.4.2.2 Utilisation du dépistage cognitif.	25
5.2.4.2.3 Mise en situation.....	25
5.2.4.2.4 Observations spontanées.....	27
5.2.4.2.5 Évaluation spécifique à la diminution de l'auto-perception des capacités cognitives.	28
5.2.5 <i>Convenir des objectifs et du plan</i>	29
5.2.5.1 Présentation des résultats des évaluations.....	29
5.2.5.2 Processus de sélection des objectifs.....	31

5.2.6 Mettre en œuvre un plan	34
5.2.6.1 Modalités d'interventions.....	34
5.2.6.1.1 Entraînement aux tâches fonctionnelles.....	34
5.2.6.1.2 Apprentissage exploratoire.....	39
5.2.6.1.3 Intervention auprès des proches.....	39
5.2.6.1.4 Interventions auprès de l'équipe de soins.....	40
5.2.6.1.6 Congé thérapeutique la fin de semaine.....	41
5.2.7 Faire le suivi et adapter/Évaluer le résultat	42
5.2.7.1 Conserver le lien thérapeutique.....	42
5.2.7.2 Adaptation de la thérapie selon l'amélioration.....	44
5.2.7.2.1 Lors d'amélioration.....	44
5.2.7.2.2 Sans amélioration.....	46
5.2.7.4 Pronostic pour l'orientation.....	47
5.2.8 Conclure et mettre fin	48
5.2.8.1 Orientation finale.....	48
5.3 ÉLÉMENTS CONTEXTUELS	50
5.3.1 Rôle de l'ergothérapeute.....	50
5.3.2 Collaboration.....	51
5.3.3 Facilitateurs et obstacles	52
5.3.3.1 Lien thérapeutique.....	52
5.3.3.2 Environnement.....	52
5.3.3.3 Collaboration avec les proches.....	53
5.3.3.4 Collaboration interprofessionnelle.....	54
5.3.3.5 Connaissances des ergothérapeutes sur la diminution de l'auto-perception.....	54
6. DISCUSSION.....	54
6.1 RETOUR SUR LES RÉSULTATS EN REGARD DU MCPP.....	55
6.2 COMPARAISON DES RÉSULTATS CLÉS AVEC LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES	56
6.2.1 Modalités d'évaluation	57
6.2.2 Établissement des objectifs	59
6.2.3 Modalités d'intervention.....	60
6.2.4 Lien thérapeutique	61
6.3 FORCES ET LIMITES	62
7. CONCLUSION	63
RÉFÉRENCES	65
ANNEXE A	71

Liste des tableaux

Tableau 1. Différence entre la diminution de l'auto-perception de ses capacités et le déni	7
Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	19

Liste des figures

Figure 1. Qualification de l'auto-perception (exemple de cas).....	6
Figure 2. Représentation des éléments de résultats de la section Points d'action du MCPP	20
Figure 3. Orientation.....	48

Liste des abréviations

AVC	Accident vasculaire cérébral
AVQ	Activités de la vie quotidienne
MCP	Modèle canadien du processus de pratique
PAB	Préposé aux bénéficiaires

1. INTRODUCTION

Au Québec, près de 20 000 personnes par année vivent un accident vasculaire cérébral (AVC) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). L'AVC se définit comme un groupe hétérogène de troubles provoqués par une brutale interruption localisée du débit sanguin cérébral ou à la rupture d'une artère à l'origine d'un déficit neurologique (Alexandrov et Krishnaiah, 2023). La survenue d'un AVC peut causer diverses séquelles au cerveau qui dépendront entre autres de la localisation de l'AVC. Les personnes peuvent vivre des changements aux plans physique (ex. : une faiblesse dans les membres ou le visage, une perte d'équilibre et de coordination), visuel (ex. : la dipoplie), de la communication (ex. : l'aphasie) ou encore cognitif (Alexandrov et Krishnaiah, 2023). Des déficits au plan cognitif peuvent amener, entre autres, des difficultés de planification, d'organisation, de traitement de l'information, d'exécution de tâche, de prise de décision, d'orientation, d'attention, de mémoire et de calcul (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, s.d.; Racette, s.d.). À long terme, la participation de la personne est diminuée, particulièrement pour le travail et l'éducation, la vie sociale et les relations ainsi que les activités récréatives et de plein air (Palstam et al., 2019). Il est d'ailleurs à noter qu'une proportion importante de personnes vivant avec les séquelles d'un AVC sont susceptibles de présenter des changements cognitifs, soit entre 14 et 29% des personnes qui auront un trouble neurocognitif léger (Munthe-Kaas et al., 2020) et entre 11% et 42% qui auront un trouble neurocognitif majeur (Munthe-Kaas et al., 2020). Parmi celles-ci, une proportion importante vont aussi présenter une diminution d'auto-perception de leurs capacités (Starkstein et al., 2010) après avoir vécu un AVC, ce qui amène des conséquences sur leur réadaptation et leur fonctionnement quotidien. Considérant que les ergothérapeutes travaillent déjà avec les personnes post-AVC et qu'une diminution d'auto-perception de leurs capacités

cognitives entraîne des impacts fonctionnels, il importe de comprendre le processus de pratique des ergothérapeutes travaillant auprès de cette population. La présente étude vise donc à documenter les pratiques des ergothérapeutes au Québec auprès de personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives lors de la phase aiguë et de réadaptation après un AVC.

Dans un premier temps, la problématique associée à l'objectif de recherche sera exposée pour clarifier le contexte et justifier la pertinence de cette étude. Ensuite, le cadre conceptuel, qui appuie la rédaction de ce projet, sera présenté de manière détaillée. La section suivante donnera une description de la méthode utilisée pour mener l'étude. Par la suite, les résultats obtenus seront exposés. Finalement, cet essai sera complété par une discussion sur les éléments clés de l'étude, suivie de la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

La section qui suit se divise en quatre parties. D'abord, une définition de l'auto-perception des capacités est présentée et la différence avec le déni est mise de l'avant. Ensuite, des liens sont établis entre la diminution de l'auto-perception des capacités et l'accident vasculaire cérébral (AVC), en abordant notamment l'impact occupationnel et la réadaptation des personnes vivant avec ces conditions. Par la suite, le rôle des ergothérapeutes auprès des personnes ayant une diminution de l'auto-perception de leurs capacités cognitives post-AVC est exposé. Pour terminer, la pertinence de cette recherche et son objectif sont présentés.

2.1 Définition de l'auto-perception des capacités

Selon le *Dynamic Comprehensive Model of Awareness* (DCMA), l'auto-perception de ses capacités est caractérisée par le degré de la conscience générale (*general awareness*) ainsi que de

la conscience en activité (*online awareness*), par le domaine touché (physique, cognitive, perceptuel, etc.) et par la réponse à la rétroaction (Toglia et Kirk, 2000). Ces différentes caractéristiques seront détaillées ci-bas.

Tout d'abord, qu'est-ce que la conscience générale et celle en activité? La conscience générale est la conscience de ses capacités à l'extérieur du contexte d'une tâche. Elle inclut deux aspects. Le premier aspect comprend les croyances et les perceptions subjectives de la personne sur son fonctionnement, ses performances et ses capacités cognitives qui ne sont pas liées à une tâche. Le deuxième aspect concerne les croyances ou les pensées à propos de facteurs pouvant contribuer aux difficultés de performer une future tâche. Cela comprend les connaissances métacognitives (connaissances spécifiques des processus cognitifs), les connaissances des caractéristiques de la tâche et les connaissances de stratégies à utiliser. Il s'agit de la compréhension personnelle de ses capacités et de ses limites (Toglia et Kirk, 2000). La conscience générale peut être évaluée lors d'une entrevue. La conscience en activité, quant à elle, est la conscience de ses capacités durant la performance d'une tâche. La conscience en activité peut varier d'une activité à l'autre et comprend quatre aspects, soit la capacité d'évaluer la tâche (*anticipatory awareness*), l'expérience antérieure dans cette tâche, la capacité de reconnaître ses erreurs (*emergent awareness*) et la capacité d'ajuster sa performance (*self-monitoring*) ainsi que la capacité de s'auto-évaluer (*self-evaluation*) en considérant les écarts entre la performance attendue et réelle, les performances passées et les prévisions des conséquences de ses difficultés (Toglia et Kirk, 2000). La conscience en activité est généralement évaluée avant, pendant et après la tâche.

Ensuite, comment caractériser ces deux consciences? Chacune de ces consciences peut varier selon les domaines. Les domaines sont entre autres physique, cognitif, perceptuel, émotionnel,

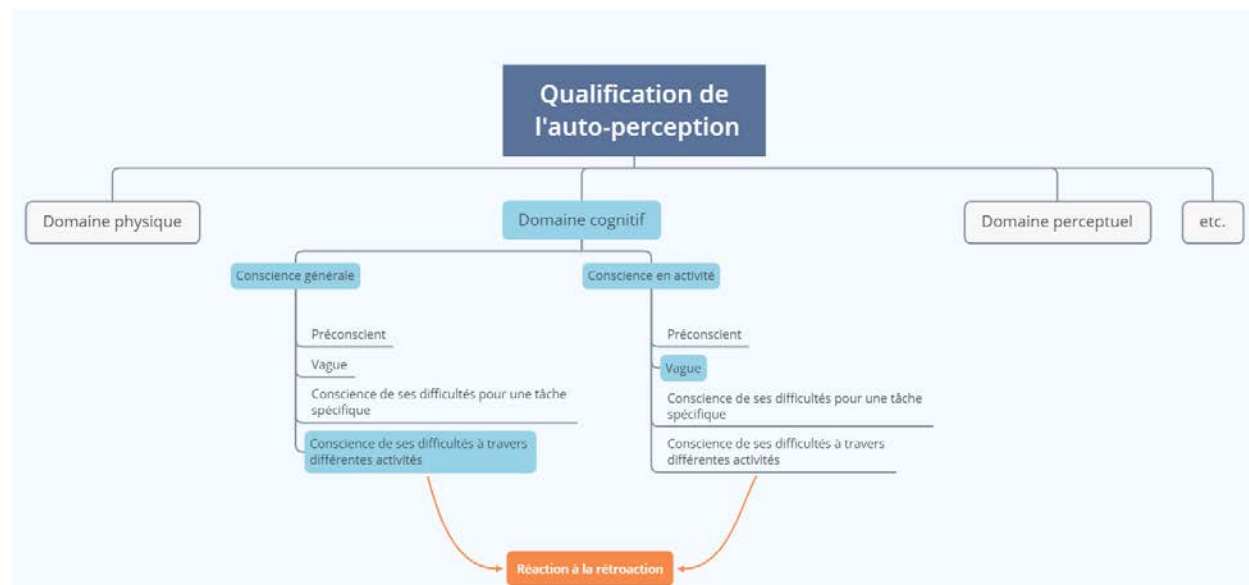
social et fonctionnel (Toglia et Kirk, 2000). Par exemple, une personne peut avoir conscience de ses difficultés physiques, mais pas de celles cognitives. Chacune de ces consciences peut également varier à l'intérieur d'un même domaine. Par exemple, la personne reconnaît ses difficultés lors de l'habillage, mais pas lorsqu'elle cuisine un repas simple. Un deuxième exemple serait que la personne reconnaît ses difficultés mnésiques, mais ne soit pas consciente de ses difficultés de résolution de problèmes. Ainsi, il est possible que la personne ait une conscience générale et/ou une conscience en activité de certains déficits, mais qu'elle n'ait pas l'image globale de ceux-ci (Toglia et Kirk, 2000). De plus, pour chaque domaine, la conscience générale et la conscience en activité se trouvent sur un continuum de conscience des capacités dont le niveau peut être différent l'un de l'autre. Au bas du continuum se trouve le préconscient, soit lorsque la personne ne reconnaît pas verbalement ses difficultés, mais que ses actions indiquent une certaine conscience des difficultés. Puis, il y a la conscience vague, soit lorsque la personne comprend qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas, sans réellement savoir ce que c'est. Ensuite, il y a la conscience de ses difficultés pour une tâche spécifique. Au haut du continuum se trouve la conscience de ses difficultés à travers différentes activités (Toglia et Foster, 2021). Ainsi, la conscience générale et la conscience en activité peuvent être différentes et ne sont pas hiérarchisées.

En se basant sur le DCMA, la Figure 1 présente un exemple de la façon de décrire une diminution de l'auto-perception des capacités pour un individu donné (Madame X). Pour le domaine cognitif, la conscience générale est ici de niveau « conscience de ses difficultés à travers différentes activités » comme Madame X reconnaît avoir des problèmes de mémoire affectant ses occupations. La conscience en activité, quant à elle, est au niveau « vague » comme Madame X comprend qu'elle n'arrive pas au résultat escompté, mais n'est pas capable

d'identifier la raison. Lorsque l'ergothérapeute lui nomme ses difficultés dans les tâches, Madame X est surprise des observations émises par l'ergothérapeute.

Figure 1

Qualification de l'auto-perception (exemple de cas)



Il importe de souligner que la diminution de l'auto-perception de ses capacités n'est pas synonyme de déni de ses capacités. En effet, le Tableau 1 présente la différence entre ces deux concepts. Cependant, les deux concepts ne sont pas exclusifs, c'est-à-dire qu'une personne peut avoir une diminution de l'auto-perception de ses capacités de niveau moindre et être dans le déni (Toglia et Foster, 2021). Il est aussi à noter que la réponse à la rétroaction peut varier en fonction de différents facteurs tels que la culture, la personnalité, la valeur et le sens de la tâche à effectuer, le contexte et la façon dont la rétroaction est donnée (Toglia et Kirk, 2000).

Tableau 1

Différence entre la diminution de l'auto-perception de ses capacités et le déni

	Diminution de l'auto-perception des capacités	Déni
Définition abrégée	Difficulté à reconnaître que les capacités qui étaient intactes avant la lésion cérébrale sont désormais altérées	Mécanisme d'adaptation défensif et protecteur représentant une difficulté d'acceptation des limites
Cause	Neurologique	Psychologique
Réponse à la rétroaction	Perplexe, confus, surpris ou indifférent	Hostile, fâché, colérique ou résistant Reconnaît l'erreur, mais émet des excuses pour celle-ci en blâmant des sources externes.
Conscience de ses limites	Manque de connaissance de ses limites	Conscience au moins partielle ou implicite de ses limites

(Toglia et Foster, 2021; Toglia et al., 2009)

2.2. Accident vasculaire cérébral et auto-perception des capacités

Une atteinte cérébrale, telle qu'un accident vasculaire cérébral, peut causer plusieurs séquelles au cerveau. L'une d'elles est la diminution d'auto-perception de ses capacités. Il est d'ailleurs estimé que de 10 à 44% des personnes vont présenter une diminution d'auto-perception de leurs capacités après avoir vécu un AVC (Starkstein et al., 2010). Cette atteinte peut être au domaine moteur, sensoriel, cognitif, émotionnel et/ou social (Toglia et Maeir, 2018). Cependant, il est reconnu que l'auto-perception des capacités est plus susceptible d'être affecté lors des occupations impliquant des fonctions cognitives supérieures ainsi que des habiletés sociales et émotionnelles comparées à la fonction physique et aux activités de la vie quotidienne (AVQ) (Fleming et al., 2006).

Dans les écrits scientifiques, l'évaluation et l'intervention portant sur l'auto-perception des capacités cognitives se concentrent davantage sur les traumatismes crâniens et d'autres lésions cérébrales acquises plutôt que sur les AVC (Al Banna et al., 2016). De plus, parmi les recherches qui étudient la diminution de l'auto-perception des capacités après un AVC, la grande

majorité s'attarde aux capacités motrices ou sensorielles et peu à celles cognitives (Davies et al., 2005). Cependant, la diminution d'auto-perception des capacités cognitives après un AVC est bien présente, touchant jusqu'à 44% des personnes, comme mentionné précédemment (Starkstein et al., 2010).

2.2.1 Impacts occupationnels

La diminution de l'auto-perception des capacités cognitives cause des défis à la fois pendant et après l'hospitalisation suivant la lésion cérébrale. En effet, la personne a souvent tendance à se placer dans des situations à risque, à diminuer son engagement dans la réadaptation, à manquer de stratégies compensatoires et à être limitée dans son indépendance dans les AVQ étant donné un manque d'anticipation des déficits, d'efforts soutenus, de jugement et de motivation dans la thérapie (Engel et al., 2019; Heinemann et al., 2022; Onno, 2020; Toglia et al., 2009). Au plan familial, cela peut également causer des conflits étant donné que la personne peut être considérée comme un fardeau par ses proches (Onno, 2020) ou encore qu'elle peut refuser l'assistance requise et réagir négativement face à la rétroaction de son entourage sur sa performance. Par exemple, ces enjeux peuvent survenir lorsque ses proches lui reflètent des erreurs dans ses tâches quotidiennes. La sélection des objectifs thérapeutiques est aussi souvent un défi. En effet, comme la personne tend généralement à surestimer ses capacités, cela l'amène à avoir des attentes irréalistes. Ainsi, elle tend à choisir des objectifs peu réalistes et en incongruence avec ceux de ses proches et des professionnels (Toglia et al., 2009).

2.2.2 Réadaptation en phase aiguë et de réadaptation post-AVC

Il est important de débiter la réadaptation rapidement avec la clientèle post-AVC, car grâce à la récupération cérébrale, les progrès les plus significatifs surviennent dans les premières semaines et atteignent souvent un plateau relatif après trois mois. Une récupération moins

significative va se poursuivre généralement jusqu'à six mois post-AVC. Après six mois, les améliorations spontanées sont plus limitées, ce qui peut mener à une chronicisation des déficits bien que des gains occupationnels puissent demeurer possibles (Grefkes et Fink, 2020; Racette, s.d.). Les récupérations les plus significatives surviennent donc durant la phase aiguë (1 à 7 jours), qui se déroule généralement à l'hôpital, et la phase de réadaptation (8 à 90 jours), qui se déroule, entre autres, en centre de réadaptation (Gouvernement du Québec, 2019).

