

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR ANGELA HEER

LES COMPOSANTES CLÉS DES INTERVENTIONS FAVORISANT
LE DÉVELOPPEMENT DU SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE ET LA
PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE À LA SUITE D'UN ACCIDENT
VASCULAIRE CÉRÉBRAL : UNE ÉTUDE DE PORTÉE

DÉCEMBRE 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à offrir mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué directement ou indirectement à ce projet de recherche. Je souhaite d'abord remercier Mme Valérie Poulin, professeure au département d'ergothérapie et directrice de cet essai. Ses judicieux conseils, ses idées et son soutien furent essentiels à la réalisation de cet essai. Ensuite, je remercie mes collègues de séminaire pour leurs encouragements et leurs commentaires constructifs. Elles ont grandement contribué à l'achèvement de cet essai. Finalement, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leur présence tout au long de mon cheminement universitaire. Votre soutien et vos encouragements ont mené à cette belle réussite.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
TABLE DES MATIÈRES	II
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES FIGURES	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	VI
RESUMÉ	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1 L'accident vasculaire cérébral : état de la situation.....	3
2.2 Les enjeux occupationnels à la suite de l'AVC	4
2.3 Le continuum de services de réadaptation à la suite de l'AVC	5
2.4 Rôle de l'ergothérapeute dans le continuum de services de réadaptation à la suite de l'AVC	6
2.5 L'importance de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle pour la reprise des occupations	7
2.6 Les interventions ergothérapeutiques qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle.....	8
2.7 Objectif de l'essai	9
3. CADRE CONCEPTUEL	10
3.1 Le sentiment d'efficacité personnelle	10
3.2 Les sources du développement du sentiment d'efficacité personnelle	11
3.2.1 L'expérience active de maîtrise	11
3.2.2 L'expérience vicariante.....	12
3.2.3 La persuasion verbale	14
3.2.4 Les états physiologiques et émotionnels.....	15
3.3 Pertinence du cadre conceptuel.....	15
4. MÉTHODOLOGIE.....	17
4.1 Devis de recherche.....	17
4.2 Identification de la question de recherche.....	18
4.3 Identification des études pertinentes.....	18
4.4 Sélection des études	19

4.5	Catégorisation des résultats.....	19
4.6	Organisation, synthèse et communication des résultats.....	20
5.	RÉSULTATS	21
5.1	Présentation des articles sélectionnés	21
5.2	Les composantes clés des interventions et des approches applicables en ergothérapie pour soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle.....	23
5.2.1	Les composantes clés liées à l'expérience active de maîtrise.....	23
5.2.2	Les composantes clés liées à l'expérience vicariante	26
5.2.3	Les composantes clés liées à la persuasion verbale	27
5.2.4	Les composantes clés liées aux états physiologiques et émotionnels.....	28
6.	DISCUSSION	30
6.1	Retour sur l'objectif de cet essai et analyse critique des résultats	30
6.1.1	L'approche centrée sur la personne	30
6.1.2	La réadaptation axée sur les occupations significantes	32
6.1.3	L'implication active dans l'élaboration de son plan d'action.....	32
6.1.4	L'apport positif des pairs, des proches et des thérapeutes	34
6.1.5	L'apport des technologies.....	36
6.2	Forces et limites de cette étude	37
6.3	Retombées pour la pratique en ergothérapie.....	38
7.	CONCLUSION.....	39
	RÉFÉRENCES	41
	ANNEXE A	49
	ANNEXE B	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Stratégies de recherche dans les bases de données	18
Tableau 2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	19
Tableau 3. Description des articles sélectionnés	49
Tableau 4. Les composantes clés liées à l'expérience active de maîtrise dans l'établissement des objectifs.....	53
Tableau 5. Les composantes clés liées à l'expérience active de maîtrise dans la mise en place d'un plan d'action	54
Tableau 6. Les composantes clés liées à l'expérience vicariante	55
Tableau 7. Les composantes clés liées à la persuasion verbale	56
Tableau 8. Les composantes clés liées aux états physiologiques et émotionnels.....	57

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Schématisation de la sélection des articles scientifiques.....	21
---	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC	Accident vasculaire cérébral
ASAP	Accelerated Skill Acquisition Program
CDSMP	Chronic Disease Self-Management Program
CO-OP	Cognitive orientation to daily Occupational Performance
IPASS	Improving Participation after Stroke Self-Management Program
MCRO	Mesure Canadienne du rendement occupationnel
PSMRS	Personalised Self-Managed Rehabilitation System

RESUMÉ

Problématique : Au Canada, le nombre de personnes vivant avec les conséquences d'un accident vasculaire cérébral (AVC) est en croissance. À la suite de leur réadaptation, plusieurs personnes vivant avec un AVC rapportent ne pas se sentir suffisamment outillées pour faire face aux défis de la vie quotidienne, de sorte que leur engagement dans leurs occupations significatives est réduit. Ces enjeux occupationnels persistent même plusieurs années après avoir subi l'AVC. Il importe alors que l'ergothérapeute accompagne ces personnes dans l'acquisition de compétences, d'attitudes et de comportements qui peuvent soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle pour favoriser leur participation occupationnelle. **Objectif** : L'objectif de cet essai est d'identifier les composantes clés des différentes interventions et approches applicables en ergothérapie qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle des personnes qui ont subi un AVC afin de favoriser leur participation occupationnelle. **Cadre conceptuel** : Le concept de sentiment d'efficacité personnelle, tiré de la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), a guidé l'élaboration de cet essai. Les quatre sources d'efficacité personnelle décrites dans cette théorie ont permis de cibler et de catégoriser les composantes clés des interventions et des approches applicables en ergothérapie. **Méthodologie** : Une étude de portée a été réalisée en appliquant les cinq étapes proposées par Asksey et O'Malley (2005) afin d'identifier les articles admissibles pour répondre à la question de recherche. La sélection des articles a été effectuée dans quatre bases de données, soit CINAHL Complete (EBSCO), APA PsycINFO (EBSCO), MEDLINE with Full Text (EBSCO) et SPORTDiscus with Full Text (EBSCO). La catégorisation des thèmes identifiés a été effectuée selon les quatre sources d'efficacité personnelle, tirées de la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), soit l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et les états physiologiques et émotionnels. **Résultats** : Les quinze articles retenus ont permis d'identifier différentes composantes clés des approches et des interventions applicables en ergothérapie qui favorisent le développement du sentiment d'efficacité personnelle, selon les quatre sources d'efficacité personnelle. Les composantes clés liées à l'expérience active de maîtrise impliquent 1) l'établissement des objectifs et 2) la mise en œuvre d'un plan d'action. Celles associées à l'expérience vicariante sont 1) le modelage et l'automodelage ainsi que 2) la comparaison avec les pairs. Les composantes clés relevées en lien avec la persuasion verbale sont 1) les encouragements et 2) la rétroaction positive. Enfin, celles liées aux états physiologiques et émotionnels sont 1) les relations positives, 2) les activités de réadaptation basées sur les occupations et 3) les rétroactions sur les états physiologiques. **Discussion** : Étant en cohérence avec d'autres écrits scientifiques en ergothérapie, plusieurs de ces composantes clés pourraient être directement compatibles avec des pratiques actuelles, alors que d'autres pourraient nécessiter davantage de ressources (ex. : rétroaction via les technologies). De plus, l'utilisation d'une pratique centrée sur le client et l'implication active de ce dernier dans l'élaboration d'un plan d'action pourrait également impliquer un changement de paradigme vers une approche d'accompagnement. **Conclusion** : Cet essai a permis de cibler les composantes clés à privilégier pour soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle et la participation occupationnelle des personnes vivant avec un AVC, en soulignant l'importance de considérer les besoins spécifiques de chaque individu.