La majorité des études ayant documenté l'auto-perception des capacités lors d'un AVC ont évalué les patients vivant dans la communauté et les résultats à long terme. En effet, peu de recherches ont examiné la façon dont l'auto-perception des capacités se manifeste dans les premiers stades post-AVC, soit lors des phases aiguë et de réadaptation (Al Banna et al., 2016). Pourtant, il est important de s'attarder à ces phases étant donné que le manque de conscience des déficits cognitifs amène plusieurs patients à refuser des traitements ou à ne pas adhérer aux recommandations et aux stratégies proposées, ce qui ultimement nuit à la reprise de leurs occupations (Jenkinson et al., 2011). Il est donc essentiel de s'intéresser davantage aux pratiques de réadaptation qui soutiennent la reprise des occupations des personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives post-AVC.

2.3 Ergothérapie auprès de cette clientèle

Les personnes ayant eu un AVC reçoivent des traitements d'une équipe multidisciplinaire dont l'ergothérapeute fait partie (Gibson et al., 2022). L'ergothérapie est une profession importante dans la réadaptation post-AVC. En effet, les personnes vivant avec les séquelles d'un AVC sont susceptibles de rencontrer des difficultés à effectuer des occupations telles que l'habillage, l'alimentation, l'hygiène personnelle, l'entretien domestique, les loisirs ou le travail (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). Cela correspond bien aux champs d'expertise des

ergothérapeutes, soit de comprendre l'impact et l'influence des problématiques de santé physique et mentale de la personne ainsi que les effets de l'environnement sur la réalisation des occupations de la personne (Ordre des ergothérapeutes du Québec, s.d.).

Chez les personnes vivant avec des atteintes cognitives post-AVC, l'ergothérapeute joue un rôle clé dans l'évaluation de leurs capacités fonctionnelles et dans la mise en œuvre d'un plan d'intervention pour aider cette clientèle à être le plus indépendant possible dans leurs différentes occupations. Cependant, l'efficacité des interventions en ergothérapie auprès de cette clientèle reste incertaine étant donné un manque de résultats probants (Gibson et al., 2022). En effet, la revue systématique de Gibson et ses collaborateurs (2022) indique que les évidences disponibles sont généralement faibles ou même très faibles en raison de biais de performance (ex. : aucune attribution à l'aveugle des participants et des intervenants) et de petits échantillons. De plus, leur revue met de l'avant un manque de consensus sur les outils de mesure à utiliser dans le domaine cognitif et la grande variation des soins usuels offerts. Ce domaine étant en émergence, il y a un besoin de renforcer les connaissances et la qualité des études disponibles, notamment en ce qui concerne la réadaptation des personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives.

À ce jour, quelques études ont questionné sur ce sujet des cliniciens, dont des ergothérapeutes, travaillant dans la réadaptation cognitive de patients ayant eu une lésion cérébrale acquise, telle que l'AVC. Une étude suédoise a souligné la nécessité d'avoir davantage de formations sur les méthodes d'intervention concernant la diminution d'auto-perception des capacités (Holmqvist et al., 2009). Une étude australienne a, quant à elle, relevé qu'un obstacle important à la réadaptation cognitive, lié aux caractéristiques du client, est la diminution d'auto-perception des capacités et qu'il s'agit d'une priorité des cliniciens en matière de développement

professionnel (Pagan et al., 2015). Plus près de nous, une étude québécoise a aussi identifié la diminution d'auto-perception des capacités comme une avenue prioritaire pour le développement et l'application de données probantes étant donné qu'il s'agit d'un des domaines posant des défis importants en réadaptation cognitive (Poulin et al., 2021). Bref, plusieurs études mettent de l'avant que l'intervention auprès des personnes ayant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives est un domaine pour lequel davantage de recherches demeurent nécessaires pour soutenir les pratiques des professionnels, dont les ergothérapeutes. Une raison du manque de connaissances concernant l'efficacité des interventions en ergothérapie auprès de cette clientèle est que la plupart des données probantes sur la diminution d'auto-perception des capacités ont été générées par des professions autres que l'ergothérapie (Fleming et al., 2006). Ainsi, l'évaluation empirique des interventions ergothérapiques auprès de cette clientèle demeure en émergence (Fleming et al., 2006).

Pour l'instant, quelques études ont décrit certains aspects de la pratique des ergothérapeutes avec les personnes ayant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives après un AVC. Concernant l'identification des objectifs thérapeutiques, les études ressortent l'importance d'accompagner le patient pour identifier des objectifs signifiants (Onno, 2020). Au plan des évaluations, plusieurs écrits décrivent l'existence d'outils pour documenter l'auto-perception (Mahoney et al., 2019; Nurmi et Jehkonen, 2014; Toglia et Foster, 2021; Toglia et al., 2009; Toglia et Maeir, 2018), mais seulement une étude des Pays-Bas porte sur l'utilisation clinique qu'en font les ergothérapeutes (Winkens et al., 2014). Au plan de l'intervention en ergothérapie, l'utilisation de mises en situation autour d'occupations significatives, l'utilisation de stratégies métacognitives et l'entraînement direct de compétences sont des pistes intéressantes, mais qui nécessitent des recherches approfondies (Kersey et al.,

2019; Onno, 2020; Skidmore et al., 2018). L'étude qualitative de Lindström et ses collaborateurs (2013) auprès d'ergothérapeutes fait aussi ressortir différents types d'ajustements nécessaires au plan des occupations, de l'environnement et de la relation thérapeutique avec cette clientèle.

2.4 Pertinence et objectif de recherche

Bien qu'elles apportent des pistes pertinentes, ces études, dont aucune n'est canadienne, ne permettent toutefois pas de refléter l'ensemble du processus de pratique en ergothérapie qui inclut entre autres l'établissement des balises, l'évaluation et les motifs pour conclure le suivi. Ainsi, dresser le portrait de la pratique des ergothérapeutes travaillant auprès des personnes ayant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives serait pertinent étant donné que cela permettrait d'identifier les bases conceptuelles de la pratique et d'assurer la qualité des services (Poitras et al., 2016). De plus, cela permettrait de suivre l'évolution des pratiques ainsi que de guider la création de formations, de guides de pratique ou d'outils pertinents selon les difficultés identifiées. L'objectif principal de la recherche est donc de documenter les pratiques des ergothérapeutes au Québec auprès de personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives lors de la phase aiguë et de réadaptation après un AVC.

3. CADRE CONCEPTUEL

Les pratiques des ergothérapeutes au Québec auprès de personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives lors de la phase aiguë et de réadaptation après un AVC seront décrites en se basant sur le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) (Polatajko et al., 2013). Ce modèle servira aussi de structure pour le guide d'entrevue et l'analyse des données en plus de permettre de s'assurer de dresser un portrait complet de la pratique.

3.1 Présentation du Modèle canadien du processus de pratique

Le MCPP a pour but d'aider les ergothérapeutes travaillant dans divers contextes de pratique à l'atteinte des objectifs occupationnels du client (Craik et al., 2013). Ce modèle se compose de quatre éléments. Les trois premiers sont des éléments contextuels, soit le contexte sociétal, le contexte de pratique et les schèmes de référence. Le dernier élément comprend huit points d'action qui seront décrits plus loin dans cette section.

Quelles sont les caractéristiques des éléments contextuels? Tout d'abord, le contexte sociétal est composé de facteurs environnementaux physiques (ex. : accessibilité physique), sociaux (ex. : soutien des pairs), culturels (ex. : culture d'un milieu de travail) et institutionnels (ex. : procédures du milieu de travail). Ensuite, le contexte de la pratique comprend les facteurs personnels et les facteurs environnementaux aux plans physiques, sociaux, culturels et institutionnels influençant la collaboration client-ergothérapeute. Des exemples de facteurs personnels sont l'état de santé, les connaissances, les habiletés, les capacités, les valeurs et les motivations personnelles. Étant donné que le contexte de pratique se trouve à l'intérieur du contexte sociétal, les facteurs environnementaux se trouvant dans le contexte sociétal sont très souvent aussi présents dans le contexte de pratique. Ainsi, les facteurs environnementaux influencent le client et l'ergothérapeute dans le contexte sociétal et dans le contexte de la pratique. Finalement, les schèmes de référence en ergothérapie sont « des ensembles de théories, de construits et de concepts qui déterminent la façon dont les difficultés et les défis occupationnels particuliers sont perçus, compris et abordés et qui guident la prise de décisions des ergothérapeutes tout au long du processus de pratique » (Craik et al., 2013). Un exemple de modèle de pratique utilisé en ergothérapie est le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (Davis, 2013).

Au centre des éléments contextuels se trouvent les huit points d'action. Les points d'action sont les suivants :

- 1) initier et établir le contact (ex. : premier contact entre l'ergothérapeute et le client);
- 2) établir les balises (ex. : préciser les attentes mutuelles);
- 3) évaluer et analyser (ex. : évaluer le statut occupationnel);
- 4) convenir des objectifs et du plan (ex. : déterminer les enjeux occupationnels prioritaires et concevoir un plan en conséquence);
- 5) mettre en oeuvre un plan (ex. : collaboration entre l'ergothérapeute et le client pour atteindre les objectifs du client);
- 6) faire le suivi (ex. : adapter et réviser le plan en fonction des besoins et des progrès);
- 7) évaluer le résultat (ex. : comparer l'évaluation des défis occupationnels initiaux avec les défis actuels);
- 8) conclure et mettre fin (ex. : transmettre l'information pour coordonner le transfert à un autre service) (Davis et al., 2013).

Il est important de noter que ceux-ci sont des actions et non des étapes successives étant donné qu'il ne s'agit pas d'une trajectoire linéaire et que plusieurs actions peuvent être réalisées au cours d'une même rencontre (Davis et al., 2013). De plus, ce processus de pratique est dynamique étant donné qu'il est possible de revenir à une étape antérieure. Par exemple, après avoir fait la mise en œuvre du plan d'intervention, un objectif initial a été atteint.

L'ergothérapeute et le client décident de convenir d'un nouvel objectif à ajouter au plan. Aussi, un processus de pratique peut être complet sans avoir effectué l'ensemble des étapes. Par exemple, après quelques séances d'intervention, le client décide de signer un arrêt de traitement.

L'ergothérapeute passerait donc de la mise en œuvre du plan à mettre fin à la relation thérapeutique.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Devis de recherche

L'objectif de ce projet est de documenter les pratiques des ergothérapeutes au Québec auprès de personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives lors de la phase aiguë et de réadaptation après un AVC. Pour atteindre cet objectif, un devis de recherche descriptif qualitatif a été sélectionné étant donné qu'il a pour but de décrire l'expérience personnelle de personnes ayant vécu une situation et donc d'obtenir un résumé exhaustif de cette situation (Fortin et Gagnon, 2022). Plus précisément, ce devis permet de recueillir la perception d'ergothérapeutes ayant une expérience en regard de situations cliniques liées à la thématique d'essai.

4.2 Participants

4.2.1 Critères de sélection

Les participants admissibles au projet de recherche sont des ergothérapeutes exerçant depuis au moins un an au Québec et détenant une expérience pertinente auprès de la clientèle post-AVC en phase aiguë (c'est-à-dire, 1 à 7 jours post-AVC) ou en phase de réadaptation (c'est-à-dire 8 à 90 jours après l'AVC). Aucun critère d'exclusion n'a été établi. La méthode d'échantillonnage en est une de convenance. Six à dix participants étaient souhaités dans le but de tendre vers la saturation des données tout en ayant un niveau de faisabilité acceptable considérant le temps restreint pour effectuer l'essai.

4.2.2 Méthode de recrutement

Afin d'identifier des participants potentiels au projet, un message explicatif combiné à une affiche concernant le projet de recherche a été envoyé sur des réseaux sociaux par le biais de groupes Facebook d'anciens étudiants de l'UQTR (Ergothérapie UQTR) et d'ergothérapeutes québécois (Ergothérapie QUÉBEC et Réadaptation AVC Québec) ainsi qu'un compte Instagram d'ergothérapeutes en réadaptation (Oh.for.the.love.of.rehab) après avoir préalablement obtenu l'autorisation des responsables de ces groupes. Le message expliquait brièvement la nature de la participation et incluait les coordonnées de l'étudiante-chercheuse pour que les personnes intéressées puissent la contacter s'ils ont des questions ou pour manifester leur intérêt à participer à l'étude. Les personnes intéressées à participer au projet ont reçu par courriel un formulaire d'information expliquant le projet plus en détail accompagné d'un formulaire de consentement qu'ils devaient signer et retourner par courriel s'ils décidaient de participer au projet. Le recrutement s'est déroulé du 11 mars 2024 au 24 mai 2024.

4.3 Collecte de données

Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique a été administré au début de l'entrevue individuelle avec le participant. Le questionnaire sociodémographique utilisé fut adapté à partir d'études précédentes auprès de cliniciens en réadaptation post-AVC (voir l'Annexe A). Celui-ci visait à recueillir des informations sur les caractéristiques des participants tels les caractéristiques personnelles, le milieu de travail et l'expérience professionnelle.

Ensuite, pour répondre à l'objectif de recherche, il a été relevé que pour des questions de recherche sur le processus de pratique des ergothérapeutes, les techniques utilisées étaient généralement les questionnaires (Jasmin et al., 2019; Tétreault, 2014), les groupes de discussion (Proulx, 2016) ou les entrevues semi-dirigées (Lahaie et Brousseau, 2023). Le choix de

technique pour ce projet a été l’entrevue semi-dirigée comme celle-ci permet de recueillir l’expérience individuelle de participants sur des thèmes prédéterminés dans le but d’avoir une meilleure compréhension d’une certaine réalité (Fortin et Gagnon, 2022). De plus, l’entrevue à l’aide d’une plateforme de visioconférence (Zoom) a été sélectionnée étant donné que cette modalité permet de rejoindre des ergothérapeutes œuvrant dans différentes régions du Québec. L’entrevue semi-structurée individuelle, d’une durée allant entre 45 et 65 minutes, a été effectuée une seule fois auprès des participants.

Le guide d’entrevue a été préparé par l’étudiante-chercheuse et validé par sa directrice de recherche possédant une expérience clinique et en recherche dans ce domaine. Le guide est composé essentiellement de questions ouvertes. Le développement du contenu du guide d’entrevue se base sur des thématiques identifiées dans la recension des écrits sur la réadaptation d’une clientèle présentant une diminution de l’auto-perception des capacités cognitives post-AVC. L’organisation des questions, quant à elles, est basée sur le MCP (Polatajko et al., 2013) qui énonce les grandes étapes de la démarche clinique en ergothérapie. La structure du guide, quant à lui, est inspirée de l’article « La confection d’un guide d’entretien pas à pas dans l’enquête qualitative » (Rondeau et al., 2023). Le guide d’entrevue se trouve en Annexe A.

4.4 Analyse de données

Les données sociodémographiques visant à décrire les participants ont été analysées à l’aide de statistiques descriptives.

Les données qualitatives recueillies lors des entrevues semi-dirigées, enregistrées à l’aide d’une plateforme de visioconférence, ont été analysées par une analyse thématique de contenu (Paillé et Mucchielli, 2021). L’analyse thématique de contenu permet de repérer, regrouper, analyser et interpréter des thèmes émergents de la transcription des entretiens (Fortin et Gagnon,

2022; Paillé et Mucchielli, 2021). Cette analyse s'effectue en six phases, soit la familiarisation avec les données, la génération de codes initiaux, la recherche de thèmes, l'examen des thèmes, la définition et l'appellation des thèmes ainsi que la production d'un rapport. Dans le cadre de cet essai, la recherche de thème s'appuyait sur les catégories du MCPP (Polatajko et al., 2013) afin de faire ressortir les principaux thèmes relatifs aux différentes étapes du processus de la pratique et aux éléments contextuels pouvant l'influencer. Cette démarche a été effectuée par l'étudiante-chercheuse et contre-validée par sa directrice de recherche, Valérie Poulin, une professionnelle de recherche, Rébecca Gaudet, afin d'établir un consensus sur les thèmes finaux.

4.5 Implications éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières en date du 26 février 2024 dont la certification éthique porte le numéro CER-24-306-07.09.

5. RÉSULTATS

Dans cette section, une synthèse des résultats de l'étude est présentée. Tout d'abord, une description des participants est effectuée. Ensuite, la pratique des ergothérapeutes consultées selon les points d'action du MCPP (Polatajko et al., 2013) est décrite suivi des éléments contextuels. Des extraits de verbatims sont également intégrés afin d'illustrer les propos des participantes.

5.1 Participants

Six ergothérapeutes ont participé à l'étude. Le Tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des participantes.

Tableau 2.

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

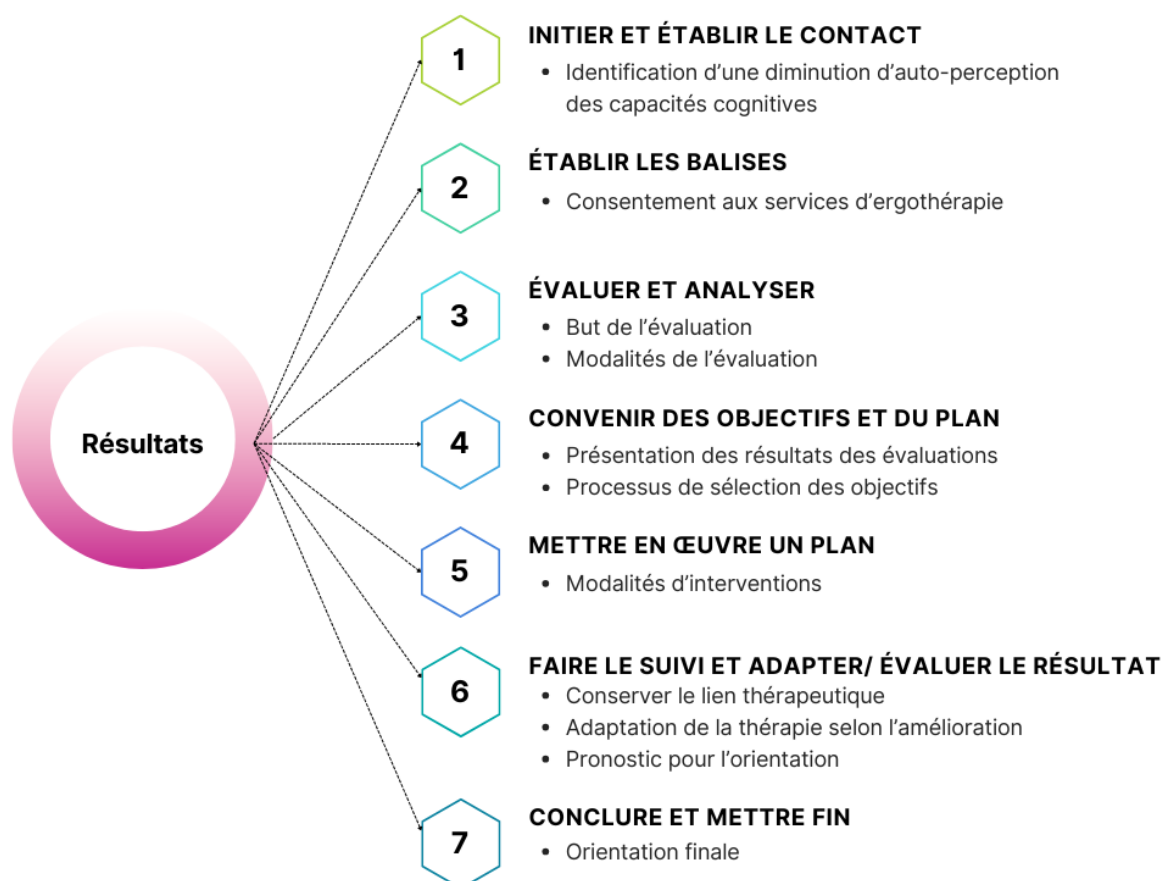
Caractéristiques	Participants (n=6)
Genre	
- Femme (n)	6
Âge (moyenne \pm écart-type)	40 \pm 7
Région	
Estrie	1
Montréal	1
Laval	1
Lanaudière	1
Laurentides	1
Montréal	1
Milieu de travail	
Hôpital	2
Centre de réadaptation interne	1
Centre de réadaptation externe	3
Années d'expérience avec la clientèle AVC (moyenne \pm écart-type)	12,5 \pm 5,7
Pourcentage de la charge de travail que représente la clientèle AVC (moyenne \pm écart-type)	81,7 \pm 12,9
Pourcentage de la clientèle avec un AVC qui a une diminution de l'auto-perception de leurs capacités cognitives	
1-20%	2
21-40%	3
41-60%	1
61-80%	0
81-100%	0

5.2 Points d'action du MCPP

La prochaine section décrit le processus de pratique des ergothérapeutes. Cette section est séparée en sept sous-sections correspondant aux points d'actions du MCPP comme le démontre la Figure 2.

Figure 2

Représentation des éléments de résultats de la section Points d'action du MCPP



5.2.1 Initier et établir le contact

5.2.1.1 Identification d'une diminution d'auto-perception des capacités cognitives.

Selon les ergothérapeutes travaillant en milieu hospitalier, la majorité du temps elles ne disposent d'aucune piste d'une problématique à ce niveau à moins que ce soit un « cas très très sévère d'AVC droit qui sont complètement anosognosique [et] que le neurologue va l'avoir marqué dans sa consulte initiale » (P4). L'ergothérapeute en milieu hospitalier est donc généralement au début du processus d'identification de la problématique d'auto-perception des capacités cognitives.

Lorsque la personne à l'hôpital est référée directement à un centre de réadaptation interne ou externe, l'identification de cette problématique dépend de l'évidence de la diminution de l'auto-perception des capacités cognitives lors de l'hospitalisation. Lorsque l'information est absente, les ergothérapeutes en centre de réadaptation nomment qu'elles doivent « aller avec [leurs] observations, puis essayer de colliger les données par [eux]-mêmes » (P2) et voir la personne « dans des tâches plus complexes où là on voit des choses qui ressortent » (P2). Si la diminution est plus subtile, celle-ci ne sera pas notée par l'équipe de l'hôpital en raison de leur mandat.

[Les gens de l'hôpital] font plus un dépistage qui est grossier. [...] Quand qu'ils savent que c'est une personne qui va venir en réadaptation, des fois ils n'ont pas été creusés trop loin, ils sont restés un petit peu plus généralistes, ce qui est un peu leur mandat. (P5)

En effet, généralement « les tâches qui ont été essayées [à l'hôpital] c'est comme des soins personnels, des tâches vraiment simples. Donc quand c'est des difficultés légères, [l'ergothérapeute en réadaptation] n'est pas vraiment au courant à ce moment-là » (P3). Une façon que les ergothérapeutes en centre de réadaptation utilisent pour peaufiner leur compréhension est de communiquer avec l'ergothérapeute du milieu précédent comme l'explique une participante : « ils vont me pister quand c'est des cas assez flagrants d'un manque d'auto-perception ou d'anosognosie : ça va transparaître dans leur récit, dans les exemples qu'ils vont m'avoir laissés dans les notes » (P5).

Si la problématique est évidente lors de l'hospitalisation, celle-ci sera notée par l'équipe de l'hôpital dans le dossier médical selon les notes de l'ergothérapeute, du médecin ou du neuropsychologue. Cela piste alors les ergothérapeutes sur cet enjeu dès le début du processus.

Dans le fond de le savoir au point de départ, c'est sûr que [...] je prends plus le temps de noter vraiment [...] les incohérences ou les faits qui vont faire du sens éventuellement pour le patient que je lui reflète. (P6)

Lorsque la personne en centre de réadaptation interne est référée à un centre de réadaptation externe, l'ergothérapeute est généralement au courant de la problématique. En effet, « quand la personne elle vient de la réadaptation à l'interne, souvent ma collègue elle va me le dire ‘on a remarqué telle, telle difficulté’ » (P3).

5.2.3 Établir les balises

5.2.3.1 Consentement aux services d'ergothérapie.

L'obtention du consentement à effectuer une évaluation en ergothérapie peut s'avérer un enjeu avec cette clientèle. En effet, la personne ayant une diminution de son auto-perception de ses capacités cognitives peut ne pas comprendre la pertinence d'une telle évaluation.

Pour eux, tout est beau, il n'y a pas de problème. Je fais souvent un parallèle un petit peu avec les démences que c'est un peu le même processus qu'ils ne comprennent pas qu'ils ont des problèmes par exemple à se souvenir des choses, qui ne comprennent pas pourquoi ils sont évalués. (P1)

Trois stratégies sont mises de l'avant. La première est d'expliquer le processus évaluatif en faisant des liens avec une occupation importante ou avec ses attentes. La seconde stratégie est de « travailler avec la famille ou le conjoint ou la conjointe là-dessus » (P6), bref de collaborer avec l'entourage de la personne. La dernière stratégie est appliquée de façon opposée selon les milieux. D'un côté, en milieu hospitalier, les ergothérapeutes expliquent le consentement « plus sommairement parce que ça peut être compliqué à comprendre toutes les conséquences de

l'évaluation possible si jamais il ne participe pas » (P1). De l'autre côté, en centre de réadaptation externe, les ergothérapeutes vont expliquer en détails l'évaluation ainsi que ses conséquences. Voici un exemple d'une explication :

Fait que je vais expliquer un peu que moi, je fais des dépistages de la conduite auto[mobile] [et] que suite à ça, je vais envoyer une lettre à la SAAQ. Je vais un peu expliquer les étapes qui vont suivre, que moi je ne décide pas, je ne leur remets pas leur permis de conduire, mais que ça va vraiment être la SAAQ qui va déterminer selon mes recommandations, selon un petit peu le portrait que j'ai dressé dans ma lettre. (P2)

5.2.4 Évaluer et analyser

5.2.4.1 But de l'évaluation.

Dans un contexte d'évaluation où il y a une suspicion d'une diminution d'auto-perception des capacités cognitives, les ergothérapeutes rapportent que le but des évaluations pour apprécier cette problématique est de connaître la perception de la personne concernant ses déficits cognitifs et l'impact que ceux-ci ont sur son fonctionnement ainsi que de connaître le réalisme de ses attentes et de ses objectifs occupationnels.

5.4.4.2 Modalités de l'évaluation.

5.4.4.2.1 Entrevues.

Lors de l'entrevue initiale, les ergothérapeutes vont questionner la personne sur ses attentes, son fonctionnement antérieur, sa perception de ses capacités cognitives avant et après l'AVC ainsi que sa perception de l'impact de ses capacités cognitives sur ses occupations. Une participante mentionne que « quand je le rencontre pour la première fois, [...] on joue à celui qui ne sait pas là un petit peu. [...] On pose des questions justement en faisant un petit peu

l'innocent » (P4). Lorsque la personne ne nomme aucune difficulté dans les différentes sphères occupationnelles, l'ergothérapeute a tendance à creuser davantage en posant des questions plus précises :

« Ah ouais fait que vous faites vos finances, même si vous avez été hospitalisé, vous n'avez pas oublié une facture, t'sais vous étiez pas là. Est-ce que vous avez déjà inversé les chiffres? » À chaque fois, je vais essayer de voir s'il n'y a pas quelque chose qu'on ne me dit pas. Parce que les gens, c'est vrai, ont beaucoup tendance à faire « Oui oui ça va bien, tout va bien. » (P3)

Lorsque l'ergothérapeute a apprécié une diminution d'auto-perception des capacités cognitives, l'ergothérapeute peut refléter certains exemples qui ont été notés par l'équipe du milieu précédent.

En ce qui a trait à la présence des proches lors de cette première entrevue, l'approche est variable. Certains ergothérapeutes apprécient que la personne soit accompagnée d'un proche pour au moins pour une partie de celle-ci. Cela peut permettre de clarifier le rôle de l'ergothérapeute et les attentes de la personne ainsi que de connaître les différentes perceptions entre la personne et son proche. De plus, cela permet de sensibiliser le proche à la problématique.

S'il accepte au début de l'évaluation, je vais juste présenter mon rôle [...], puis les attentes [...] du patient [pour] que la famille les entende aussi. Parce que des fois la famille ils veulent que mettons le père marche sans aide technique, mais lui, le monsieur, ce n'est pas ça qu'il veut. Lui il se sent plus sécuritaire avec son bâton de marche puis ça ne lui dérange pas de marcher avec un bâton de marche. (P2)

Si la personne est apte à répondre aux questions seules, certains ergothérapeutes préfèrent effectuer l'entrevue initiale seulement avec la personne « parce que là j'ai la vraie réponse spontanée du patient [...] même si le 3/4 des réponses sont invalides dans le sens où que ce n'est pas vrai entre guillemets là » (P6). L'ergothérapeute effectuera alors plus tard une entrevue avec le proche. Cette entrevue aura alors comme but premier de comparer les réponses du proche avec celle de la personne recevant les services concernant son fonctionnement et ses capacités fonctionnelles. De plus, en effectuant l'entrevue avec le proche plus tard dans le processus évaluatif, celui-ci peut contribuer au processus en rapportant ces observations personnelles.

5.4.4.2.2 Utilisation du dépistage cognitif.

Lorsque la personne est soupçonnée d'avoir des déficits cognitifs, les ergothérapeutes interrogées ont nommé effectuer un dépistage cognitif dans le cadre de leur évaluation des capacités fonctionnelles de la personne sous forme de test papier-crayon. Après avoir effectué celui-ci, la participante P1 a mentionné utiliser les résultats pour comparer la perception des difficultés de la personne avec les difficultés relevées lors du dépistage.

5.4.4.2.3 Mise en situation.

Toutes les ergothérapeutes consultées s'entendent aussi sur l'importance d'évaluer la personne dans des tâches fonctionnelles, mais pas sur la façon de faire.

Avant la tâche, certaines ergothérapeutes questionnent la personne sur les prérequis pour effectuer la tâche, par exemple « avant de se mettre en action, qu'est-ce que vous avez besoin d'être capable de faire si on veut se lever debout » (P4). Elles questionnent également sa perception de la difficulté de la tâche et du temps pour accomplir celle-ci. Certaines font l'exercice à l'oral, d'autres à l'écrit. La cotation du niveau de difficulté peut être faite qualitativement ou quantitativement. Une participante nomme préférer l'échelle qualitative

(facile, moyen, difficile) étant donné « qu'en même temps, on parle aussi d'énergie [...] puis là on a une échelle de 1 à 10 [...] [et] je ne veux pas qu'il aille de la confusion entre les deux » (P5).

Pendant la tâche, l'ergothérapeute se place dans une posture d'observatrice passive. Le but est de la « le laisse[r] aller puis [de le laisser] se confronter lui-même à ces difficultés » (P5) et de « voir vraiment qu'est-ce qui se passe » (P2). De plus, les interventions se limitent à de l'encouragement étant donné que « quand tu donnes de la rétroaction, il y en a à qui ça va les stresser, ça va les rendre plus anxieux, puis ils vont comme [...] figer puis ça, t'auras pas quelque chose de naturel » (P2).

Après la tâche, l'ergothérapeute effectue un retour sur la tâche avec la personne en la questionnant sur sa perception de sa performance pour ensuite la comparer avec sa prédiction initiale, si celle-ci a été faite au préalable.

On vérifie est-ce que ça a pris le temps qu'il avait dit que ça prendrait [...]. Oh ouais, pourquoi ça l'a pris plus long? T'sais, on essaie un petit peu déjà, pendant l'évaluation, [...] de mettre une petite lumière dans leur auto-perception de « Ah peut-être finalement ce n'était pas aussi facile que je pensais. » (P3)

Les tâches choisies se veulent simples et connues du patient étant donné que « si on fait une tâche qui est trop compliquée [...] elle peut trouver des excuses » (P1). Les tâches choisies varient selon le mandat du milieu de soin et les attentes de la personne. On y trouve par exemple effectuer « l'hygiène, l'habillage, la toilette, la cuisine » (P5), « comment faire fonctionner leur cellulaire ou encore la télécommande [...] [de] la télévision » (P5), comment faire « des budgets mensuels, faire des chèques, un suivi de banque [...], faire des préparations de repas aussi plus

complexes où on veut qu'ils suivent une recette qu'ils ont choisie eux-mêmes [...], [faire] des recherches sur Internet, [faire] des mises en situation de travail, planifier un faux voyage » (P3), « aller faire des courses, [...] [faire] de la mini construction [...] dans leur garage [...] [faire la] pelouse [...], [faire du] bricolage puis [du] nettoyage général » (P6).

En ce qui a trait du lieu de ces mises en situation, celles-ci se font dans le milieu institutionnel lorsque la personne est hospitalisée (hôpital et centre de réadaptation interne) tandis qu'en centre de réadaptation externe, celles-ci se font idéalement dans l'environnement de la personne étant donné que « c'est plus parlant, puis ils ont moins à me dire "mouais, mais ton évaluation finalement n'est pas valide parce que je ne suis pas chez nous ici" » (P2). Cela limite donc certaines justifications externes.

5.4.4.2.4 Observations spontanées.

En milieu hospitalier, l'ergothérapeute doit évaluer la capacité d'apprentissage comme il s'agit d'un critère pour accéder à un centre de réadaptation malgré que les lignes directrices du milieu pour évaluer ce critère sont imprécises. Cela mène donc l'ergothérapeute à effectuer des observations simples, concrètes et précises pour noter l'apprentissage, ce qui peut aussi contribuer à l'évaluation de l'auto-perception des capacités cognitives par l'ajustement de sa performance.

Donc on essaie de trouver des exemples qui sont concrets puis simples quand même. Par exemple, si elle n'était pas capable d'utiliser la cloche, est-ce qu'elle a appris à utiliser la cloche pour demander de l'aide, est-ce qu'elle se souvient des intervenants. Si on a certaines aides techniques, autant marchette, cannes, verticalisateurs, fauteuil roulant, est-ce qu'[elle] est capable d'intégrer l'utilisation de ces aides techniques là d'une séance à l'autre, avec soit des indices, soit sans indices. [...] Est-ce qu'il va penser par lui-même à

utiliser le calendrier qui a été mis à sa disposition ou il ne va pas être capable de trouver des éléments dans son environnement pour l'aider. (P1)

En centre de réadaptation, la personne est hospitalisée sur une unité dédiée à la réadaptation. Cela favorise donc des interactions entre les différentes personnes en réadaptation, ce qui permet à l'ergothérapeute d'observer de façon informelle le niveau d'auto-perception de la personne.

Elle était assise avec d'autres clients dans la salle à manger puis elle avait dit : « En tout cas moi là, ce qui va me manquer pour la maison, de ce que je vois présentement, ça va être ma rampe d'accès pour rentrer chez moi. » Fait qu'elle se voit vraiment encore littéralement rentrée à la maison dans les difficultés qu'elle observe présentement là. C'est comme si c'étaient des barrières physiques qui manquaient pour pouvoir retourner à la maison. (P5)

5.4.4.2.5 Évaluation spécifique à la diminution de l'auto-perception des capacités cognitives.