Mots-clés : Accident vasculaire cérébral, ergothérapie, participation occupationnelle, sentiment d'efficacité personnelle

ABSTRACT

Context: In Canada, the number of people who are living with the effects of a stroke is increasing. After their rehabilitation, many stroke survivors still have difficulties to cope with the challenges of daily life and experience a decreased level of engagement in their meaningful occupations. These occupational challenges persist even several years after the stroke. It is therefore important that occupational therapists support individuals in the acquisition of skills, attitudes and behaviors that foster the development of perceived self-efficacy to participate in meaningful occupations.

Objective: The objective of this study was to identify the key components of the interventions and approaches applicable in occupational therapy that support the development of perceived self-efficacy in persons who have suffered a stroke in order to promote their occupational participation.

Conceptual Framework: The concept of self-efficacy, from Bandura's cognitive social theory (2007), guided this study. The four sources of self-efficacy described in this theory were used to identify and categorize the key components of the interventions and approaches applicable in occupational therapy that support the development of a sense of self-efficacy.

Method: A scoping review was carried out by applying the five steps proposed by Asksey and O'Malley (2005) to identify eligible articles to answer the research question. The articles were selected from four databases: CINAHL Complete (EBSCO), APA PsycINFO (EBSCO), MEDLINE with Full Text (EBSCO) and SPORTDiscus with Full Text (EBSCO). The themes were categorized according to the four sources of self-efficacy, from the cognitive social theory of Bandura (2007), including: mastery experience, vicarious experience, verbal persuasion as well as physiological and emotional states.

Results: The fifteen articles selected allowed to identify different key components of approaches and interventions applicable in occupational therapy to support the development of self-efficacy and occupational participation after stroke. The key components related to the mastery experience include 1) collaborative goal setting and 2) active involvement in the development and implementation of an action plan. Those associated with the vicarious experience are 1) modeling and self-modeling and 2) comparison with peers. The key components related to verbal persuasion are 1) encouragement and 2) positive feedback. Finally, those related to physiological and emotional states include 1) positive relationships, 2) occupation-based rehabilitation, and 3) feedback about physiological states.

Discussion: These results are consistent with other studies in occupational therapy. Several of these key components could be directly compatible with current practices, while others could require more resources (e.g., feedback via technologies). Additionally, using a client-centered practice and actively engaging the clients in setting their action plan could also imply a paradigm shift towards a "coaching" approach.

Conclusion: This study identified several key components that may be integrated into clinical practice with clients who have suffered a stroke in order to support the development of their sense of self-efficacy and their occupational participation, while also considering the specific needs of each individual.

Keywords: stroke, occupational therapy, occupational participation, self-efficacy

1. INTRODUCTION

Au Canada, le nombre de personnes vivant avec des séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ne cesse d'augmenter atteignant 741 800 survivants au cours de l'année 2012-2013 (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Ces séquelles peuvent être très variables d'une personne à une autre. Par exemple, elles peuvent éprouver de la fatigue, avoir une paralysie, des pertes de sensation, une réduction de la mobilité, des problèmes sur le plan de la déglutition, la perception, la cognition ou encore la communication (Gouvernement du Canada, 2017a). À la suite de leur réadaptation, plusieurs personnes vivant avec un AVC rapportent ne pas se sentir suffisamment outillées pour faire face aux défis de la vie quotidienne alors qu'elles doivent composer avec ces séquelles engendrées par l'AVC (Beesley et al., 2011 ; Ytterberg et al., 2017). Des survivants expliquent notamment la diminution de l'engagement dans leurs occupations significatives par le fait que leur confiance en leurs capacités a grandement diminué depuis qu'ils ont subi un AVC (Anderson et Whitfield, 2013; Beesley et al., 2011; Rittman et al., 2007). De plus, plusieurs nomment qu'ils n'ont pas acquis suffisamment d'habiletés à la suite de leur réadaptation afin de surmonter leurs difficultés occupationnelles (Brunborg et Ytrehus, 2014; Walder et Molineux, 2017). Ces difficultés occupationnelles quotidiennes suggèrent l'importance de la réadaptation et d'un suivi à long terme pour favoriser la reprise et le maintien d'occupations significatives (Poulin et al., 2019). En effet, la reprise d'occupations significatives est essentielle afin de retrouver une vie satisfaisante après l'AVC (Walder et Molineux, 2017).

En ce sens, l'ergothérapeute joue un rôle clé auprès de cette clientèle, puisque c'est le professionnel qui intervient directement dans la reprise des occupations. De plus, Egan et ses collaborateurs (2020) soulignent l'importance d'accompagner la personne dans l'acquisition de compétences, d'attitudes et de comportements qui peuvent améliorer le sentiment d'efficacité personnelle des individus qui ont subi un AVC. En effet, des niveaux du sentiment d'efficacité personnelle modérés à élevés sont associés positivement à la participation ainsi qu'à l'autonomie dans les occupations de la vie quotidienne et négativement à la dépression auprès de personnes qui ont subi un AVC (Frost et al., 2015; Jones et Riazi, 2011 ; Korpershoek et al., 2011). Il a également été démontré que le

sentiment d'efficacité personnelle prédirait davantage la participation dans la communauté que la capacité physique (French et al., 2016; Schmid et al., 2015). Il s'avère donc pertinent de s'intéresser aux interventions qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle afin d'augmenter la participation aux occupations chez les individus qui ont subi un AVC.

De ces faits, cet essai s'intéresse concrètement aux composantes clé des interventions et des approches applicables en ergothérapie qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle des individus qui ont subi un AVC. Ainsi, les sections suivantes détailleront la problématique, en décrivant notamment les enjeux occupationnels vécus après un AVC, les services de réadaptation offerts au Québec et l'importance de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle ainsi que la contribution de l'ergothérapie à cet égard. Ensuite, le cadre de recherche, basé sur la définition du sentiment d'efficacité personnelle tirée de la théorie sociale cognitive de Bandura (2007) sera présenté, suivi de la méthode qui a guidé le processus de recherche. Les résultats seront alors présentés, suivis de la discussion. Puis, une conclusion sera présentée incluant des pistes de recherches futures.

2. PROBLÉMATIQUE

La présente section décrit la problématique ainsi que les différents thèmes qui mènent à l'objectif de cet essai. Il sera question de l'accident vasculaire cérébral (AVC), des enjeux occupationnels à la suite de l'AVC, du continuum de services de réadaptation offerts, du rôle de l'ergothérapeute dans le continuum de services de réadaptation, de l'importance de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle et des interventions ergothérapeutiques qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle. La section se conclut par l'objectif de cet essai, soit d'identifier les composantes clés des différentes interventions et des approches applicables en ergothérapie afin de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle des personnes qui ont subi un AVC pour favoriser leur participation occupationnelle.

2.1 L'accident vasculaire cérébral : état de la situation

Au Canada, le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus vivant avec les conséquences d'un accident vasculaire cérébral (AVC) s'élevait à 741 800 entre 2012 et 2013 alors qu'en 2003 et 2004, ce nombre était de 526 200 survivants (Agence de la santé publique du Canada, 2017). En raison de cet accroissement et du vieillissement de la population canadienne, le nombre absolu de personnes ayant survécu à un AVC ne cesse d'augmenter. L'AVC est caractérisé par une perte soudaine des fonctions cérébrales associée à l'interruption du flux sanguin, qui est engendrée par un caillot qui bloque la circulation (AVC ischémique) ou par la lésion d'une artère au cerveau (AVC hémorragique) (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Ainsi, la région du cerveau touchée ne reçoit plus l'oxygène et les éléments nutritifs essentiels du sang, ce qui cause la mort de cellules cérébrales qui assuraient le fonctionnement du cerveau. Le type d'AVC, l'hémisphère touché par l'AVC, l'étendue des dommages et la durée de l'interruption de la circulation sanguine sont des facteurs qui influencent la gravité et la nature des séquelles à la suite d'un AVC (Agence de la santé publique du Canada, 2017; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018). Il importe de souligner qu'au Canada, seulement 10% des personnes qui ont eu un AVC récupèrent complètement, alors que 75% conservent des séquelles variant de légères à sévères et que 15% en décèdent (Gouvernement du Québec, 2017b). Par exemple, une personne qui a subi un AVC peut ressentir de la fatigue, avoir une paralysie, des pertes de sensation, une réduction de

la mobilité, des problèmes sur le plan de la déglutition, la perception, la cognition ou encore la communication (Gouvernement du Canada, 2017a).

2.2 Les enjeux occupationnels à la suite de l'AVC

L'AVC peut avoir différentes répercussions dans la vie quotidienne des individus (Beesley et al., 2011). Il a été démontré que même les personnes qui ont eu un AVC léger vivent des enjeux au quotidien qui entravent leur participation à des occupations (Ytterberg et al., 2017). D'ailleurs, Ytterberg et ses collaborateurs (2017) notent que ces répercussions persistent même six ans après l'AVC. De plus, une majorité des personnes vivent des pertes de rôles et des changements occupationnels à la suite de leur AVC (Beesley et al., 2011). Selon des études qualitatives menées auprès de personnes ayant vécu un AVC, ces dernières affirment que leur confiance en leur capacité a grandement diminué et qu'ils ne parviennent plus à s'engager dans des occupations antérieures (Anderson et Whitfield, 2013; Beesley et al., 2011; Rittman et al., 2007). Par exemple, des survivants affirment s'être retirés de leur emploi à la suite de l'AVC, ce qui a nécessité de trouver des alternatives pour occuper leurs journées (Beesley et al., 2011). Ils nomment se sentir plus isolés depuis leur AVC en raison des changements occupationnels affectant leur vie sociale. De plus, dans une étude descriptive (Jaber et al., 2018), les résultats des 25 participants ayant subi un AVC depuis au moins six mois suggèrent aussi des insatisfactions à l'égard de leurs performances occupationnelles. Les participants ont rapporté au total 116 difficultés occupationnelles quotidiennes. Plus précisément, 80% des participants ont rapporté avoir des difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne, 72% dans les occupations de loisirs, 52% dans les activités de la vie quotidienne, 44% dans les occupations liées au travail, 36% dans les occupations liées à la participation sociale, 12% dans les occupations de repos et de sommeil et finalement 4% dans les occupations liées à l'éducation. Les occupations les plus fréquemment nommées par les participants dans ces catégories sont respectivement la conduite automobile, la lecture, la marche, le travail, la communication, le sommeil et les études.

En ce sens, plusieurs survivants affirment ne pas être outillés suffisamment à la suite de leur réadaptation pour faire face aux défis de la vie quotidienne engendrés par l'AVC (Brunborg et Ytrehus, 2014; Walder et Molineux, 2017). Néanmoins, il est intéressant de souligner que dans l'étude qualitative menée par Anderson et Whitfield (2013), les participants ont tous affirmé qu'ils

étaient motivés à s'engager pleinement dans leur réadaptation pour retrouver leurs capacités. Toutefois, ils mentionnent qu'ils ne se sentaient pas suffisamment autonomes pour prendre en main leur rétablissement. Par exemple, ils ont nommé que fréquemment ils ne savaient pas comment procéder face à une difficulté. Ils attendaient alors leur prochaine rencontre avec le professionnel. De plus, tous les participants de cette étude ont donné des exemples d'attitudes surprotectrices et réprobatrices de leurs proches qui contribuaient à la diminution de leur sentiment d'efficacité personnelle et de leur confiance. Par exemple, ils ont nommé que certains proches effectuaient toutes les tâches à leur place.

Il importe de souligner qu'à la suite de leur réadaptation, même les personnes ayant les meilleures capacités à participer à des occupations sont susceptibles de vivre des craintes de reprendre certaines occupations, notamment celles réalisées à l'extérieur de leur domicile (Anderson et Whitfield, 2013). Ils témoignent notamment qu'ils craignent de ne pas être en mesure de s'adapter aux imprévus. Ils affirment aussi expérimenter moins de nouvelles occupations et s'engager peu ou pas dans la communauté. Ces enjeux occupationnels persistant au fil du temps suggèrent l'importance de la réadaptation et particulièrement le besoin d'un suivi à long terme pour favoriser la reprise et le maintien d'occupations significatives (Poulin et al., 2019).

2.3 Le continuum de services de réadaptation à la suite de l'AVC

Au Québec, les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales des soins de l'AVC offrent des lignes directrices fondées sur les données probantes afin de favoriser le rétablissement des individus et optimiser leur intégration dans la communauté tout au long d'un continuum de services de réadaptation (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2019). Selon le plus récent continuum de services de réadaptation élaboré pour la prise en charge de l'AVC au Québec, il est essentiel que l'équipe de réadaptation offre des services axés sur le client et sa famille à toutes les phases du continuum de soins afin de favoriser les transitions et la participation communautaire après un AVC.

Plus précisément, au Québec, le continuum de services de réadaptation à la suite de l'AVC vise l'atteinte d'un niveau fonctionnel optimal de la personne en vue d'effectuer une réintégration sécuritaire dans la communauté (Gouvernement du Québec, 2017b). En effet, le plan d'intervention, en phase de réadaptation, vise principalement la récupération des capacités

motrices, cognitives et de communication, le développement d'habiletés compensatoires, l'apprentissage de l'utilisation d'aides techniques ou de technologies, la valorisation de soi et l'acquisition de compétences pour favoriser le développement et le maintien de relations sociales ainsi que l'actualisation d'occupations significantes. La phase de réintégration et de maintien dans la communauté implique, quant à elle, l'accompagnement de la personne pour un retour et un engagement sécuritaire dans la communauté selon ses attentes et ses aspirations. Finalement, pour une réintégration réussie dans la communauté, une collaboration étroite entre la personne qui a subi un AVC, sa famille, ses amis, les associations pour les personnes qui ont subi un AVC, les programmes de réadaptation, la collectivité et les membres de l'équipe de soins, dont l'ergothérapeute, est essentielle (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2019).