Il a été noté qu'une seule ergothérapeute a utilisé un outil d'évaluation spécifique à l'évaluation de l'auto-perception des capacités cognitives, soit « le test du calendrier [Weekly Calendar Planning Activity] [...] qui est comme semi-standardisé là parce qu'on a une version adaptée du test du calendrier en français » (P3). Autrement, les ergothérapeutes consultés des milieux hospitaliers et de la réadaptation n'utilisent aucune évaluation standardisée ou d'outil spécifiquement conçu à l'évaluation de l'auto-perception des capacités cognitives. Les ergothérapeutes questionnées utilisent plutôt une triangulation des informations recueillies selon les différentes modalités ci-haut. Cela peut s'expliquer par le fait que les ergothérapeutes

consultées « n'utilise[nt] pas d'outils pour quantifier à quel niveau, par exemple, la personne serait anosognosique ou pas » (P4).

5.2.5 *Convenir des objectifs et du plan*

5.2.5.1 Présentation des résultats des évaluations.

Le moment de la présentation des résultats de l'évaluation est variable. Certaines ergothérapeutes préfèrent expliquer leurs résultats et leurs observations tout de suite après avoir terminé l'évaluation. Cela s'explique par le fait que « c'était impossible de dire après '' bien là, finalement, vous n'avez pas réussi à vous laver '' [étant donné que la] personne est rentrée puis elle est sortie de la douche fait que oui elle a réussi pour elle » (P6). D'autres préfèrent effectuer un bilan des résultats à la fin du processus.

Lors de la présentation de résultats, l'ergothérapeute débute « par leur demander ce qu'eux perçoivent comme difficulté, comme force qu'ils ont eue dans certaines tâches dans les évaluations » (P1). Par la suite, l'ergothérapeute effectue une comparaison avec leurs observations « pour pouvoir faire la différence entre ce que [la personne] perçoit puis ce que [l'ergothérapeute a] observé » (P1). Cette comparaison se fait par l'entremise d'une présentation du raisonnement clinique générale, non détaillée, de l'ergothérapeute étant donné que « ce n'est pas utile de tout donner les détails, c'est vraiment de donner l'ensemble puis de nommer qu'est-ce qui explique encore [la] présence [d'un ergothérapeute] puis pourquoi on travaille encore ensemble » (P6) et que certains éléments de l'évaluation auront des impacts différents selon les attentes de la personne.

S'il a un test des cloches à 31, mais que tu sais, au niveau à la maison puis dans mes tâches [tout] est fonctionnel puis il n'y a pas [d'objectif] de conduite auto[mobile], bien

t'sais, ça va être travaillé différemment que s'il veut absolument un objectif de conduite auto[mobile]. (P2)

La présentation de ce raisonnement est accompagnée d'« exemples concrets puis factuels de ce qui a été observé » (P1), de « comment ça se répercutait sur soit la sécurité ou l'autonomie dans cette tâche-là » (P2) et d'une explication que « c'est fréquent après un AVC [...] d'avoir une moins bonne perception de ce qu'on est capable de faire » (P4). À la fin, l'ergothérapeute nomme « la recommandation [qu'elle va] donner au personnel [...] pour que [la personne soit] en accord » (P5).

Lors de la présentation des résultats de l'évaluation, la personne peut avoir différentes réactions. La plus commune nommée par les participantes est celle de minimiser ces difficultés en justifiant sa performance, par exemple « parce que je n'ai pas mes lunettes, c'est parce que je suis à l'hôpital, c'est parce que ce n'est pas mes affaires chez moi » (P1), « ce n'est pas le même four qu'à ma maison » (P3), parce « qu'il était plus fatigué, le fait que ce n'est pas sa cuisine » (P4) ou encore parce que « ce n'est pas fait comme chez moi, c'est stressant et d'habitude il n'y a personne » (P5). Les justifications sont donc attribuées à des facteurs de l'environnement physique ou de la composante affective. Cela peut même aller jusqu'à une négation complète des difficultés. L'ergothérapeute rassure la personne en expliquant :

que ce n'est pas le premier patient qu[elle] évalue avec une condition similaire, puis [qu'ils vont] continuer de travailler là-dessus pour voir [...] comment ça va aller les prochaines fois, puis pour s'assurer que ça soit [...] sécuritaire de retourner à la maison [et que la personne] aura l'occasion de le refaire [...] [et] de le repratiquer. (P4)

Les ergothérapeutes en centre de réadaptation externe qui effectuent des mises en situation dans l'environnement de la personne diminuent le risque de ce type de réaction.

Ils réagissent quand même bien parce que ça fait du sens que ce que je leur dis. [...] Donc là je vais vraiment dans leur environnement fait que non, c'est chez eux, avec leurs outils puis leurs instruments, fait qu'ils ne peuvent pas me dire qu'ils ne savaient pas les assiettes étaient où. (P2)

Une participante nomme voir une diminution de la réaction de la personne lors de l'explication de résultats quantitatifs, comme un dépistage cognitif, comparée à ceux qualitatifs, comme une mise en situation. Elle nomme également qu'il y « a un petit peu moins d'argumentaires [...], [que la personne ait] plus à l'écoute par rapport à l'enseignement. [...] [et] un petit peu plus récepti[ve] » (P5).

5.2.5.2 Processus de sélection des objectifs.

Lors de la création d'un plan d'intervention, celui-ci est composé d'au moins un objectif général qui est divisé en objectifs spécifiques. Considérant que la diminution d'auto-perception des capacités cognitives est une composante personnelle et que le rôle des ergothérapeutes est lié à l'autonomie de la personne, les objectifs liés aux difficultés d'auto-perception des capacités cognitives sont souvent « des objectifs fonctionnels globaux puis on va travailler l'auto-perception en même temps que ces objectifs-là » (P4). Les objectifs sont donc souvent « de faire de l'entraînement aux tâches pour que [la personne] soit en mesure de réaliser les tâches de plus en plus autonome » (P1). Toutefois, si la personne a une grande diminution de l'auto-perception mettant en doute son potentiel de réadaptation, l'objectif peut être davantage ciblé sur cette problématique, un exemple d'objectif serait que « avant la tâche, le patient soit capable de

prédire qu'est-ce que seraient ces difficultés ou [qu']il [soit] capable de se fixer un objectif [...] réaliste de performance pour une activité [répétée] » (P4).

En ce qui a trait à l'objectif général, la sélection de celui-ci est basée sur les attentes de la personne.

Même s'ils n'ont pas trop d'autocritique, ils ont quand même des objectifs en arrière si ce n'est que « j'aimerais ça retourner au travail » [...] [ou] « moi j'aimerais ça recommencer à conduire ». T'sais ils ont des choses quand même concrètes qu'ils savent qu'ils ne font pas actuellement. Fait que je pars quand même de leurs attentes puis même c'est des loisirs des fois. (P6)

Cependant, lorsque l'objectif général n'est pas réaliste dans le contexte de soins où se situe la personne, l'ergothérapeute va lui expliquer qu'il faut retravailler l'objectif.

Bien on va essayer de leur expliquer que [...] ce n'est pas réaliste à court terme, qu'on le garde en mémoire, mais qu'on va essayer pour que ça soit plus petit, plus motivant, puis plus réaliste d'aller vers un sous-objectif. Fait qu'on va décomposer le gros objectif pour une étape qui est plus facile à atteindre à court terme. (P4)

Pour faciliter le processus de sélection de l'objectif général, une participante mentionne qu'elle « leur donne une liste de toutes les habitudes de vie [...] [et] leur demande de cocher qu'est-ce qu'ils veulent améliorer » (P3). Il est alors possible de « les prioriser en fonction de ses priorités en lien avec ses attentes » (P2).

En ce qui a trait aux objectifs spécifiques, ceux-ci sont sélectionnés par l'ergothérapeute en s'appuyant sur « ce qu'[elle a] observé, [...] pour atteindre leurs propres besoins [...] [et] leurs motivations » (P6). De plus, considérant la diminution d'auto-perception des capacités

cognitives, l'ergothérapeute a tendance à « baisse[r] d'un cran » (P2) les objectifs spécifiques ou du moins de « diminuer l'exigence de l'objectif [...] [et] de leur expliquer le lien avec leur grand objectif » (P3). Pour cela, l'ergothérapeute « va décortiquer un peu plus ça implique quoi [leur objectif] puis qu'est-ce qu'on voit comme déficit » (P5). Voici un exemple :

Fait que t'sais si votre objectif c'est d'aller au travail puis [...] votre travail est à l'ordinateur, mais on voudrait au moins que vous soyez capable d'entrer une page de données de façon efficace en genre 15 minutes sans faire d'erreur. (P3)

Pour finir, l'ergothérapeute « [s]'assure que [la personne] soit d'accord aussi avec les objectifs présents » (P1). De façon générale, la personne peut « avoir des petites manifestations d'opposition du genre 'je suis capable' » (P6), mais la personne va « quand même accepter [...] [en n'ayant] pas trop de réactions négatives ou de réticences » (P1).

Dans un contexte de centre de réadaptation interne ou externe, la formulation finale des objectifs a lieu lors d'une rencontre interdisciplinaire pour formuler le plan d'intervention intégré (PII). Dans les cas de déficit uniquement cognitif, l'ergothérapeute peut se trouver à être le seul acteur, ce qui peut être plus difficile. Par exemple, si l'objectif est d'« être autonome pour faire la cuisine puis que lui il n'en voit déjà pas de problème, [...] bien là c'est là que ça devient un petit peu plus difficile d'avoir l'adhésion à l'objectif quand lui-même ne voit pas la difficulté » (P5). L'ergothérapeute doit davantage « convaincre d'aller dans le sens de cet objectif-là » (P5) en lui reflétant les difficultés anticipées pour atteindre l'objectif général, tel que le retour à domicile, « puis de lui renommer que la répétition puis le fait de le refaire régulièrement ça va juste être plus favorable pour » (P5) atteindre son objectif. Ainsi, pour éviter cette situation de confrontation avec la personne, l'ergothérapeute va parfois préférer ajouter un acteur.

Des fois j'ai besoin de la note et des impressions du neuropsychologue aussi. Fait que des fois, de façon stratégique, [...] on pourrait même décaler le plan d'intervention d'une semaine supplémentaire tardive pour avoir une évaluation [d'un] neuropsychologue qui va pouvoir venir nous appuyer dans les objectifs, qui va pouvoir mettre du poids sur ce qu'on dit en ergothérapie étant donné que c'est peut-être moins tangible, moins physique. Fait que ça peut nous arriver aussi de décaler les plans d'intervention juste pour avoir un acteur supplémentaire pour nous aider dans les situations. (P5)

Ainsi, le fait d'être plus d'un intervenant permet d'avoir « un petit peu plus de punch et ça fait en sorte que le patient à force d'avoir entendu les arguments de tous et chacun, bien il va être plus en adhésion avec l'objectif » (P5).

5.2.6 Mettre en œuvre un plan

5.2.6.1 Modalités d'interventions.

Les principales modalités d'interventions nommées par les participantes sont l'entraînement aux tâches, l'apprentissage exploratoire, l'intervention auprès des proches, l'intervention auprès de l'équipe de soins et le congé thérapeutique de fin de semaine.

5.2.6.1.1 Entraînement aux tâches fonctionnelles.

Selon les ergothérapeutes, il y a deux avantages à effectuer de l'entraînement aux tâches fonctionnelles. Tout d'abord, cette méthode permet « le développement d'auto-perception par l'occupation » (P3) en amenant une prise de conscience de leur difficulté dans l'action.

Si les gens ne peuvent pas se rendre compte qu'ils ont une difficulté, ils ne peuvent pas travailler dessus, ils ne peuvent pas agir dessus, ils n'ont même pas de motivation à

travailler quelque chose qui n'est pas un problème. Fait que dans le fond, ma première étape, c'est vraiment développer l'auto-perception. (P3)

Ensuite, il y a un avantage institutionnel. En effet, dans le cadre de son mandat, l'ergothérapeute se doit de « justifier ou qualifier [...] les difficultés résiduelles parce que [...] quand la coordonnatrice [la] rencontre d'une semaine à l'autre, [...] ce qu'elle veut savoir c'est qu'est-ce qui manque fonctionnellement [...]. Fait que rien de mieux que passer par le fonctionnel » (P5).

De façon générale, le choix de tâche est fait en fonction de l'objectif. Voici un exemple d'une tâche adaptée au milieu en fonction de l'objectif :

Si c'est en est lien avec la conduite [automobile], [...] on y va avec eux en quadriporteur puis on peut pratiquer la double tâche en leur posant des questions pendant qu'il conduise [...], on leur fait chercher des adresses, aller plus vite, ralentir. (P3)

L'ergothérapeute va donc « essayer d'aller dans une tâche qui est la plus représentative de ce qu'il faisait » (P5), « qui va donner un produit fini » (P3), « qui va être reproductible » (P5), qui va être « circonscrit[e] dans le temps » (P5) tout en étant « sécuritaire » (P5).

Tout comme l'évaluation par mise en situation, l'intervention par l'entraînement de tâche fonctionnelle est variable. Avant la tâche, l'ergothérapeute questionne la personne sur sa perception de la difficulté à réaliser la tâche et le temps nécessaire pour accomplir celle-ci. Des exemples de questions posées à la personne sont :

- « Est-ce que vous considérez que la tâche va être facile, moyen ou difficile? » (P5)
- « Sur un niveau de difficulté de 1 à 10, comment est-ce que vous trouvez la tâche difficile? » (P3)
- « Est-ce que vous risquez de faire des erreurs ou de mal performer? » (P3)

- « Qu'est-ce qui va être facile, qu'est-ce qui va être difficile? » (P4)
- « Combien de temps est-ce que vous pensez que cette tâche va vous prendre? » (P3)

Contrairement à l'évaluation par mise en situation, l'ergothérapeute est davantage impliquée dans l'entraînement aux tâches. Par exemple, lors de la cotation, l'ergothérapeute fait le même exercice de prédiction que la personne à l'écrit. De plus, lorsqu'il s'agit d'une tâche qui a déjà été pratiquée, l'ergothérapeute va effectuer un rappel de la rétroaction offerte lors de la dernière séance. Cela permet de vérifier si la personne est capable de l'intégrer, d'y porter attention lors de cette séance-ci et de « voir si justement, s'il y a une correction qui est apportée, là, spontanément » (P2).

Pendant l'entraînement à la tâche, les ergothérapeutes peuvent utiliser différentes stratégies, soit la rétroaction simultanée, la confrontation aux difficultés, moduler l'aide apportée et filmer la tâche. Une stratégie est d'offrir de la rétroaction simultanément durant la tâche. Cela peut être que l'ergothérapeute questionne la perspective de la personne sur sa performance ou nomme l'erreur dès qu'elle arrive dans le but que la personne « réalise tout de suite au lieu d'attendre à la fin puis que là ce n'est plus dans le contexte, donc [...] [elle] est plus détaché[e] par rapport aux difficultés qu'[elle] a eu plus tôt » (P1). Une seconde stratégie est la confrontation aux difficultés dont le but est que « si [la personne] n'est pas capable, [elle] reste pris » (P3), qu'elle « rentre dans le mur » (P4), pour que la personne essaie « d'initier une solution par [elle-même] ou du moins qu'[elle] puisse nommer le problème [...] [ou qu'elle a] une difficulté » (P3). L'explication est que si la personne ne se rend pas compte qu'elle a des difficultés, « [elle] ne peut pas travailler dessus » (P3). Il est alors difficile d'avoir des améliorations alors que la personne ne se rend pas compte de ces défis et n'a « pas de motivation à travailler quelque chose qui n'est pas un problème » (P3). De plus, une ergothérapeute a

remarqué que si elle « suggère une stratégie comme compensatoire avant que [la personne] ait remarqué qu'[elle a] une difficulté, [elle] ne va pas avoir tendance à l'adopter » (P3) alors qu'une fois que la personne a remarqué certaines difficultés, la personne a « plus tendance à l'accepter » (P3). L'ergothérapeute va tout de même « prévenir les erreurs fatales » (P4). Un exemple pratique est de « laisser brûler les toasts, les œufs » (P3). Voici un second exemple :

Parfait bien on va aller en quadriporteur, on va rentrer à l'envers dans mon ascenseur [...] J'ai déjà laissé quelqu'un foncé dans le mur 10 fois. [...] « Ah, ça ne marche pas », bang bang jusqu'à ce qu'il se rend compte que « ouain ok ça ne marche pas » (P3)

Une troisième stratégie est de débiter par répéter la tâche en aidant la personne puis par la suite de donner le défi à la personne de réaliser la tâche sans aide. Le but est d'amener la personne à distinguer les séances avec et sans aide pour pouvoir nommer quand l'ergothérapeute a « été obligée de l'aider parce qu'il est arrivé telle affaire [...] [et] d'apporter certains constats. » (P6). Une quatrième stratégie est de filmer la séance. Le but est que la personne « puisse se regarder [pour] avoir une meilleure perspective sur qu'est-ce qu'elle fait » (P4). Certaines l'utilisent « le plus tôt possible après dans l'intervention dans la phase où on essaie de développer l'auto-critique » (P3) alors que d'autres l'utilisent lorsque « ça ne fonctionne pas » (P5) avec les autres modalités. Lorsqu'une tâche est filmée, il semble préférable d'effectuer « des courts [...], pas des longs vidéos de préparation de repas complets » (P6). Parmi les ergothérapeutes ayant utilisé cette stratégie, le résultat est assez mitigé : « des fois ça passe, des fois ça ne passe pas » (P5). En effet, malgré tout, la personne peut tout de même tenter de justifier ces difficultés étant donné que « ça [la] stressait le fait que [d'être] filmé[e] » (P5).