2.4 Rôle de l'ergothérapeute dans le continuum de services de réadaptation à la suite de l'AVC

Effectivement, l'ergothérapeute joue un rôle clé dans l'équipe de réadaptation tout au long du continuum de services de réadaptation après un AVC, puisqu'il intervient directement dans la reprise des occupations. En tant qu'expert en habilitation des occupations, l'ergothérapeute offre des services personnalisés selon une approche holistique pour répondre aux besoins changeants du contexte particulier de ce dernier (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Ce professionnel de la santé préconise une approche centrée sur le client, en intervenant auprès des dimensions de la personne, des occupations et de l'environnement. Pour ce faire, les ergothérapeutes collaborent avec les personnes qui ont subi un AVC pour mettre en place un plan personnalisé de reprise des occupations de la vie quotidienne (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2018). L'ergothérapeute vise la récupération maximale des fonctions atteintes de la personne et accompagne cette dernière dans la réalisation de ses occupations significantes avec ses capacités résiduelles (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). L'ergothérapeute peut aussi recommander des aides techniques et des aménagements dans les milieux de vie pour favoriser la réalisation d'occupations. Finalement, l'ergothérapeute guide également les personnes ayant subi un AVC à trouver de nouvelles occupations significantes (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2018).

En effet, la reprise des occupations significantes est essentielle pour les personnes qui ont subi un AVC afin de retrouver une vie satisfaisante (Walder et Molineux, 2017). Des survivants

rappellent le plaisir et le sentiment d'accomplissement qu'ils éprouvent à s'engager dans des occupations telles que la voile, le jardinage, la menuiserie, la couture, l'artisanat, l'écriture ou la photographie, parmi les quelques exemples nommés (Ch'ng et al., 2008). Ils affirment également que ces occupations contribuent à l'augmentation de leur confiance en soi. D'ailleurs, il a été démontré que l'engagement dans des occupations significatives était bénéfique lors de la réadaptation, notamment pour encourager le développement de différents comportements proactifs tels que la recherche d'informations, l'implication du client dans le processus de réadaptation et dans la résolution de problèmes. Ainsi, tel que suggéré par Egan et ses collaborateurs (2020), les interventions dans les phases de réadaptation et de réintégration communautaire devraient être particulièrement axées sur la reprise des occupations valorisées par la personne en préconisant une approche centrée sur le client et la famille.

2.5 L'importance de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle pour la reprise des occupations

Afin de favoriser la reprise des occupations significatives, Egan et ses collaborateurs (2020) soulignent l'importance d'accompagner la personne dans l'acquisition de compétences, d'attitudes et de comportements qui peuvent améliorer le sentiment d'efficacité personnelle que celle-ci possède afin de favoriser la gestion de ses difficultés quotidiennes à la suite d'un AVC. D'ailleurs, en ergothérapie, dans le modèle de l'occupation humaine (MOH), le sentiment d'efficacité personnelle est une composante clé du concept de volition humaine qui représente la motivation d'une personne à agir dans un environnement, soit la façon dont celle-ci fait des choix et qu'elle s'investit dans ses occupations (Kielhofner, 2002). Le sentiment d'efficacité personnelle peut être défini, selon la théorie de Bandura (2007), comme: « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire les résultats souhaités » (Bandura, 2007, p. 12). Le sentiment d'efficacité personnelle de la personne est ainsi un puissant prédicteur de ses actions. Les personnes avec un sentiment d'efficacité personnelle faible ont souvent moins confiance en leurs habiletés pour effectuer des occupations quotidiennes. À l'opposé, les personnes qui possèdent un sentiment d'efficacité personnelle élevé ont généralement un niveau de fonctionnement plus élevé dans les occupations quotidiennes (Korpershoek et al., 2011). Des études démontrent d'ailleurs que des niveaux de sentiment d'efficacité personnelle modérés à élevés seraient corrélés positivement à la participation ainsi qu'à l'autonomie dans les occupations de la vie quotidienne et négativement à la dépression auprès de personnes qui ont subi

un AVC (Frost et al., 2015; Jones et Riazi, 2011 ; Korpershoek et al., 2011). Il a également été démontré que le sentiment d'efficacité personnelle était associé positivement à une vie satisfaisante et à la qualité de vie reliée à la santé (Tielemans et al., 2015).

D'ailleurs, il est suggéré que les thérapeutes devraient davantage évaluer le sentiment d'efficacité personnelle. En effet, il a été démontré le sentiment d'efficacité personnelle est un facteur médiateur entre la capacité physique, les occupations et la participation après un AVC (French et al., 2016). Bien que la capacité physique soit une mesure importante pour prédire la participation occupationnelle à domicile et dans la communauté auprès des personnes qui ont subi un AVC, le sentiment d'efficacité personnelle prédirait davantage les résultats dans ces domaines (French et al., 2016; Schmid et al., 2015). Ainsi, il serait bénéfique de préconiser des interventions ergothérapeutiques qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle dans le processus de réadaptation des individus qui ont subi un AVC afin d'augmenter leur participation à des occupations significatives.

2.6 Les interventions ergothérapeutiques qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle

Selon les écrits scientifiques recensés, différents types d'interventions ont démontré des effets positifs sur le développement du sentiment d'efficacité personnelle à réaliser ses occupations (Beesley et al., 2011; Jones et Riazi, 2011; McEwen et al., 2014; Wolf et al., 2016; Poulin et al., 2017). D'abord, deux essais cliniques ont démontré que l'approche intitulée « Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) » augmenterait le sentiment d'efficacité personnelle et la participation dans les occupations significatives des personnes qui ont subi un AVC (McEwen et al., 2014; Poulin et al., 2017). L'approche CO-OP est une approche basée sur les occupations qui intègre, entre autres, l'utilisation de stratégies de résolution de problème et la découverte guidée pour amener la personne à identifier des solutions possibles pour permettre la réalisation des occupations prioritaires.

Également, des résultats prometteurs ont été observés à la suite d'interventions de groupe basées sur la pratique d'activités artistiques. Plus spécifiquement, dans une étude qualitative menée par Beesley et ses collaborateurs (2011), la mise en place d'un groupe d'art s'est avérée bénéfique pour augmenter la participation communautaire des participants, ainsi que pour améliorer leur

sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats, puisque cette étude comportait un échantillon de petite taille et peu hétérogène.