Après l'entraînement de la tâche, les ergothérapeutes demandent à la personne « de s'auto-critiquer » (P6) en lien avec « comment ça s'est passé, est-ce qu'il y a eu des difficultés »

(P2), « est-ce que vous pensiez que vous faisiez des erreurs » (P3) ou « est-ce que ça vous a pris plus de temps que prévu » (P3). C'est seulement ensuite que l'ergothérapeute nomme ses propres observations et va « être un peu plus en argumentaire » (P5) pour « essayer de l'amener à voir si elle avait vu la même chose que [elle] » (P5). La personne peut réagir par la justification externe par exemple elle « pens[ait] à plusieurs choses en même temps, puis ça fait longtemps [...], [elle] était pas dans ses affaires, [...] pas habitué d'avoir quelqu'un qui [l]'observe [...] [ou] par la nouveauté de la chose » (P5). Une participante explique que « malgré tout ça, probablement qu'avant [la personne] aurait été capable de performer adéquatement » (P5). Dans le cas où l'ergothérapeute apportait de l'aide pendant l'entraînement de la tâche, l'ergothérapeute refléterait après la tâche l'effort fourni lors de celle-ci, par exemple « ah bien nous on considère qu'on a beaucoup forcé pour vous aider dans le dernier transfert qu'on venait de faire » (P5).

Le lieu de pratique de l'entraînement aux tâches est variable en centre de réadaptation interne et externe. En externe, les ergothérapeutes vont systématiquement dans l'environnement de la personne comme selon leur expérience, « c'est plus payant d'aller dans son milieu que de faire ça ici au centre [...] pour qu'il généralise dans ses activités » (P2), spécialement lorsque « c'est pratiquement juste du cognitif » (P6). De plus, il va être demandé à la personne de se pratiquer également à l'extérieur des séances d'ergothérapie dans le but de « créer plus d'expositions, de répétition de la tâche qui est difficile à faire » (P6). Des exemples seraient de demander « d'aller voir sa liste de séquences pour telle tâche » (P6), « de demander à [...] [un proche de] regarder et dire ces commentaires » (P3) ou encore dès que la personne « est dans le siège passager » elle doit pratiquer son balayage visuel en « nommant tous les arrêts obligatoires puis [...] les lumières » (P2). En interne, l'entraînement des tâches fonctionnelles se fait majoritaire au centre de réadaptation. Le faire à domicile est effectué exceptionnellement « pour

lui montrer que même à la maison, ça pouvait être difficile [...] pour qu'on puisse le reprendre sur l'unité de réadaptation » (P5) par la suite.

5.2.6.1.2 Apprentissage exploratoire.

Avec une personne ayant une diminution de l'auto-perception de ses capacités cognitives, l'apprentissage exploratoire pour amener la personne à trouver ses propres stratégies peut être au départ plus bénéfique que l'enseignement directif de stratégie.

Elle a travaillé à essayer d'enfiler son chandail, ce qui était un défi majeur dans les premières journées, premières semaines. [...] J'ai provoqué le fait de la laisser elle-même, je suis partie, je suis sortie de la chambre, les freins étaient mis sur son fauteuil, elle n'était pas en danger. Puis elle s'est trouvée elle-même une stratégie [...].

Habituellement, on commencerait par le côté atteint, c'est plus facilitant. Dans son cas à elle, elle commence par son côté sain, ça permet de mieux s'orienter pour trouver son côté atteint dans son chandail. [...] Fait que là elle était très satisfaite. Fait qu'au niveau de sa perception de la tâche, là elle a été adéquate parce qu'elle a réussi à voir que sa résultante était okay puis qu'elle arrivait à le faire de façon fonctionnelle somme toute. (P5)

Ainsi, cette méthode permet de faire « en sorte qu'elle a gagné ses points de repère puis qu'elle est en mesure de le faire et de le reproduire avec les préposés » (P5).

5.2.6.1.3 Intervention auprès des proches.

Une intervention que l'ergothérapeute fait avec le proche de la personne est d'« enseigner aussi un peu les difficultés que la personne a [...] comme ça peut être dur pour les proches de comprendre pourquoi la personne pense qu'elle est capable alors qu'elle n'est pas capable » (P1). Par la suite, l'ergothérapeute explique le but de ces interventions pour que le

proche ait une meilleure compréhension et puisse « ramener auprès du patient en fait pourquoi qu'on travaille là-dessus même si [la personne] ne voit pas de difficulté [...] [dans le but] d'en faire un allié » (P5). Aussi, l'ergothérapeute peut collaborer avec le proche pour l'intégrer « pour augmenter la fréquence des interventions » (P1). Pour cela, l'ergothérapeute peut « donner des stratégies qu'ils peuvent utiliser avec la personne » (P1) comme les coacher à effectuer de la rétroaction dans des tâches.

On peut leur apprendre à faire le *feedback* ensuite comme nous on le fait [...] comme ça le proche peut l'aider à trouver les solutions à la maison quand ils sont face à une difficulté au lieu de leur dire quoi faire. « Ah ça ne marche pas t'sais on est coincé. Qu'est-ce que tu fais avec ton thérapeute quand vous coincez? Qu'est-ce que tu pourrais trouver comme solution? » Fait que des fois ça les aide aussi. (P3)

5.2.6.1.4 Interventions auprès de l'équipe de soins.

Lorsque la personne est hospitalisée, soit à l'hôpital ou en centre de réadaptation interne, l'ergothérapeute travaille avec une équipe de soins. Considérant que les préposées aux bénéficiaires (PAB) sont avec la personne tous les jours, il s'avère donc essentiel de communiquer avec ceux-ci. Pour cela, l'ergothérapeute met « les recommandations au cahier [de l'équipe de soins] sur le fonctionnement qu'ils doivent faire avec le patient » (P5) dans le but que « que tout le monde travaille dans le même sens. » (P1). Cependant l'implication de ceux-ci est différente à l'hôpital qu'en centre de réadaptation interne. En effet, à l'hôpital, les PAB « pratiquent un petit peu moins systématiquement que les intervenants ergothérapeutes puis les assistants en ergothérapie, mais oui, on essaie de les impliquer, mais ce n'est pas toujours facile. » (P1). Ainsi, leur rôle « se limite un peu à de la prévention des chutes [...] ou des fugues » (P4). De l'autre côté, en centre de réadaptation interne, la collaboration avec les PAB

est plus étroite. En effet, les PAB accompagnent les personnes dans leurs activités quotidiennes et donc l'ergothérapeute va former le personnel à « refléter après la tâche comment [la personne a] trouvé ça [...], [de] nommer ce que [eux ont] été obligés ou comment [ils ont] compensé pour qu'elle réussisse la tâche [...], refléter la force ou l'énergie qu'ils ont dû mettre » (P5). Cela permet d'augmenter l'exposition à de la rétroaction provenant de différents acteurs.

5.2.6.1.6 Congé thérapeutique la fin de semaine.

Lorsque la personne est en centre de réadaptation interne, il est possible d'avoir des congés thérapeutiques la fin de semaine. Ceux-ci nécessitent une préparation. Avec le proche, l'ergothérapeute va fournir un formulaire qui explique les attentes de tâches à effectuer à domicile comme « prendre des initiatives, utiliser la télécommande, le cellulaire, ouvrir la porte d'entrée, [...] décrire le trajet pour se rendre jusqu'à la maison, [...] choisir des vêtements qui font du sens avec la température extérieure [...] [ou encore] demander de l'aide » (P5). Également, l'ergothérapeute va donner ces recommandations.

Au retour, le proche va remplir un questionnaire qui « est remis au dossier médical quand il revient et non pas entre les mains du patient puis va être repris par la travailleuse sociale qui va consolider tout ça par téléphone avec l'aidant » (P5). De son côté l'ergothérapeute va effectuer un retour avec la personne pour « voir comment ça a été [...] selon sa perception à [elle] » (P5). Cela permet donc de « faire la triangulation des données » (P5). Lorsque les données ne corrélaient pas, une collaboration avec la travailleuse sociale est alors primordiale pour orchestrer la suite. Par exemple, « est-ce que ça vaut la peine de faire intervenir le proche aidant versus à ce que [l'équipe de réadaptation] confronte de leur bord de façon plus rusée pour pas qu'il y ait conflit entre les deux personnes puis qu'on se ramasse avec un proche qui est barré par le patient » (P5).

5.2.7 Faire le suivi et adapter/Évaluer le résultat

5.2.7.1 Conserver le lien thérapeutique.

Durant le processus thérapeutique, la qualité du lien thérapeutique est une préoccupation des ergothérapeutes. En effet, la qualité du lien thérapeutique entre l'ergothérapeute et la personne ayant une diminution de l'auto-perception de ses capacités cognitives influence la participation de la personne dans la thérapie. Lorsqu'un lien de confiance est créé, « ça va aider aussi à ce que la personne fasse confiance [à l'ergothérapeute] et qu'[elle] accepte de participer » (P1). Ce lien doit se développer « rapidement pour qu'elle sache que les ergothérapeutes sont des professionnels, qui savent ce qu'ils font » (P3) et que la personne comprenne que « elle en a de besoin même si elle ne réalise pas c'est quoi sa difficulté » (P3). En effet, si la personne a confiance en son ergothérapeute, cela peut amener la personne à travailler certaines activités dont elle n'a pas conscience de ces difficultés. En voici un exemple :

Ça m'est même déjà arrivé un client qui faisait un cours de conduite automobile avec le moniteur puis il filmait sa performance. Fait que après, on regarde la vidéo ensemble. Puis je l'ai entendue [...] dire sur la vidéo : « [Nom de la thérapeute] a dit que je ne remarque pas les choses à gauche, mais je ne sais pas pourquoi elle dit ça. Pourtant, t'sais d'habitude, elle ne me dit jamais des mensonges-là. Je lui fais confiance, mais je ne comprends pas pourquoi je ne verrais pas les choses à gauche t'sais. » [...] Mais ça arrive qu'il accepte de la travailler pareil ici. (P3)

Aussi, une participante explique que plus le lien thérapeutique est fort, plus « on peut confronter [...] parce que des fois on ne veut pas trop confronter non plus pour que la personne parte et qu'elle ne revienne plus jamais » (P3).

Trois stratégies ont été nommées par les participantes. Une stratégie pour établir un lien de confiance est de normaliser leur séquelle due à leur AVC en leur nommant que ne « pas avoir d'auto-perception, c'est une difficulté typique après un AVC [...] et d'aller chercher [anosognosie] sur Google » (P3). La seconde stratégie est de pratiquer une même tâche avec différents acteurs.

J'ai souvent un collègue en éducation spécialisée qui va venir faire de l'exposition aussi puis l'addition d'observations. Plus le conjoint. Fait que là, tranquillement, le patient il se rend compte bien là avec son conjoint qui est arrivé telle affaire dans la même tâche, avec l'éducateur dans la même tâche, fait que ce n'est pas relié à une personne non plus. (P6)

La troisième stratégie est de collaborer avec les autres professionnels autant à l'évaluation qu'en intervention.

Fait que ça devenait peut-être des fois moins confrontant pour le patient parce que ce n'était pas juste vu ou juste fait en ergothérapie, mais c'était faite aussi en physiothérapie. Fait que soit qu'on devenait les deux méchantes, pour devenir caricaturale un peu, ou soit que ça permettait peut-être d'avoir un petit peu plus d'auto-perception du patient. (P5)

Dans la pratique en milieu hospitalier, « ça va quand même bien pour maintenir la relation » (P1) et « les patients apprécient quand même les traitements » (P4) alors que d'autres patients vont plutôt considérer que l'ergothérapeute est un professionnel sévère et nommer que « c'est à cause d'elle que je ne peux pas » (P4) ou encore « elle elle ne veut pas que je fasse rien tout seul » (P4). Selon les participantes, cela est « rarement un problème qui nuit à la relation » (P4). Les participantes nomment qu'il est très rare qu'un suivi soit arrêté en raison d'un bris de lien thérapeutique. Lorsque cela arrive, une ergothérapeute en centre de réadaptation externe

explique avoir vécu un lien thérapeutique difficile où ils ont décidé de « donner une coupe de semaines de *off* [...] pour la laisser un peu aller dans ses expériences, puis on se revoit après, puis on décidera qu'est-ce qu'on a besoin de travailler encore » (P6).

5.2.7.2 Adaptation de la thérapie selon l'amélioration.

5.2.7.2.1 Lors d'amélioration.

Une amélioration de l'auto-perception des capacités cognitives débute par une reconnaissance de certaines rétroactions de l'ergothérapeute.

Quand on commence à avoir des brèches qui m'attribuent certains points, là je suis tout énervée puis là j'ai l'impression qu'on a peut-être une petite ouverture à pouvoir continuer de travailler sur son manque d'auto-perception. (P5)

Ces reconnaissances peuvent aussi s'accumuler lorsque la personne « s'en est rendu compte un petit peu [à l'URFI], puis elle s'en rencontre aussi à la maison ou l'aidant a réussi à y faire comprendre aussi ou de le faire refléter [ces difficultés] à la maison » (P5). Cela amène la personne « à moins d'opposition d'explications par rapport à l'erreur qu'elle vient de faire, [...] il y a de l'ouverture » (P6).

L'amélioration de la personne nécessite donc différentes adaptations des modalités d'intervention. Un premier ajustement est d'ajouter la mise en place de stratégie puisque « quand il y a de l'évolution, tranquillement, justement, ça permet une meilleure intégration rapide des stratégies cognitives » (P6) comme la personne est plus ouverte à ajuster sa performance. Cela a pour but d'ajouter des « adaptations pour que la personne soit autonome » (P6). Ainsi, l'ergothérapeute travaille avec la personne pour trouver des stratégies, mais ça vient « des professionnels parce que grosso modo [les ergothérapeutes sont] quand même habitués de

proposer des choses-là fait que c'est rare que ça vient du patient » (P6). Un exemple serait d'utiliser « la petite pomme qui tourne pour faire la minuterie » (P6) lors d'une tâche. Lorsque la personne a été en centre de réadaptation interne avant d'aller en centre de réadaptation externe, l'ergothérapeute en externe « réutilise les stratégies qui ont déjà fonctionné à l'interne, mais [...] modifie celles qui ont moins bien fonctionné, puis [...] aide à l'application de certaines stratégies à domicile » (P6).

Un deuxième ajustement est de diminuer la supervision en « lui donnant un petit peu plus de liberté aussi dans ce que la personne va être capable de faire comme programme d'activité à sa chambre [...] où on va lui donner la permission de le faire tout seul » (P4).

Un troisième ajustement est de graduer la tâche. Voici un exemple :

Je vais lui demander qu'il fasse la tournée de café pour tous. [...] Soit après ça, je vais lui demander de faire ses toast et son café. Si ça ça va bien [...], on va peut être rajouter la cuisinière. [...] Puis si ça ça va bien, [...] je me garde des repas congelés dans le congélateur fait que peut-être une ou deux fois par semaine, on y va avec l'utilisation du micro-ondes. (P5)

Les objectifs vont également évoluer avec l'amélioration de la personne. Lorsque la personne s'améliore au point d'atteindre un objectif, un nouvel objectif peut être sélectionné. Cela peut amener la personne à revoir ses attentes.

Parce qu'il y a des clients : « Hey! Je suis rendu tellement bon que finalement, j'aimerais ça retourner au travail ». Le retour de travail n'était pas prévu au début, mais finalement, ça déboule parce que les autres objectifs ont été atteints. On s'adapte, puis tant qu'il y a un mandat fonctionnel, une attente qui est réaliste, bien on va travailler là-dessus. (P2)

Il est possible aussi de « se concentrer sur ceux qui ne sont pas atteints puis [...] [se questionner sur] est-ce qu'on peut les atteindre d'une autre façon ou est-ce qu'on peut compenser, est-ce que le milieu peut être interpellé » (P2).

5.2.7.2.2 Sans amélioration.

Un plateau de l'auto-perception des capacités cognitives est considéré lorsque « le discours va se ressembler d'une fois à l'autre » (P5) chez la personne.

On reste devant un patient qu'on n'arrive pas à faire cheminer, qui continue de ne pas tant s'approprier ou de ne pas faire la démarche cognitive de se dire avant chaque tâche :

« Bon bien qu'est-ce que ça va être mes difficultés et comment je peux essayer de contourner ça ». Si on est devant quelqu'un qui, à chaque fois, on doit lui répéter après trois, quatre semaines, c'est là où ça risque d'être plus problématique pour poursuivre.

(P4)

Différentes démarches sont alors effectuées. De façon générale, l'ergothérapeute travaille avec d'autres intervenants, ce qui peut permettre de « communiquer aussi ensemble pour voir est-ce qu'on a des stratégies [...] qu'on pourrait essayer » (P1). Si c'est toujours non concluant, l'ergothérapeute va être « moins dans l'essai de développement de capacité ou d'adaptation simple, [...] elle va faire des recommandations » (P6), va « demander plus de services, [...] et collaborer plus avec les proches » (P6). Des exemples de recommandations sont utiliser « un timmer [...] pour des oublis de fermer les ronds » (P6), « intégrer tel loisir pour [...] pratiquer ses sorties à l'extérieur » (P2) ou encore « intégrer des ressources à l'externe, le CLSC ou la famille » (P2). Il y a donc un lien qui est fait entre la fin des services en ergothérapie et la mise en place de recommandations pour le domicile. Cela reste difficile pour la personne de se faire annoncer qu'elle a atteint un plateau et « ça ne sera pas tant bien reçu » (P2). De façon générale,

la compensation par les proches est mieux acceptée et est moins confrontante comme c'est « [...] de façon informelle sans dire ‘‘ là je suis en train de corriger ton erreur’’, ça va se faire puis la personne va l'accepter » (P2) tandis que l'aide reçue par les services dans la communauté demande de laisser « entrer un étranger dans ta maison » (P2).