Ensuite, dans une revue systématique, Jones et Riazi (2011) ont identifié que des programmes d'autogestion qui visent également le développement du sentiment d'efficacité personnelle seraient potentiellement bénéfiques pour améliorer la participation après un AVC, bien que les niveaux d'évidences des études incluses demeurent limités. En ce sens, il a été démontré que le programme d'autogestion pour la reprise d'occupations significatives intitulé « Improving Participation after Stroke Self-Management Program (IPASS) » offert auprès d'un petit groupe aurait un effet positif sur le sentiment d'efficacité personnelle et la participation à des occupations à la maison, au travail et dans la communauté (Wolf et al., 2016). Ces résultats vont également dans le sens de celles de Egan et ses collaborateurs (2020), qui préconisent les approches d'autogestion pour soutenir le sentiment d'efficacité personnelle et l'engagement dans les occupations significatives à la suite de l'AVC.

De tels résultats interpellent directement les ergothérapeutes dont les compétences d'expert en habilitation aux occupations leur permettent de jouer un rôle clé auprès de cette population. Plus encore, Egan et ses collaborateurs (2020) suggèrent que les professionnels de la santé doivent acquérir ou améliorer leurs habiletés pour aider les clients à reconnaître leurs forces, leurs limites ainsi que les ressources à leur disposition afin d'actualiser leur pouvoir d'agir pour réaliser les occupations qu'ils désirent au meilleur de leurs capacités.

2.7 Objectif de l'essai

De ces faits, il importe que les ergothérapeutes intègrent dans leur pratique des attitudes, des ressources et des stratégies efficaces afin de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle des individus qui ont subi un AVC. Afin d'offrir des pistes concrètes pour guider les pratiques cliniques, l'objectif de cet essai est donc d'identifier les composantes clés des différentes interventions et des approches applicables par les ergothérapeutes qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle des personnes qui ont subi un AVC en vue de favoriser leur participation occupationnelle.

3. CADRE CONCEPTUEL

Le sentiment d'efficacité personnelle, tiré de la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), a guidé l'élaboration de cet essai, compte tenu de sa pertinence à cibler les éléments clés qui influencent le développement de ce concept. En effet, selon cette théorie, quatre sources principales influencent le développement du sentiment d'efficacité personnelle d'un individu, soit l'expérience active de la maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale ainsi que les états psychologiques et émotionnels. Ainsi, le concept de sentiment d'efficacité personnelle ainsi que les quatre principales sources qui contribuent à sa construction seront expliqués et justifiés dans les sections suivantes.

3.1 Le sentiment d'efficacité personnelle

Selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), les actions entreprises par les individus sont le résultat de l'interaction des facteurs personnels (composantes cognitives, émotionnelles et biologiques de la personne), des comportements et des facteurs de l'environnement. L'influence de ces trois facteurs permet d'établir des similitudes avec les modèles ergothérapeutiques qui intègrent l'influence des dimensions de la personne, de l'occupation et de l'environnement dans l'analyse de la performance de l'individu à réaliser des occupations. Aussi, selon la théorie sociale cognitive de Bandura, le sentiment d'efficacité personnelle est le facteur clé qui influence la mise en action des individus. Plus précisément, le sentiment d'efficacité personnelle est défini comme : « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire les résultats souhaités » (Bandura, 2007, p.12). Il ne s'agit donc pas de la nature ou du nombre d'aptitudes que la personne possède, mais de ses croyances personnelles à pouvoir utiliser celles-ci dans un environnement donné, que cela soit dans un environnement de réadaptation ou dans la communauté. En ce sens, un individu qui agit dans des environnements différents ou encore des personnes différentes possédant des aptitudes identiques peuvent avoir des performances variables selon leurs croyances d'efficacité personnelle. De plus, selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), le sentiment d'efficacité personnelle influence les actions de la personne, détermine le niveau d'effort qu'elle investit pour atteindre un objectif, son niveau de persévérance face aux difficultés et aux échecs, sa résilience face aux épreuves, en plus d'influencer ses pensées et ses réactions émotionnelles. Ainsi, ce concept est important dans la phase de réadaptation et de réintégration dans la communauté, puisqu'il influence entre autres le niveau d'engagement et de

persévérance de la personne face aux défis quotidiens engendrés par l'AVC. En effet, les individus qui croient en leurs capacités perçoivent les tâches difficiles comme des défis à relever. À l'opposé, les personnes avec un faible sentiment d'efficacité personnelle abordent les défis comme des menaces à éviter. De ces faits, un bon sentiment d'efficacité personnelle est susceptible de favoriser l'atteinte des objectifs, puisque cela augmente l'intérêt et l'engagement des individus dans le processus de réadaptation et dans la reprise d'occupations significatives lors de la réintégration dans la communauté.

3.2 Les sources du développement du sentiment d'efficacité personnelle

Selon Bandura (2007), les croyances que la personne a de ses capacités sont construites à partir de quatre sources, soit l'expérience active de la maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et les états psychologiques et émotionnels. D'ailleurs, l'ergothérapeute peut intégrer ces quatre sources d'informations dans son processus d'intervention afin de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle (Dumont et al., 2015).

3.2.1 L'expérience active de maîtrise

L'expérience active de maîtrise est la source qui aurait le plus d'influence sur le sentiment d'efficacité personnelle selon Bandura (2007). Effectivement, les expériences positives de succès démontrent à la personne qu'elle peut réussir alors que les échecs offrent l'opportunité à la personne de développer un sentiment d'efficacité personnelle résilient en persévérant. Plus précisément, les difficultés permettent à la personne de développer ses capacités grâce à des efforts soutenus. D'ailleurs, si l'individu expérimente que des succès faciles, ce dernier peut facilement se décourager face à un échec. En maîtrisant une tâche difficile, l'individu acquiert de nouvelles informations d'efficacité personnelle, ce qui augmente ses croyances en ses capacités. De plus, la construction d'un sentiment d'efficacité solide nécessite que la personne acquière des stratégies cognitives et d'autorégulation pour être en mesure de s'adapter et ainsi performer efficacement dans des environnements différents, que cela soit dans un environnement de réadaptation ou dans la communauté. Les individus doivent donc apprendre des procédures et des stratégies efficaces, mais ils doivent également croire qu'ils peuvent exercer un contrôle pour réussir à satisfaire les exigences des tâches. En ce sens, les ergothérapeutes pourraient guider les personnes à expérimenter des réussites dans la réalisation d'occupations, en graduant le niveau de difficulté

(Dumont et al., 2015). De plus, selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), des succès répétés permettent de mettre en place un sentiment d'efficacité personnelle solide et réduisent la probabilité que les échecs minent les croyances de la personne en ses capacités. En effet, un individu avec un sentiment d'efficacité personnelle solide évalue les mauvaises performances selon les obstacles de l'environnement, un niveau d'effort insuffisant ou même par le choix de mauvaises stratégies. De plus, selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), un sentiment d'efficacité personnelle juste augmente les probabilités de succès alors qu'un sentiment erroné peut engendrer des conséquences négatives au plan cognitif, affectif et physique. En ce sens, il importe que l'ergothérapeute guide la personne dans l'établissement d'objectifs réalistes en fonction des capacités de celle-ci pour qu'elle ait une juste perception de ses aptitudes et ses limites lors de ses expérimentations. De plus, il importe de mentionner que l'individu doit connaître les exigences de l'occupation ou la tâche à accomplir. En effet, afin que l'individu évalue convenablement s'il possède les aptitudes requises, il doit connaître les exigences de la tâche qu'il doit maîtriser. En ce sens, l'ergothérapeute peut aider la personne à analyser les étapes ainsi que les exigences d'une occupation. De plus, les facteurs contextuels liés à la performance tels que l'aide fournie par autrui ainsi que les obstacles situationnels ne sont pas des éléments à négliger dans l'auto-évaluation de la personne de son sentiment d'efficacité personnelle. En effet, il est possible que la personne attribue son succès à l'aide reçue plutôt qu'à ses capacités personnelles. Également, lorsqu'une personne expérimente une performance faible dans des conditions difficiles, cela a moins d'incidence sur l'efficacité personnelle perçue que si cette performance avait été effectuée dans des circonstances optimales. En ce sens, l'ergothérapeute peut également guider la personne à évaluer les éléments de l'environnement qui influencent sa performance.

3.2.2 L'expérience vicariante

L'expérience vicariante, qui est définie comme l'observation d'un comportement d'autrui, renforce également le sentiment d'efficacité personnelle, car les individus ne se fient pas seulement à leurs propres expériences pour évaluer leurs capacités (Bandura, 2007). En effet, ceux-ci comparent leurs aptitudes à celles d'autrui, puisqu'il n'y a pas de mesure absolue qui désigne les compétences requises pour la majorité des occupations. De plus, l'observation du comportement d'autrui permet d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle. Par exemple, une personne peut observer des individus avec des conditions similaires à lui expérimenter des succès. En effet, cela

l'amène à penser que si ces individus réussissent, elle aussi peut y arriver. De plus, selon la théorie sociale cognitive de Bandura, les individus recherchent également des modèles à observer qui possèdent les compétences qu'ils désirent acquérir et cela les motive. Par leur raisonnement et leurs actions, ces modèles transmettent aux individus des compétences et des stratégies efficaces pour surmonter les difficultés liées à l'accomplissement d'une occupation ainsi qu'aux demandes de l'environnement. Ainsi, l'acquisition de moyens efficaces par l'observation d'autrui augmente alors le sentiment d'efficacité personnelle. De plus, l'observation d'individus qui persévèrent pour maîtriser des occupations difficiles peut réduire les effets négatifs associés aux échecs et donner de l'espoir à l'individu. L'observation de la persévérance favorise la mise en place d'un raisonnement selon lequel les échecs ne sont pas nécessairement associés à l'absence d'aptitudes, mais à des efforts parfois insuffisants ou à des facteurs contextuels inhabituels. L'observation de la persévérance d'autrui est nommée le modelage de coping, une technique selon laquelle l'individu observe des personnes avec des compétences similaires à lui-même et qui maîtrisent progressivement une activité. En ce sens, l'ergothérapeute peut favoriser l'apprentissage et le modelage entre les pairs (Dumont et al., 2015). Par exemple, les interventions en groupe pourraient être très pertinentes pour l'apprentissage et le partage de stratégies entre les pairs. Également, une personne qui a terminé le processus de réadaptation peut être un modèle ainsi qu'une source de motivation puisqu'elle peut avoir trouvé des solutions pour participer à des occupations malgré ses incapacités. Cependant, il importe de minimiser l'auto-évaluation comparative, puisque cela peut diminuer le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2007). Par exemple, si la personne évolue à un rythme plus lent que son modèle ou ses pairs, cela peut la déprimer.

D'ailleurs, l'automodelage (c'est-à-dire l'observation de sa propre performance en notant des moyens afin de pouvoir maîtriser le comportement par la suite) augmente également le sentiment d'efficacité personnelle et la performance de l'individu. Selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), l'automodelage par bande vidéo peut être appliqué auprès des individus en mettant l'accent sur les portions de séquences bien maîtrisées par l'individu. Le visionnement de ses réussites leur démontre clairement comment utiliser leurs aptitudes et cela renforce leur sentiment d'efficacité personnelle. D'autre part, l'individu peut apprendre de ses erreurs en visionnant des séquences vidéo durant lesquelles il rencontre des difficultés, lorsqu'il a acquis un certain niveau de compétence (Bandura, 2007). Finalement, l'automodelage cognitif,

c'est-à-dire la visualisation d'une action, est un autre moyen d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura 2007). Avec cette méthode, les individus visualisent qu'ils maîtrisent des situations difficiles à plusieurs reprises.

3.2.3 La persuasion verbale

La persuasion verbale permet aussi d'influencer le développement du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2007). En effet, lorsqu'une personne signifiante exprime à l'individu sa confiance en ses capacités, ce dernier est alors plus susceptible de persévérer face à des difficultés. La persuasion verbale favorise le maintien du sentiment d'efficacité personnelle lorsque l'individu doute de lui-même. En ce sens, lorsque l'ergothérapeute, tout comme des proches aidants ou des pairs, a confiance aux capacités de la personne et qu'il lui souligne, cela l'encourage et la soutient dans l'atteinte d'objectifs réalistes. Ainsi, l'ergothérapeute, tout comme des proches aidants ou des pairs, peut être une personne signifiante qui peut influencer positivement le sentiment d'efficacité personnelle de la personne. De plus, selon la théorie sociale de Bandura (2007), les rétroactions positives, décrites comme des évaluations axées sur les progrès de l'individu à la suite d'une performance, sont bénéfiques. Ces rétroactions positives soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle, puisque celles-ci font ressortir les aptitudes de celui-ci. À l'opposé, les rétroactions données sur les difficultés sont plus susceptibles de nuire au développement du sentiment d'efficacité personnelle, puisque celles-ci sont associées aux incapacités de la personne. En ce sens, à partir de leurs évaluations, ainsi que leur analyse, les ergothérapeutes peuvent fournir aux individus une rétroaction positive et juste de leurs aptitudes en lien avec l'atteinte de leurs objectifs. Également, plus la personne qui donne la rétroaction est crédible aux yeux de l'individu, plus cela a de l'influence sur son sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2007). Également, selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), les personnes qui utilisent la persuasion verbale doivent non seulement bien connaître les forces et les faiblesses de l'individu, mais également bien structurer l'activité afin que ce dernier expérimente son potentiel en concordance avec la rétroaction donnée. En ce sens, l'ergothérapeute, en tant qu'expert en habilitation de l'occupation, utilise l'analyse de l'activité dans son processus d'évaluation et d'intervention. Entre autres, lors des interventions, l'ergothérapeute utilise la gradation d'activités pour faire vivre des succès aux individus.