5.2.7.4 Pronostic pour l'orientation.

Le pronostic de l'orientation évolue au fur et à mesure des semaines. Lors du premier plan d'intervention, l'ergothérapeute va nommer « les facteurs facilitants puis les obstacles environnementaux, les enjeux suite à son AVC [...] qui pourraient avoir un impact sur le retour au milieu de vie antérieur » (P5). Cependant, l'ergothérapeute est ouverte aux différentes possibilités étant donné qu'elle est « en train de connaître la personne puis de voir quelle courbe ça va prendre » (P5). Lors de la révision du plan d'intervention, l'ergothérapeute choisit si elle poursuit le développement des habiletés ou met davantage l'accent sur la compensation. Par exemple, « s'il marche, est-ce qu'on peut penser à un retour à la maison ou est-ce qu'on est déjà en démarche pour un fauteuil roulant parce qu'on sait que ça ne sera pas la marche » (P5). Le pronostic pour l'orientation se consolide aussi en comparant le réaliste du retour à « domicile versus des alternatives possibles » (P5). Lors du plan d'intervention final, l'ergothérapeute est davantage « en mesure de nommer [...] vers quoi on voit la courbe d'évolution pour la suite des traitements » (P5). Cela implique pour un ergothérapeute en centre de réadaptation interne de « se positionner à savoir si le patient va pouvoir aller en centre de réadaptation en externe ou pas. » (P5).

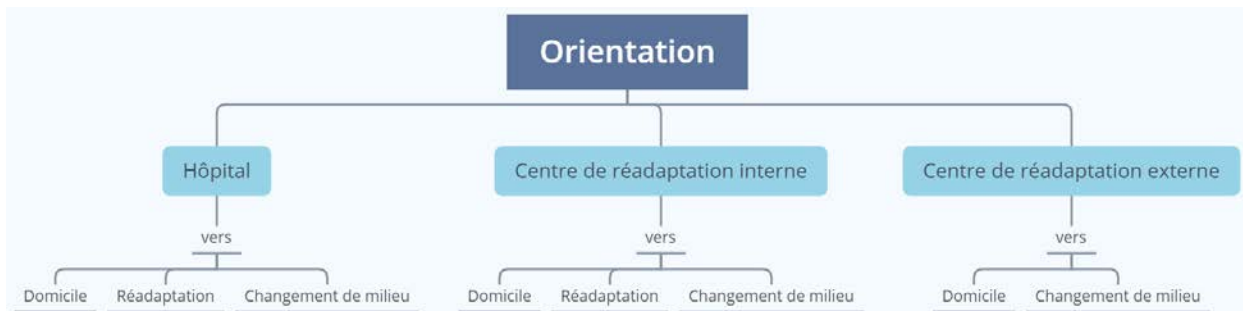
5.2.8 Conclure et mettre fin

5.2.8.1 Orientation finale.

Les choix de l'orientation finale, démontrée dans la Figure 3, varient d'un milieu à l'autre.

Figure 3

Orientation



À l'hôpital, la sélection de l'orientation, en équipe interdisciplinaire, débute par un questionnement sur le potentiel de réadaptation de la personne dont sa capacité d'apprentissage. Cependant, il peut ne pas y avoir de consensus sur l'orientation. Par exemple, « si le physiothérapeute dit ça fonctionne au niveau physique, mais l'ergothérapeute dit qu'elle n'a pas encore observé de capacité d'apprentissage, [...], ça peut arriver qu'il y aille des discordances un peu » (P1). Dans ce cas, les intervenants donnent « un petit peu de temps de *buffer* pour ne pas condamner la personne trop tôt » (P4) et « laisser un peu plus de temps pour que la personne qui ne pensait pas nécessairement qui avait le potentiel puisse continuer à documenter » (P1). Une fois le consensus atteint au sein de l'équipe, l'orientation est présentée à la personne pour qu'elle « accepte aussi cette orientation-là » (P1). Si la personne a un potentiel de réadaptation et est apte à retourner à domicile « parce qu'elle est assez mobile ou parce qu'elle y a des proches qui peuvent l'assister, on va opter pour de la réadaptation en externe ou un congé précoce assisté »

(P4). Si la personne a un potentiel de réadaptation, mais n'est pas apte à retourner à domicile parce que la personne « a trop d'enjeux de sécurité, les proches ne sont pas en mesure d'assumer ce qu'il faudrait pour la routine, puis tout ça, on oriente la personne à l'interne. » (P4). À de rares occasions, la personne peut retourner à domicile avec des services « si les déficits ne sont pas assez importants pour que la personne ne puisse pas retourner à la maison, [...], ça se peut que ce soit le CLSC qui s'implique ou d'autres intervenants communautaires » (P4). Si la personne n'a pas de potentiel de réadaptation, il est possible que la personne soit orientée à changer de milieu de vie.

C'est sûr que si vraiment la personne, par exemple, elle avait déjà des difficultés au niveau de la dimension cognitive avant, et que là en plus en lien avec son AVC, elle a aussi une diminution de l'auto-perception, elle va avoir une capacité d'apprentissage qui est plus limitée. Fait que parfois si vraiment on a tout essayé, si ça ne fonctionne pas, mais là on va penser à un nouveau milieu de vie qui va pouvoir répondre à ses besoins si vraiment on voit qu'il n'y a pas le potentiel de s'améliorer. (P1)

En centre de réadaptation interne, l'équipe doit d'abord se positionner si la personne est capable de retourner dans son domicile. Pour cela, « souvent on a un minimum d'autonomie avec un filet de sécurité qui permet un retour à domicile » (P5). En effet, une participante nomme qu'une fois la personne arrivée « à un minimum pour pouvoir la renvoyer à la maison, l'équipe va se permettre de le faire » (P5). Ainsi, l'équipe doit statuer sur le type de soutien nécessaire pour le retour à domicile. Le filet de sécurité peut être la « mise en place de services de soutien à domicile ou l'aide de la famille » (P5). Si la personne est apte à retourner à domicile, l'équipe va également statuer sur les besoins de poursuivre la réadaptation en centre de réadaptation externe. Cependant, il est possible que l'orientation soit plutôt un changement de milieu de vie. Cela peut

être causé par le fait que « ça ne progresse pas au niveau physique et/ou cognitif ou le cognitif a un impact sur le physique qui fait en sorte que les transferts ne peuvent pas devenir autonomes par exemple » (P5).

En centre de réadaptation externe, la majorité du temps la personne reste dans son domicile. Cependant, l'ergothérapeute va toujours évaluer s'il est sécuritaire pour la personne d'y rester dans son contexte actuel. L'ergothérapeute peut questionner à savoir « est-ce qu'elle peut porter atteinte à sa personne si elle est toute seule, pas nécessairement volontairement » (P6) ou encore si la personne « demande trop d'aide à domicile ou trop de surveillance qui fait qu'il y a un épuisement du proche » (P6). Voici un exemple:

Le patient il reste assis toute la journée chez eux, [...] quelqu'un d'inerte complètement puis qui ne fait rien, qui fait juste se lever puis aller se coucher, [...] fait que même si on met la popotte roulante, oui il va manger, mais il y a comme des bases aussi qu'on surveille (P6).

C'est dans ces conditions que l'ergothérapeute va se questionner sur la possibilité d'« avoir des services pour compenser et si les services sont inclus, est-ce que ça va réussir à conserver son intégrité et sa sécurité » (P6). Si la réponse est non, alors c'est seulement à ce moment que l'ergothérapeute pourrait orienter la personne vers un changement de milieu de vie.

5.3 Éléments contextuels

5.3.1 Rôle de l'ergothérapeute

Le rôle de l'ergothérapeute se révèle très similaire d'un milieu de pratique à l'autre avec cette clientèle. Les participantes résument leur rôle général comme d'aider « les clients à reprendre le maximum de leur autonomie par différentes stratégies, soit par du développement,

de la compensation ou de l'adaptation » (P6) « dans le but idéalement de pouvoir retourner dans leur milieu de vie antérieur ou sinon de pouvoir malheureusement les accompagner vers une vie alternative qui va être sécuritaire selon leurs besoins » (P5). Plus spécifiquement, elle nomme prendre en compte « l'autonomie dans les activités quotidiennes » (P1), « les impacts fonctionnels des déficits qui sont liés à l'AVC » (P4) ainsi que « les aider à prendre conscience de leurs difficultés quand ils réalisent des activités fonctionnelles » (P3).

5.3.2 Collaboration

Il est très rare que les ergothérapeutes soient les seuls professionnels à travailler avec la personne. Les rencontres avec les différents collaborateurs peuvent s'effectuer de façon formelle, par exemple lors du PII ou de la lecture des notes évolutives d'une autre profession, ou de façon informelle, par exemple « dans le corridor, on parle de tel ou tel patient » (P3). L'ergothérapeute va collaborer avec l'orthophoniste pour l'aider à « adapter sa communication pour être sûr que ça soit le plus fonctionnel possible avec le patient » (P1). L'ergothérapeute collabore également avec le travailleur social. Celui-ci s'occupe de la gestion émotionnelle de la personne et de ses proches, par exemple « pour que la famille puisse aider à augmenter l'auto-critique, mais sans créer trop de conflits familiaux ou de confrontation directe » (P3). La collaboration avec le neuropsychologue va varier selon que celui-ci effectue ou non des interventions. En effet, lorsque le neuropsychologue ne fait que des évaluations, ses recommandations seront en partie mises en pratique par l'ergothérapeute tandis que lorsque le neuropsychologue fait un plus long suivi, cela favorise les échanges entre les deux professionnels concernant les stratégies à appliquer, celles qui ont fonctionné ou non par exemple. Lors de l'intervention, l'ergothérapeute peut collaborer avec un technicien en éducation spécialisée ou du personnel non-ergothérapique pour « venir faire de l'exposition aussi puis l'addition d'observations » (P6). L'ergothérapeute à

l'hôpital ou en centre de réadaptation interne travaillera également avec une équipe de soins.

Parmi celles-ci, l'ergothérapeute collaborera davantage avec les PAB dans la mise en pratique de stratégies pour les activités quotidiennes.

5.3.3 Facilitateurs et obstacles

5.3.3.1 Lien thérapeutique.

Comme discuté au point 5.2.7.1, une bonne relation thérapeutique peut faciliter le processus de réadaptation. Une participante l'explique ainsi :

Les cas où que j'ai eu plus de succès, c'est vraiment quand j'ai pris le temps de créer une relation thérapeutique, de jaser avec le patient des fois de tout et de rien juste pour qu'il me fasse confiance. Puis qu'après quand je lui reflète « ça c'était plus difficile par rapport à ce que vous pensiez que ça allait être », là il va plus me faire confiance. [...] Il va avoir un peu plus d'ouverture là que si je vais le voir, puis je fais ça trop rapidement et trop brusquement. (P1)

5.3.3.2 Environnement.

L'environnement peut être un facilitateur ou un obstacle au processus de pratique des ergothérapeutes. Au niveau des ressources humaines, travailler avec du personnel avec de l'expérience et avoir le personnel complet fait une différence positive. En effet, lorsque la liste d'attente est longue, le début de suivi est retardé. Il est possible que la phase de récupération spontanée soit terminée et comme « il y a tellement de gens qui attendent, [...] ça arrive qu'on donne des congés plus rapidement à des gens où on ne voyait pas un grand potentiel » (P3) telles que les personnes avec une diminution de leur auto-perception. Concernant l'accessibilité des ressources matérielles, la facilité d'accès à ces ressources influence aussi leur utilisation. Par exemple, une participante nomme ne pas utiliser la modalité de filmer la personne lors de tâche

étant donné la lourdeur administrative. De l'autre côté, une participante nomme avoir plusieurs cuisines thérapeutiques dans son milieu, ce qui facilite leur utilisation. Au niveau du lieu de pratique, le fait de pouvoir pratiquer l'activité dans son environnement naturel ou dans un milieu institutionnel impactera le processus comme discuté dans les points d'action ci-dessus.

5.3.3.3 Collaboration avec les proches.

Les proches peuvent être une source de soutien ou encore un enjeu au processus de réadaptation de la personne. L'implication des proches est un facilitateur au processus de réadaptation lorsqu'ils ont observé des difficultés chez la personne comme cela va les amener à « avoir tendance à corroborer ce qui est dit par les professionnels [...] [et] ils vont essayer de les encourager à continuer à poursuivre les interventions. (P3) De plus, lorsque les proches s'impliquent dans le processus d'intervention (voir section 5.2.6.1.), cela est aussi facilitateur.

Un enjeu de la collaboration avec les proches est l'impossibilité d'être toujours en présence. Une participante nomme « que parfois les gens sont très loin, fait que ça peut arriver qu'ils soient là sur TEAMS, par téléphone, ce qui est loin d'être idéal » (P5). Un second enjeu est l'absence de proche étant donné « que ça leur fait des alliés de moins pour essayer de l'amener dans le même sens que l'équipe » (P5). Un troisième enjeu est si le proche est confus ou dans une relation de dépendance, il sera alors plus difficile de les avoir comme allié. Un quatrième enjeu est lorsque le proche nie les difficultés ou surestime les capacités de la personne étant donné que le proche ne pourra pas « compenser par un soutien » (P2). Particulièrement à la réadaptation externe, l'implication des proches peut être un obstacle. En effet, lorsque la personne est à domicile et que le proche compense trop, cela est alors plus difficile d'amener la personne à voir la pertinence des recommandations en ergothérapie.

5.3.3.4 Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle peut être facilitatrice, mais peut aussi faire face à des obstacles. Sur le plan des facilitateurs, la collaboration permet de se sentir « un petit peu plus épaulée, un peu moins impuissante » (P5), de créer « une certaine solidarité professionnelle » (P5) qui facilite la transmission d'un message commun à la personne par différents intervenants. Sur le plan des obstacles à la collaboration, il y a entre autres la rotation du personnel et la surcharge de travail.

5.3.3.5 Connaissances des ergothérapeutes sur la diminution de l'auto-perception.

Certaines participantes trouvent la diminution de l'auto-perception « un peu abstrait[e] comme difficulté, ce n'est pas une faiblesse du côté gauche, c'est plus complexe comme difficulté fait que ça peut être difficile [...] pourquoi il ne réalise pas (P1) ». Elles nomment des difficultés à départager ce qui est une diminution de l'auto-perception des capacités de ce qui est un déni de ces difficultés ainsi que de documenter et intervenir sur ce sujet. À ce sujet, une participante évoque aussi qu'une utilisation d'un même outil rapide « un petit peu plus standardisé pour le documenter qui pourrait être répété après en réadaptation » (P4) serait utile pour évaluer l'évolution.

6. DISCUSSION

Cette étude visait à documenter les pratiques des ergothérapeutes au Québec auprès de personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives lors de la phase aiguë et de réadaptation après un AVC. À la lumière des résultats présentés précédemment, l'objectif de cette étude a été atteint. En effet, la perception de six ergothérapeutes travaillant auprès de personnes ayant une diminution de leur auto-perception de leurs capacités cognitives

après un AVC en phase aiguë ou de réadaptation a été analysée en fonction du MCPP (Polatajko et al., 2013) et a mené à divers constats sur leur processus de pratique.

6.1 Retour sur les résultats en regard du MCPP

Les principaux résultats extraits des données indiquent que la pratique des ergothérapeutes liées à l'auto-perception des capacités cognitives varie en fonction du contexte de pratique et du niveau d'évidence de l'auto-perception des capacités cognitives, ce qui influence les différents points d'actions de leur processus de pratique. Pour « **initier et établir le contact** », les principaux résultats démontrent que lors de l'ouverture du dossier, la connaissance de l'ergothérapeute concernant une problématique liée à l'auto-perception des capacités cognitives est variable, selon le niveau d'évidence de celle-ci (ex. : manifestations plus ou moins importantes dans la réalisation des activités quotidiennes), le milieu de pratique et la trajectoire de la personne. Pour « **établir les balises** », les résultats suggèrent que l'application du consentement est effectuée différemment selon le milieu et peut être un enjeu dépendamment de la compréhension de la personne sur la pertinence du processus de réadaptation. Pour « **évaluer et analyser** », les données recueillies suggèrent que les ergothérapeutes n'utilisent pas d'évaluation standardisée spécifique aux différentes composantes de l'auto-perception, mais font plutôt une triangulation des données selon différentes modalités (entrevues avec la personne et ses proches, utilisation du dépistage cognitif, mises en situation et observations spontanées). Les évaluations rapportées ne couvrent toutefois pas l'ensemble des composantes de l'auto-perception. Pour « **convenir des objectifs et du plan** », la présentation des résultats est soit faite au fur et à mesure ou sous forme de bilan et mène à différentes réactions chez la personne (ex. : minimiser ces difficultés en justifiant par des facteurs environnementaux physique ou par des facteurs personnels). Lors de la sélection des objectifs, l'objectif général est centré sur les

priorités de la personne tandis que pour les objectifs spécifiques, lors d'une diminution importante de l'auto-perception, l'ergothérapeute tente plutôt de convaincre la personne de choisir un objectif parmi ceux qu'elle lui propose, en fonction des habiletés préalables à développer pour atteindre l'objectif global. Pour « **mettre en œuvre un plan** », les ergothérapeutes utilisent une variété de modalités en ciblant principalement l'amélioration de la conscience en activité en utilisant l'apprentissage sans erreur, la confrontation aux difficultés ou la rétroaction par vidéo lors de l'entraînement aux tâches, l'apprentissage exploratoire ou lors du retour du congé thérapeutique de fin de semaine. Pour « **faire le suivi et adapter** » ainsi qu'« évaluer le résultat », les résultats démontrent une préoccupation des ergothérapeutes concernant l'établissement et le maintien d'un bon lien thérapeutique pour favoriser l'engagement dans la thérapie et l'ouverture face à la rétroaction. Concernant le **contexte**, la disponibilité et la stabilité des ressources humaines, l'accessibilité des ressources matérielles et du lieu de pratique (ex. : possibilité de pratiquer à domicile ou de reproduire une tâche s'approchant des conditions réelles) peuvent être des facilitateurs ou des obstacles au processus de pratique des ergothérapeutes. De plus, la collaboration avec les proches et les autres intervenants peut être facilitatrice mais aussi comporter certains enjeux. Enfin, les résultats suggèrent que le sentiment de compétence des ergothérapeutes est non optimal avec cette clientèle, indiquant un possible besoin de formation.

6.2 Comparaison des résultats clés avec les écrits scientifiques

Dans la prochaine section, une comparaison est effectuée entre certains éléments importants qui ressortent des résultats et les données probantes, données pouvant converger ou diverger des résultats.

6.2.1 Modalités d'évaluation

Évaluer l'auto-perception au début du processus de réadaptation comme relevé par les participantes est une bonne pratique. En effet, il y a consensus que la première étape du processus de réadaptation cognitive est d'établir le niveau d'auto-perception de la personne (Sansonetti et al., 2023). Concernant les modalités d'évaluation utilisées par les participantes, les résultats amènent à se questionner sur les raisons portant les ergothérapeutes consultées à ne pas utiliser d'évaluation standardisée. Dans une étude aux Pays-Bas auprès de cliniciens travaillant auprès de cette clientèle, seulement 7,4 % des cliniciens en utilisaient (Winkens et al., 2014), ce qui est très peu aussi et démontre que la situation n'est pas spécifique au contexte québécois. Selon des ergothérapeutes de la Colombie-Britannique, des barrières à l'utilisation d'outil standardisé pour l'évaluation de l'auto-perception sont le fait de ne pas être familier avec ces outils ainsi que le sentiment de ne pas être outillé pour les utiliser, ces barrières étant grandement diminuées après une formation à leur utilisation (Cheng et al., 2023). Un deuxième enjeu est que pour bien évaluer l'auto-perception, il faut que l'outil évalue l'ensemble des composantes de l'auto-perception (Sansonetti et al., 2022). En effet, la majorité des outils d'évaluation ne mesurent pas toutes les composantes de l'auto-perception (Al Banna et al., 2016; Schrijnemaekers et al., 2014). Les outils recensés peuvent être classés de quatre façons. Il y a les outils qui évaluent uniquement la conscience générale en comparant l'auto-évaluation de la personne de ses propres capacités avec celle d'un proche ou d'un professionnel de réadaptation. On y retrouve le Patient Competency Rating Scale (PCRS) (Kolakowsky-Hayner, 2010), le Visual-Analogue Test for Anosognosia for memory impairment (VATAmem) (Chapman et al., 2019), le Visual-Analogue Test for Anosognosia for Activities of Daily Living (VATA-ADL) (Della Sala et al., 2022) et le Self-Regulation Skills Interview (SRSI) (Ownsworth et al., 2000).

Ensuite, certains outils évaluent uniquement la reconnaissance d'erreurs et l'ajustement de la performance, soient certaines caractéristiques de la conscience en activité, en prenant note de ceux-ci de façon standardisée durant des mises en situation standardisées ou non. On y retrouve le Naturalistic Action Test (NAT) (Schwartz et al., 2001), l'Occupation-based assessment of online awareness (Doig et al., 2017), le Cognitive Performance Observation Tool (Toglia et Foster, 2021) et le Dynamic Interactional Model : Analysis of Task Errors (Toglia et Foster, 2021). Puis, il existe des outils qui documentent l'auto-évaluation de la performance en comptant la différence entre le nombre d'erreurs reconnues et réelles (en plus d'évaluer la reconnaissance d'erreurs et l'ajustement de la performance), ce qui couvre ainsi trois des quatre caractéristiques de la conscience en activité. Parmi ceux-ci se trouvent le 10-item Weekly Calendar Planning Activity (WCPA-10) (Jaywant et al., 2022) et le Awareness of Awareness of Disability (AAD) (Kottorp et Petersson, 2011). Finalement, il existe un outil qui évalue l'ensemble des composantes de l'auto-perception, soit l'Ecological consciousness evaluation (Merchán-Baeza et al., 2020; Ricchetti et al., 2024; Salazar-Frías et al., 2024). Un troisième enjeu qui pourrait influencer les pratiques des ergothérapeutes québécois est le manque d'outils traduits et validés en français. En effet, aucun outil d'évaluation actuellement disponible n'a de traduction française, ce qui limite leur utilisation au Québec étant donné qu'une traduction maison d'un outil amène une perte de standardisation de celui-ci. Ainsi, pour favoriser une meilleure pratique de l'évaluation de l'auto-perception des capacités par des ergothérapeutes québécoises, il serait important de traduire certains outils actuels comme l'Ecological consciousness evaluation (Merchán-Baeza et al., 2020; Ricchetti et al., 2024; Salazar-Frías et al., 2024) et d'offrir une formation sur leur utilisation auprès des ergothérapeutes.

6.2.2 Établissement des objectifs

Les résultats amènent aussi à se questionner sur les raisons faisant en sorte que les ergothérapeutes consultées soient plus directives dans le choix des objectifs spécifiques pour le client. Tout d'abord, le contexte y joue sans doute un rôle important. En effet, les professionnels doivent rendre des comptes, ce qui les amène à privilégier des objectifs réalistes et atteignables (Daniëls et al., 2002). De plus, les ergothérapeutes en réadaptation sont encouragés par les membres de l'équipe à concentrer leurs interventions sur les AVQ (Gray, 1998). Ensuite, le niveau d'auto-perception des capacités est lié à la capacité à sélectionner un objectif réaliste. Ainsi, une personne avec une faible auto-perception de ses capacités tend à fixer des objectifs moins réalistes (Fischer et al., 2004). De plus, selon le *Schéma du processus de participation du patient anosognosique à l'élaboration des objectifs* proposé par Onno (2020), la personne peut participer activement à l'élaboration des objectifs à partir du moment où elle démontre un début de conscience de ses déficits et la découverte de besoin. Dörfler et Kulnik (2020) confirment également que lorsque l'auto-perception de ses capacités s'améliore, il est important de revoir les objectifs avec la personne. Pour faciliter la participation de cette clientèle, une étude auprès des personnes avec un traumatisme cranio-cérébral et ayant une atteinte modérée à sévère de la conscience générale a été réalisée. Celle-ci a démontré que l'utilisation de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) (Law et al., 2014) peut être utilisée avec cette population pour identifier des objectifs de réadaptation significatifs. De plus, ceux qui n'identifiaient pas de difficulté acceptaient de travailler sur des objectifs identifiés par le proche et l'ergothérapeute (Doig et al., 2014).

6.2.3 Modalités d'intervention

Plusieurs modalités d'interventions sont utilisées par les participantes, mais qu'en disent les données probantes à cet égard? Pour ce qui est de l'entraînement aux tâches fonctionnelles et des différentes formes de rétroactions auprès de cette clientèle, il existe plusieurs interventions prometteuses pour l'amélioration de différentes composantes de la conscience en activité, mais qui nécessitent davantage de recherche. Une intervention possible est l'utilisation de la rétroaction socratique (c'est-à-dire poser des types de questions ouvertes qui incitent la personne à réfléchir sur sa performance) combinée à l'entraînement de différentes tâches de même niveau de complexité (Schrijnemaekers et al., 2020). Les résultats d'une étude d'une série de quatre cas uniques suggèrent une amélioration de la conscience en activité pendant la tâche (augmentation de la reconnaissance des erreurs et de l'ajustement) ainsi qu'une amélioration de la conscience générale à la suite de cette intervention (Schrijnemaekers et al., 2020). Des conclusions plus mitigées ressortent toutefois d'une seconde étude d'essai contrôlé randomisé multicentrique montrant une amélioration de l'auto-perception équivalente pour le groupe expérimental et le groupe témoin (Terneusen et al., 2024). Une seconde intervention consiste à combiner l'utilisation de stratégies métacognitives (But-Plan-Fait-Vérifie) avec la découverte guidée lors de l'entraînement de tâches fonctionnelles. Dans un devis expérimental, cette intervention a mené à des améliorations du fonctionnement quotidien sans amélioration de l'auto-perception (Skidmore et al., 2018). Une dernière intervention recensée est le *Multicontext approach*, qui implique l'entraînement de différentes tâches de même niveau de complexité en intégrant les stratégies suivantes : 1) avant la tâche : la prédiction de performance; 2) pendant la tâche : l'utilisation de la stratégie Arrêter-Vérifier-Réviser; 3) après la tâche : l'estimation de la performance et des stratégies utilisées suivi d'une discussion sur la généralisation des acquis

(Toglia et Foster, 2021). Les résultats relevés dans un essai contrôlé randomisé et une série de huit cas uniques incluaient une amélioration du fonctionnement (Goverover et al., 2007), de la conscience générale, de la capacité à utiliser des stratégies et du fonctionnement exécutif (Jaywant et al., 2022). Pour ce qui est de l'utilisation de la vidéo comme rétroaction, aucune étude n'a été réalisée auprès de la population AVC. Cependant, la combinaison de la rétroaction verbale combinée avec celle de la vidéo a démontré une amélioration de la conscience générale dans un essai clinique randomisé chez les personnes ayant eu un traumatisme craniocérébral (Schmidt et al., 2013). En ce qui a trait au congé thérapeutique de fin de semaine, les données probantes disponibles suggèrent qu'il est pertinent d'effectuer un essai de congé à domicile avant la sortie pour favoriser la prise de conscience des personnes de certaines difficultés possibles à l'extérieur de l'hospitalisation (Sansone et al., 2023). Bref, pour formuler des lignes directrices plus précises concernant les interventions pour le développement de l'auto-perception des capacités cognitives, cela nécessitera entre autres d'avoir des outils d'évaluation qui mesurent adéquatement l'ensemble des composantes de l'auto-perception ainsi que des études décrivant mieux le contenu et les ingrédients actifs des interventions probantes (Schrijnemaekers et al., 2014).

6.2.4 Lien thérapeutique

Les résultats de la présente étude montrent que les ergothérapeutes sont préoccupés par le maintien du lien thérapeutique. D'autres chercheurs ont aussi démontré que la création d'une alliance thérapeutique est un facteur contribuant à l'augmentation de l'auto-perception (Dirette, 2010), que le lien émotionnel entre la personne ayant une diminution de son auto-perception de ses capacités et le thérapeute peut augmenter l'auto-perception (Schönberger et al., 2006) et qu'il y a une association entre des relations thérapeutiques de meilleure qualité et une meilleure auto-

perception (McCabe et al., 2023). Ainsi, en plus des différents bienfaits d'une bonne relation thérapeutique, celle-ci est un facteur pouvant contribuer à l'augmentation de l'auto-perception des capacités. En somme, les pratiques des ergothérapeutes sont donc bien alignées avec les données probantes à cet égard.

6.3 Forces et limites

Il est à noter que cette étude a été effectuée dans le cadre d'un essai de maîtrise imposant des balises en termes d'échéancier. Ainsi, le petit échantillon de participants ayant participé aux entrevues individuelles, soit six ergothérapeutes, n'a pas permis d'atteindre la saturation des données sur les différents thèmes qui sont ressortis. En effet, pour considérer une saturation des données, il faut que la collecte des données n'apporte pas de nouvelles informations et que les catégories deviennent récurrentes (Fortin et Gagnon, 2022). De plus, il aurait été intéressant d'avoir la perspective d'ergothérapeutes travaillant dans un contexte de congé précoce assisté (CPA). Malgré cela, l'étude a permis d'aller chercher un échantillon diversifié en matière de régions administratives du Québec, d'établissements de travail et d'années d'expérience avec la clientèle ayant subi un AVC. De plus, la description précise des caractéristiques des participants et de leur provenance augmente le niveau de transférabilité de l'étude.

Malgré qu'aucun processus de validation des résultats auprès des participantes n'ait été mis en place, l'utilisation d'entrevue individuelle comme méthode de collecte de données plutôt qu'un groupe de discussion a permis aux participantes de s'exprimer librement et a limité le biais de désirabilité sociale, soit de répondre selon ce que l'on croit qui est attendu afin d'être apprécié par les autres au détriment de ses propres opinions (Fortin et Gagnon, 2022). Également, l'enregistrement de ces entrevues et la transcription intégrale de ces verbatims augmentent la fiabilité de l'étude. De plus, l'étudiante-chercheuse a compilé et analysé elle-même les données,

lesquelles ont aussi été vérifiées et discutées à plusieurs reprises avec la directrice de cet essai, Valérie Poulin, et une professionnelle de recherche, Rébecca Gaudet.

7. Conclusion

Cette étude avait comme but de documenter les pratiques des ergothérapeutes au Québec auprès de personnes présentant une diminution d'auto-perception des capacités cognitives lors de la phase aiguë et de réadaptation après un AVC. L'étude permet de comprendre le processus de pratique d'ergothérapeutes québécois travaillant auprès de cette clientèle dans un contexte où il n'y a pas de consensus scientifique sur la démarche à adopter. Ainsi, les résultats de cette étude ont permis de générer des connaissances scientifiques à partir des savoirs issus de la pratique clinique en contexte réel, en utilisant des méthodes exploratoires qualitatives. À ce jour, aucune étude n'avait abordé l'ensemble du processus de pratique en ergothérapie auprès de cette clientèle.

Cette recherche est susceptible d'avoir des retombées pour la pratique clinique en ergothérapie, la recherche et la gouvernance et offre des pistes de réflexion pour le futur. Tout d'abord, concernant la pratique clinique, cela a permis d'identifier les bases de la pratique actuelle en faisant ressortir les façons de faire des ergothérapeutes pour les différents points d'action du MCPP. Cette étude contribuera également à une meilleure connaissance des différentes avenues possibles pour les différents points d'action.

En ce qui a trait à la recherche, cette étude suggère que malgré un manque de données probantes sur le sujet, les ergothérapeutes voient la pertinence d'adresser la diminution d'auto-perception des capacités cognitives auprès de la population post-AVC en mettant en place des évaluations et des interventions cohérentes avec leur champ d'expertise et leur approche centrée

sur les occupations. Cependant, elle démontre aussi que les ergothérapeutes font face à un manque d'outils d'évaluation validés et évaluant l'ensemble des composantes de l'auto-perception des capacités tel que proposé par Toglia et Kirk (2000) et disposent de données probantes limitées pour guider l'intervention. Considérant que plusieurs facteurs individuels et contextuels peuvent influencer les pratiques avec cette population, les chercheurs pourraient aussi documenter l'efficacité des pratiques actuelles et des programmes existants, en milieux réels, avec cette population. Aussi, des recherches sur les stratégies à adopter concernant l'établissement d'objectifs avec des personnes ayant une diminution de l'auto-perception de leurs capacités cognitives après un AVC seraient pertinentes. Ainsi, cette étude permettra d'être un point de repère pour suivre l'évolution des pratiques auprès de cette clientèle.

En ce qui a trait à la gouvernance, cette recherche peut aider à sensibiliser les ergothérapeutes et les instances chapeautant l'ergothérapie telles que l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) et l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) aux enjeux vécus par les ergothérapeutes québécois travaillant auprès de personnes ayant une diminution de l'auto-perception de ses capacités cognitives post-AVC. Pour soutenir le développement de la profession, pour développer une vision commune et pour offrir des possibilités de réseautage, il serait bénéfique de créer un réseau de pratique en ergothérapie sur la réadaptation cognitive, en incluant notamment des ressources liées à l'auto-perception des capacités.