3.2.4 Les états physiologiques et émotionnels

Finalement, les états physiologiques et émotionnels sont également des informations qui influencent le développement du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2007). Plus précisément, lorsque les individus évaluent leurs capacités, ils se basent partiellement sur l'information somatique transmise par leur état physiologique (respiration, rythme cardiaque, etc.) et émotionnel (anxiété, humeur positive ou négative, etc.). Certains individus ont tendance à croire que certaines activations physiologique et émotionnelle sont liées à leurs compétences personnelles insuffisantes. Cette interprétation a alors plus de probabilité d'abaisser leur sentiment d'efficacité personnelle que celle des individus qui associent cette activation à un état passager qui peut même être vécu par les personnes les plus compétentes. Généralement, les activités simples et parfaitement maîtrisées par l'individu ne sont pas influencées négativement par les états physiologiques et émotionnels. Ce sont plutôt les activités complexes qui peuvent fournir des informations somatiques perturbées. Ainsi, l'ergothérapeute doit observer et être à l'écoute de la personne afin de la soutenir dans ses actions. Il doit viser à limiter l'exacerbation de sensations physiologiques et émotionnelles négatives lors de ces interventions. De plus, en s'impliquant dans son processus de réadaptation, la personne peut ressentir des bénéfices liés aux interventions ergothérapeutiques (Dumont et al., 2015). Par exemple, elle peut ressentir des émotions positives lorsqu'elle atteint des objectifs de réadaptation. Elle peut également noter des changements au niveau physiologique qui lui permettent de réaliser de nouveau des occupations.

3.3 Pertinence du cadre conceptuel

Dans le cadre de cet essai, il est pertinent de s'intéresser aux interventions ergothérapeutiques qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle en se basant sur la théorie sociale cognitive de Bandura. En effet, selon cette théorie, le sentiment d'efficacité personnelle influence les choix de la personne ainsi que les actions qu'elle pose (Bandura, 2007). Ainsi, cette théorie est pertinente dans le processus de réadaptation des individus ayant vécu un AVC afin de favoriser leur engagement dans le processus de réadaptation et ainsi dans la reprise d'occupations significatives. D'ailleurs, cette théorie est largement utilisée en réadaptation (Dumont et al., 2015 ; Picha & Howell, 2018 ; Saetan et al., 2020). De plus, tel que mentionné précédemment, cette théorie définit concrètement les quatre sources qui influencent le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle résilient, ce qui permettra de cibler spécifiquement les composantes clés

des interventions et des approches ergothérapeutiques qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle pour favoriser la participation occupationnelle des personnes qui ont subi un AVC.

4. MÉTHODOLOGIE

La section suivante décrit la méthodologie utilisée dans le cadre de la réalisation de cet essai. Ainsi, le devis de recherche sera présenté ainsi que les étapes effectuées pour répondre à la question de recherche. De plus, les éléments à considérer quant à la rigueur scientifique seront également inclus dans cette section.

4.1 Devis de recherche

Cet essai se présente sous forme d'une étude de portée. Plus précisément, la méthodologie utilisée sera basée sur la démarche en cinq étapes de Arksey et O'Malley (2005). Ce devis permet d'analyser un grand nombre d'articles sur un sujet donné en incluant des études de différents devis de recherche et de différents niveaux d'évidences. Différentes raisons justifient l'utilisation de ce devis de recherche. Pour cet essai, il est pertinent d'effectuer une étude de portée afin d'examiner l'étendue et la portée des interventions et des approches applicables en ergothérapie pour les personnes ayant subi un AVC qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle pour favoriser leur participation occupationnelle. Plus précisément, ce devis de recherche permettra de faire une synthèse des éléments clés de ces approches et interventions, en cohérence avec le cadre conceptuel décrit ci-dessus. Pour ce faire, les cinq étapes du processus proposé par Arksey et O'Malley (2005) seront effectuées, soit :

1. Identification de la question de recherche.
2. Identification des études pertinentes.
3. Sélection des études.
4. Catégorisation des résultats.
5. Organisation, synthèse et communication des résultats.

Il importe de noter que cette démarche n'est pas linéaire. Arksey et O'Malley (2005) précisent que les chercheurs doivent s'engager dans un processus réflexif à chaque étape. En ce sens, il est possible qu'ils doivent modifier ou répéter une étape afin d'optimiser les résultats. De plus, afin d'effectuer une étude de portée, il importe que les auteurs décrivent précisément le processus afin que la reproduction de l'étude soit possible par d'autres chercheurs, ce qui augmente la fiabilité.

4.2 Identification de la question de recherche

Afin de guider l'élaboration des stratégies de recherche, la première étape consiste à définir la question de recherche. Pour ce faire, il importe d'identifier les concepts pertinents tels que la population cible, les types d'interventions et les résultats recherchés (Arksey et O'Malley, 2005). Ainsi, dans le cadre de cet essai, la question de recherche est la suivante :

« Quelles sont les composantes clés des interventions et des approches applicables en ergothérapie qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle afin de favoriser la participation occupationnelle des personnes qui ont subi un AVC? »

4.3 Identification des études pertinentes

La deuxième étape consiste à identifier des sources pour rechercher des articles pertinents pour répondre à la question identifiée à l'étape précédente. En ce sens, des recherches ont été effectuées dans quatre bases de données, soit CINAHL Complete (EBSCO), APA PsycINFO (EBSCO), MEDLINE with Full Text (EBSCO) et SPORTDiscus with Full Text (EBSCO). Ces bases de données répertorient des articles du domaine des sciences de la santé, dont un grand nombre est issu de la discipline de l'ergothérapie. Comme recommandé par le processus proposé par Arksey et O'Malley (2005), à partir de la question de recherche, une combinaison de mots-clés a été identifiée afin de procéder à la recherche d'articles pertinents dans ces bases de données. La combinaison de mots-clés utilisés est inscrite dans le tableau 1. De plus, afin de sélectionner des études récentes, effectuées dans les dix années précédentes, ce critère a été ajouté lors de la recherche des articles. En raison du nombre élevé d'articles recensés, il n'a pas été jugé pertinent d'effectuer des recherches à partir d'autres sources.

Tableau 1. *Stratégies de recherche dans les bases de données*

Bases de données consultées	Mots-clés utilisés
• CINAHL Complete (EBSCO)	(stroke OR cerebrovascular accident OR cva)
• APA PsychINFO (EBSCO)	AND
• MEDLINE with Full Text (EBSCO)	(participation* OR occupation* OR activit*)
• SPORTDiscus with Full Text (EBSCO)	AND
	(intervention* OR approach* OR program* OR training*)
	AND
	("self-efficacy" OR "Self efficacy")

4.4 Sélection des études

La troisième étape consiste à sélectionner les études qui permettent de répondre spécifiquement à la question de recherche (Arksey et O'Malley, 2005). Pour ce faire, il est recommandé d'établir des critères d'inclusion et d'exclusion. Ces critères sont inscrits dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. *Critères d'inclusion et d'exclusion*

Critères d'inclusion	Critère d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Population étudiée : personnes vivant avec un AVC. • Intervention étudiée : intervention ergothérapique (ou applicable en ergothérapie et axée sur les occupations) • Mesure de résultats : étude décrivant l'effet de l'intervention pour améliorer le sentiment d'efficacité personnelle et la participation occupationnelle • Articles publiés entre 2010 et 2021. • Articles écrits en français ou en anglais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte sociétal différent du Canada.

Pour la sélection des études, une lecture des titres et des résumés a d'abord été effectuée pour déterminer la pertinence des articles repérés dans les bases de données. Ensuite, une lecture complète des articles a permis de sélectionner les articles retenus. En ce qui a trait aux revues systématiques repérées, la lecture des résumés des articles étudiés a aussi permis de cibler d'autres articles additionnels à inclure dans cette étude de portée. Finalement, la directrice de l'essai a validé la sélection finale des articles en collaboration avec l'étudiante.