RÉFÉRENCES

- Al Banna, M., Redha, N. A., Abdulla, F., Nair, B. et Donnellan, C. (2016). Metacognitive function poststroke: a review of definition and assessment. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 87(2). <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-310305>
- Alexandrov, A. V. et Krishnaiah, B. (2023). *Revue générale des accidents vasculaires cérébraux*. Le manuel MSD-version professionnels de la santé. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/accident-vasculaire-c%C3%A9r%C3%A9bral/accident-isch%C3%A9mique-transitoire>
- Chapman, S., Beschin, N., Cosentino, S., Elkind, M. S. V., Della Sala, S. et Cocchini, G. (2019). Anosognosia for prospective and retrospective memory deficits: Assessment and theoretical considerations. *Neuropsychology*, 33(7), 1020-1031. <https://doi.org/10.1037/neu0000568>
- Cheng, A., Tsow, R. et Schmidt, J. (2023). Understanding the Barriers of Implementing a Self-Awareness Assessment in Occupational Therapy Practice within a Brain Injury Population: An Exploratory Study. *Occupational Therapy International*, 2023(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2023/3933995>
- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H. J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP): déployer le contexte. Dans E. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd.). CAOT Publications ACE.
- Daniëls, R., Winding, K. et Borell, L. (2002). Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therapists in Inpatient Stroke Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(4), 167-175. <https://doi.org/10.1080/11038120260501190>
- Davies, M., Davies, A. A. et Coltheart, M. (2005). Anosognosia and the Two-factor Theory of Delusions. *Mind & Language*, 20(2), 209-236. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.0268-1064.2005.00283.x>
- Davis, K. D., Crawford, C. et Polatajko, H. J. (2013). Employer le Modèle canadien du processus de pratique (MCP): déployer le processus. Dans E. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd.). CAOT Publications ACE.
- Della Sala, S., Cocchini, G., Beschin, N., Fowler, E. A., Kaschel, P. et McIntosh, R. D. (2022). VATA-ADL: The Visual Analogue Test for Anosognosia for Activities of Daily Living. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 37(6), 1185-1198. <https://doi.org/10.1093/arclin/acac009>
- Dirette, D. (2010). Self-Awareness Enhancement through Learning and Function (SELF): A Theoretically Based Guideline for Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(7), 309-318. <https://doi.org/10.4276/030802210x12759925544344>
- Doig, E., Fleming, J., Ownsworth, T. et Fletcher, S. (2017). An occupation-based, metacognitive approach to assessing error performance and online awareness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(2), 137-148. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1440-1630.12322>
- Doig, E., Kuipers, P., Prescott, S., Cornwell, P. et Fleming, J. (2014). Development of self-awareness after severe traumatic brain injury through participation in occupation-based rehabilitation: mixed-methods analysis of a case series. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(5), 578-588. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.010785>

- Dörfler, E. et Kulnik, S. T. (2020). Despite communication and cognitive impairment – person-centred goal-setting after stroke: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 42(25), 3628-3637. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1604821>
- Engel, L., Chui, A., Goverover, Y. et Dawson, D. R. (2019). Optimising activity and participation outcomes for people with self-awareness impairments related to acquired brain injury: an interventions systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(2), 163-198. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1292923>
- Fischer, S., Gauggel, S. et Trexler, L. E. (2004). Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries. *Brain Injury*, 18(6), 547-562. <https://doi.org/10.1080/02699050310001645793>
- Fleming, J. M., Lucas, S. E. et Lightbody, S. (2006). Using Occupation to Facilitate Self-Awareness in People who have Acquired Brain Injury: A Pilot Study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 44-55. <https://doi.org/10.2182/cjot.05.0005>
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (s.d.). *Déficit cognitif d'origine vasculaire*. <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc/deficit-cognitif-d-origine-vasculaire>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière éducation.
- Gibson, E., Koh, C. L., Eames, S., Bennett, S., Scott, A. M. et Hoffmann, T. C. (2022). Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006430.pub3>
- Gouvernement du Québec. (2019). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral-Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)-Phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC*.
- Goverover, Y., Johnston, M. V., Togli, J. et DeLuca, J. (2007). Treatment to improve self-awareness in persons with acquired brain injury. *Brain Injury*, 21(9), 913-923. <https://doi.org/10.1080/02699050701553205>
- Gray, J. M. (1998). Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 354-364. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.354>
- Grefkes, C. et Fink, G. R. (2020). Recovery from stroke: current concepts and future perspectives. *Neurological Research and Practice*, 2(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00060-6>
- Heinemann, T., Talbot, J., Jacques, A. et Harper, K. J. (2022). Examining the Relationship Between Self-Awareness, Function and Cognitive Outcomes in Older Adults After Stroke: A Cohort Study. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 25-33. <https://doi.org/10.3316/informit.713208573286439>
- Holmqvist, K., Kamwendo, K. et Ivarsson, A.-B. (2009). Occupational therapists' descriptions of their work with persons suffering from cognitive impairment following acquired brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(1), 13-24. <https://doi.org/10.1080/11038120802123520>
- Jasmin, E., Ariel, S., Gauthier, A., Caron, M.-S., Pelletier, L., Currer-Briggs, G. et Ray-Kaesler, S. (2019). La pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec. *Revue canadienne de l'éducation*, 42(1), 222-250. <https://www.jstor.org/stable/26756661>

- Jaywant, A., Arora, C. et Toglia, J. (2022). Online awareness of performance on a functional cognitive assessment in individuals with stroke: A case-control study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 32(8), 1970-1988. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2050409>
- Jaywant, A., Steinberg, C., Lee, A. et Toglia, J. (2022). Feasibility and acceptability of the multicontext approach for individuals with acquired brain injury in acute inpatient rehabilitation: A single case series. *Neuropsychological Rehabilitation*, 32(2), 211-230. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1810710>
- Jenkinson, P. M., Preston, C. et Ellis, S. J. (2011). Unawareness after stroke: A review and practical guide to understanding, assessing, and managing anosognosia for hemiplegia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(10), 1079-1093. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.596822>
- Kersey, J., Juengst, S. B. et Skidmore, E. (2019). Effect of strategy training on self-awareness of deficits after stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.5014/ajot.2019.031450>
- Kolakowsky-Hayner, S. (2010). *The Patient Competency Rating Scale*. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. <https://www.tbims.org/combi/pers/perssyl.html>
- Kottorp, A. et Petersson, I. (2011). Psychometric evaluation of an assessment of awareness using two different Rasch models. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(3), 219-230. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.521947>
- Lahaie, J. et Brousseau, M. (2023). Étude mixte décrivant le portrait de la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 9(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.13096/rfre.v9n1.228>
- Law, M. C., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., Pollock, N. et Cantin, N. m. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel* (5^e éd.). CAOT Publications ACE.
- Lindström, A. C., Eklund, K., Billhult, A. et Carlsson, G. (2013). Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(4), 264-271. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.758778>
- Mahoney, D., Gutman, S. A. et Gillen, G. (2019). A Scoping Review of Self-Awareness Instruments for Acquired Brain Injury. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 7(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.15453/2168-6408.1529>
- McCabe, C., Sica, A. et Fortune, D. G. (2023). Awareness through relationships in individuals undergoing rehabilitation following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1-29. <https://doi.org/10.1080/09602011.2023.2273578>
- Merchán-Baeza, J. A., Rodriguez-Bailon, M., Ricchetti, G., Navarro-Egido, A. et Funes, M. J. (2020). Awareness of cognitive abilities in the execution of activities of daily living after acquired brain injury: an evaluation protocol. *BMJ Open*, 10(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037542>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2023). *Accident vasculaire cérébral (AVC)*. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/traumatismes-et-traumatologie/avc/>
- Munthe-Kaas, R., Aam, S., Ihle-Hansen, H., Lydersen, S., Knapskog, A. B., Wyller, T. B., Fure, B., Thingstad, P., Askim, T., Beyer, M. K., Næss, H., Seljeseth, Y. M., Ellekjær, H., Pendlebury, S. T. et Saltvedt, I. (2020). Impact of different methods defining post-stroke

- neurocognitive disorder: The Nor-COAST study. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 6(1). <https://doi.org/10.1002/trc2.12000>
- Nurmi, M. E. et Jehkonen, M. (2014). Assessing anosognosias after stroke: A review of the methods used and developed over the past 35 years. *Cortex*, 61. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cortex.2014.04.008>
- Onno, M. (2020). *L'anosognosie dans la pathologie de l'accident vasculaire cérébral : Quel accompagnement en ergothérapie ?* [Mémoire d'initiation à la recherche, Institut de formation en ergothérapie].
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)*. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/6-lergothérapie-et-les-accidents-vasculaires-cerebraux-avc-.html>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (s.d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Ownsworth, T. L., McFarland, K. et Young, R. M. (2000). Development and Standardization of the Self-Regulation Skills Interview (SRSI): A New Clinical Assessment Tool for Acquired Brain Injury. *The Clinical Neuropsychologist*, 14(1), 76-92. [https://doi.org/10.1076/1385-4046\(200002\)14:1;1-8;FT076](https://doi.org/10.1076/1385-4046(200002)14:1;1-8;FT076)
- Pagan, E., Ownsworth, T., McDonald, S., Honan, C., Fleming, J. et Togher, L. (2015). A Survey of Multidisciplinary Clinicians Working in Rehabilitation for People with Traumatic Brain Injury. *Brain Impairment*, 16(3), 173-195. <https://doi.org/10.1017/BrImp.2015.34>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019.htm>
- Palstam, A., Sjödin, A. et Sunnerhagen, K. S. (2019). Participation and autonomy five years after stroke: A longitudinal observational study. *PLOS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219513>
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M. et Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0154-6>
- Polatajko, H. J., Craik, J. et Townsend, E. (2013). Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. Dans E. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p. 274). CAOT Publications ACE.
- Poulin, V., Jean, A., Lamontagne, M.-È., Pellerin, M.-A., Viau-Guay, A. et Ouellet, M.-C. (2021). Identifying clinicians' priorities for the implementation of best practices in cognitive rehabilitation post-acquired brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 43(20), 2952-2962. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1721574>
- Proulx, S. (2016). *La complémentarité du rôle de l'ergothérapeute en milieu scolaire avec celui de l'ergothérapeute en centre de réadaptation* [Essai, Université du Québec à Trois-Rivières].
- Racette, A. (s.d.). *ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL-L'AVC chez l'adulte et le neuropsychologue*. Association québécoise des neuropsychologues. <https://aqnp.ca/documentation/neurologique/accident-vasculaire-cerebral/>
- Racette, A. (s.d.). *L'AVC chez l'adulte et le neuropsychologue*. Association québécoise des neuropsychologues. <https://aqnp.ca/documentation/neurologique/accident-vasculaire-cerebral/>

- Ricchetti, G., Navarro-Egido, A., Rodríguez-Bailón, M., Salazar-Frías, D., Merchán-Baeza, J. A., Ariza-Vega, M. P. et Funes, M. J. (2024). The Breakfast and Dressing Conflict Task: Preliminary Evidence of Its Validity to Measure Online Self-Awareness After Acquired Brain Injury. *The American Journal of Occupational Therapy*, 78(2).
<https://doi.org/10.5014/ajot.2024.050346>
- Rondeau, K., Paillé, P. et Bédard, E. (2023). La confection d'un guide d'entretien pas à pas dans l'enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 42(1), 5-29.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1100242ar>
- Salazar-Frías, D., Rodríguez-Bailón, M., Ricchetti, G., Navarro-Egido, A. et Funes, M. J. (2024). The Cognitive Awareness Scale for Basic and Instrumental activities of daily living to measure self-awareness after acquired brain injury: Preliminary evidence of its validity. *Clinical Neuropsychologist*, 38(5), 1133-1155.
<https://doi.org/10.1080/13854046.2023.2278822>
- Sansonetti, D., Fleming, J., Patterson, F. et Lannin, N. A. (2022). Conceptualization of self-awareness in adults with acquired brain injury: A qualitative systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 32(8), 1726-1773.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2021.1924794>
- Sansonetti, D., Fleming, J., Patterson, F. et Lannin, N. A. (2023). Profiling self-awareness in brain injury rehabilitation: A mixed methods study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1-26. <https://doi.org/10.1080/09602011.2023.2282656>
- Schmidt, J., Fleming, J., Ownsworth, T. et Lannin, N. A. (2013). Video feedback on functional task performance improves self-awareness after traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 27(4), 316-324.
<https://doi.org/10.1177/1545968312469838>
- Schönberger, M., Humle, F. et Teasdale, T. W. (2006). The development of the therapeutic working alliance, patients' awareness and their compliance during the process of brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 20(4), 445-454.
<https://doi.org/10.1080/02699050600664772>
- Schrijnemaekers, A. C., Smeets, S. M., Ponds, R. W., van Heugten, C. M. et Rasquin, S. (2014). Treatment of Unawareness of Deficits in Patients with Acquired Brain Injury: A Systematic Review. *J Head Trauma Rehabil*, 29(5).
<https://doi.org/10.1097/01.HTR.0000438117.63852.b4>
- Schrijnemaekers, A.-C. M. C., Winkens, I., Rasquin, S. M. C., Verhaeg, A., Ponds, R. W. H. M. et van Heugten, C. M. (2020). Effectiveness and feasibility of Socratic feedback to increase awareness of deficits in patients with acquired brain injury: Four single-case experimental design (SCED) studies. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(4), 591-612.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1485110>
- Schwartz, M., F., Buxbaum, L. J., Veramonti, T., Ferraro, M. et Segal, M. (2001). *INSTRUCTION MANUAL FOR THE NATURALISTIC ACTION TEST*. Moss Rehabilitation Research Institute. <https://mrri.org/naturalistic-action-test/#download>
- Skidmore, E. R., Swafford, M., Juengst, S. B. et Terhorst, L. (2018). Self-awareness and recovery of independence with strategy training. *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(1).
- Starkstein, S. E., Jorge, R. E. et Robinson, R. G. (2010). The frequency, clinical correlates, and mechanism of anosognosia after stroke. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(6), 355-361.

- Terneusen, A., Ponds, R., Stapert, S., Lannoo, E., Schrijnemaekers, A.-C., van Heugten, C. et Winkens, I. (2024). Socratic guided feedback therapy after acquired brain injury: A multicenter randomized controlled trial to evaluate effects on self-awareness. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1-29. <https://doi.org/10.1080/09602011.2024.2337154>
- Tétreault, M. (2014). *La pratique de l'ergothérapeute dans les services de première ligne au Québec auprès des enfants âgés de 0-17 ans*. [Essai, Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7461>
- Toglia, J. et Foster, E. R. (2021). *The Multicontext Approach to Cognitive Rehabilitation : A Metacognitive Strategy Intervention to Optimize Functional Cognition*. Gatekeeper Press.
- Toglia, J. et Kirk, U. (2000). Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation*, 15(1), 57-70.
- Toglia, J. et Maeir, A. (2018). Self-Awareness and Metacognition: Effect on Occupational Performance and Outcome Across the Lifespan. Dans N. Katz et J. Toglia (dir.), *Cognition, Occupation, and Participation Across the Lifespan : Neuroscience, Neurorehabilitation, and Models of Intervention in Occupational Therapy* (4^e éd.). American Occupational Therapy Association,.
- Toglia, J., Goliz, K. M. et Goverover, Y. (2009). Evaluation and Intervention for Cognitive Perceptual Impairments. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn et B. A. B. Schell (dir.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (11^e éd., p. 739-776).
- Winkens, I., Van Heugten, C. M., Visser-Meily, J. M. A. et Boosman, H. (2014). Impaired Self-Awareness After Acquired Brain Injury: Clinicians' Ratings on Its Assessment and Importance for Rehabilitation. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(2), 153-156. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e31827d1500>

Annexe A

Guide d'entretien destiné aux ergothérapeutes en réadaptation post-AVC œuvrant auprès de personnes présentant une diminution d'auto-perception de leurs capacités cognitives

Accueil

Éléments à aborder avant l'entretien:

- Introduction et présentation du projet de recherche
 - Retour sur le formulaire d'informations et de consentement
- Questionnaire sociodémographique
 - À quel genre vous identifiez-vous?
 - ☐ Homme
 - ☐ Femme
 - ☐ Non binaire
 - ☐ Autre : _____
 - Quel est votre âge?
 - Dans la dernière année, avez-vous travaillé comme ergothérapeute au Québec?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

- Dans quelle région administrative travaillez-vous?
 - ☐ Bas-Saint-Laurent
 - ☐ Saguenay-Lac-Saint-Jean
 - ☐ Capitale-Nationale
 - ☐ Mauricie
 - ☐ Estrie
 - ☐ Montréal
 - ☐ Outaouais
 - ☐ Abitibi-Témiscamingue
 - ☐ Côte-Nord
 - ☐ Nord-du-Québec
 - ☐ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
 - ☐ Chaudière-Appalaches
 - ☐ Laval
 - ☐ Lanaudière
 - ☐ Laurentides
 - ☐ Montérégie
 - ☐ Centre-du-Québec
- Dans quel milieu de pratique travaillez-vous?
 - ☐ Centre hospitalier
 - ☐ Centre de réadaptation interne
 - ☐ Centre de réadaptation externe
 - ☐ Clinique privée
 - ☐ Autre : _____
- Combien d'années d'expérience clinique avez-vous auprès des personnes ayant eu un AVC?
- Quel pourcentage de votre charge de travail représente les personnes ayant eu un AVC?
- Quel pourcentage de la clientèle que vous traitez présente une diminution d'auto-perception de leurs capacités cognitives à la suite d'un AVC?

Déroulement de l'entretien :

Questions globales sur le processus de pratique

1. Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans votre milieu de pratique auprès des personnes ayant une diminution d'auto-perception de leurs capacités cognitives post-AVC?
2. Parlez-moi du déroulement typique d'un suivi avec cette clientèle.

Questions spécifiques sur le processus de pratique

Initier et établir le contact

3. Que connaissez-vous du diagnostic de la personne lors de la réception de la référence?
À préciser au besoin : informations disponibles sur les capacités d'auto-perception et les capacités fonctionnelles

Établir les balises

4. Comment vous assurez-vous d'obtenir le consentement tout au long de l'évaluation?
5. Quels modèles ou schèmes de référence utilisez-vous avec cette clientèle?

Évaluer et analyser

6. Quelles sont les évaluations que vous utilisez généralement avec des personnes ayant une diminution d'auto-perception de leurs capacités cognitives à la suite d'un AVC?
À préciser au besoin : top-down VS bottom-up, standardisation des outils, entrevue avec les proches et le personnel de soins

Convenir des objectifs et du plan

7. Quels facteurs influencent le potentiel de réadaptation de cette clientèle?
À préciser au besoin : domicile VS réadaptation VS changement de milieu
8. Comment présentez-vous les résultats de l'évaluation au client et aux proches?
À préciser au besoin : attitude du thérapeute, stratégies pour maintenir la relation thérapeutique
9. Comment procédez-vous à la sélection des objectifs?
À préciser au besoin : priorisation des objectifs, implication du client et des proches

Mettre en œuvre un plan

10. Quelles méthodes d'interventions priorisez-vous?

À préciser au besoin : intervention axée sur les occupations, développement de l'auto-perception vs compensation, groupe vs individuel, types d'activités, types de rétroactions, sortie de fin de semaine

11. Comment impliquez-vous les proches et le personnel de soins dans la réadaptation du client?

À préciser au besoin : favoriser l'autonomie du client, enseignement, échanges d'informations

Faire le suivi et adapter/Évaluer le résultat

12. Comment adaptez-vous vos interventions selon l'évolution de la personne?

À préciser au besoin : maintenir la relation thérapeutique, ajustement aux réactions du client

Conclure et mettre fin

13. Qu'est-ce qui justifie la décision de mettre fin au suivi?

À préciser au besoin : services offerts

Contexte de pratique

14. Quels sont les obstacles et les facilitateurs à la pratique avec cette clientèle?

15. Parlez-moi de la collaboration interprofessionnelle tout au long du processus de pratique.

À préciser au besoin : évaluation, objectifs, intervention, fin de suivi

Remerciements