4.5 Catégorisation des résultats

La quatrième étape consiste à effectuer une catégorisation des résultats (Arksey et O'Malley, 2005). Pour ce faire, il est suggéré d'utiliser une grille d'extraction des données pour cibler les informations clés des articles sélectionnés. Ainsi, dans le cadre de cet essai, la grille d'extraction des résultats a été utilisée pour recueillir les informations suivantes : auteurs, année de la publication, pays de l'étude, l'objectif, la population cible, le milieu, la description des interventions et leurs composantes clés ainsi que les ressources humaines et matérielles requises, et, enfin, les résultats liés au sentiment d'efficacité personnelle et à la participation à des occupations. Cette grille d'extraction a été testée avec quelques articles. La directrice de l'essai a également validé la pertinence des catégories et des informations extraites. De plus, il est à noter

que pour avoir plus informations sur les composantes clés des interventions et des approches, il a parfois été nécessaire d'effectuer la lecture de la source primaire de la description des programmes de certains articles sélectionnés.

4.6 Organisation, synthèse et communication des résultats

La cinquième étape consiste à organiser, synthétiser et communiquer les résultats des études sélectionnées de manière efficace (Arksey et O'Malley, 2005). L'étude de portée vise à présenter un aperçu de l'ensemble des résultats des articles sélectionnés en lien avec la question de recherche, sans analyser spécifiquement le niveau d'évidence des études. En ce sens, à partir des résumés des grilles d'extraction, les composantes clés des interventions et des approches utilisées en ergothérapie ont été identifiées et catégorisées en fonction des quatre sources qui influencent le développement du sentiment d'efficacité personnelle, selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007). Ces quatre sources sont l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et les états psychologiques et émotionnels. Pour ce faire, un tableau synthèse a été élaboré en incluant ces quatre grandes catégories ainsi que des sous-composantes associées à chacune, telles que relevées dans les écrits de Bandura (2007). De plus, l'analyse du contenu des interventions a aussi laissé place à l'émergence d'autres principes/composantes additionnelles identifiées dans les études et démontrant des effets positifs sur le développement du sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, il fut possible d'effectuer des comparaisons entre les interventions et les approches décrites dans les différents articles, d'identifier des résultats convergents ou divergents, de même que des lacunes dans les données probantes (Arksey et O'Malley, 2005).

5. RÉSULTATS

La section suivante discute des résultats de cette étude de portée. D'abord, les articles sélectionnés sont brièvement décrits. Ensuite, cette section présente l'analyse exhaustive des interventions et des approches applicables en ergothérapie discutées dans les articles sélectionnés qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle afin de favoriser la participation occupationnelle des individus qui ont subi un AVC. La présentation des thématiques relevées à la suite de cette analyse est basée sur les quatre sources d'efficacité personnelle selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007) expliquée ci-haut, dans la section du cadre conceptuel.

5.1 Présentation des articles sélectionnés

À partir des 586 articles scientifiques recensés dans les bases de données, un nombre total de quinze articles a été retenu en appliquant de manière rigoureuse les critères d'inclusion et d'exclusion préalablement établis. La sélection des articles a également été validée avec la directrice de l'essai. Afin d'avoir plus de détails sur la sélection des articles, la figure 1 présente une schématisation de la sélection des articles scientifiques.

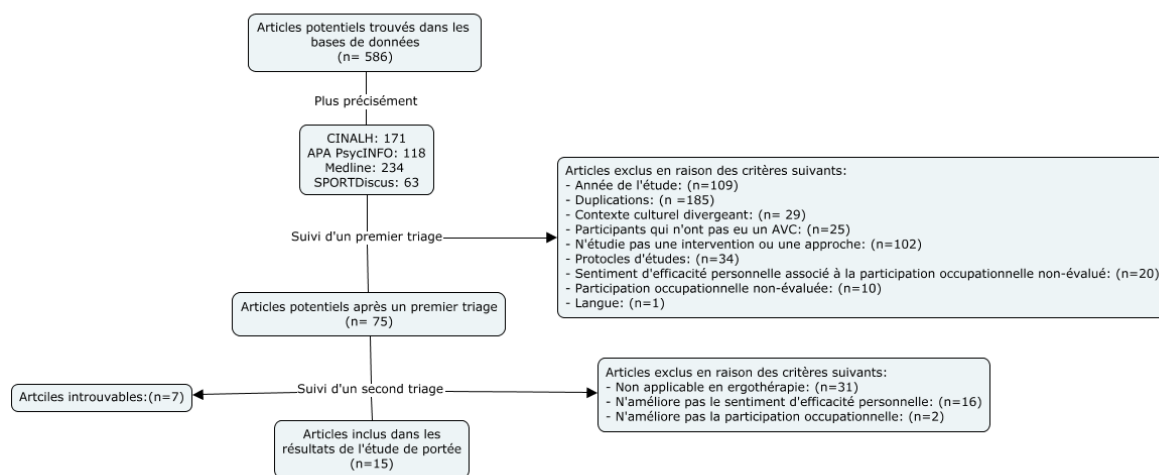


Figure 1. Schématisation de la sélection des articles scientifiques

Parmi les quinze articles sélectionnés, quatre ont été publiés au Canada, trois aux États-Unis, trois au Royaume-Uni, deux en Suède, deux en Australie et un en Italie. Neuf des articles (60%) ont été publiés entre 2017 et 2020 et les six autres (40%) entre 2011 et 2016. L'étude de portée a permis de recenser une variété de programmes individuels et de groupe. Plus précisément, deux articles ont analysé l'effet de deux programmes de groupe d'art distincts (Beesley et al., 2011; Morris et al., 2016). Dans ces programmes, les participants expérimentaient plusieurs médiums artistiques et effectuaient des projets individuels ou en groupe. Trois articles ont analysé l'approche individuelle CO-OP (McEwen et al., 2014, McEwen et al., 2017; Poulin et al., 2014) et un article le programme individuel ASAP » (Dromerick et al., 2013; Lewthwaite et al., 2016). Ces deux programmes sont axés sur la pratique répétée d'occupations en impliquant activement l'individu qui a subi un AVC dans l'analyse de sa performance et la résolution de problèmes. Un article étudiait l'effet d'un programme d'équitation (Pohl et al., 2018). Les participants effectuaient des exercices individuels et adaptés à leurs capacités physiques et cognitives pendant les cours d'équitation (Bunketorp Käll et al., 2012). Quatre études analysaient des programmes qui intégraient l'utilisation des technologies (Guidetti et al., 2020; Mawson et al., 2016; Parker & Mawson, 2017; Nott et al., 2019). Plus précisément, deux études analysaient le programme individuel « Personalised Self-Managed Rehabilitation System (PSMRS) » (Mawson et al., 2016; Parker & Mawson, 2017). Les participants à ce programme utilisaient une semelle intelligente qui leur fournissait une rétroaction biomécanique immédiate lors de l'exécution d'occupations préalablement sélectionnées. Un article analysait l'effet du programme F@ce (Guidetti et al., 2020), un programme d'autogestion individuel qui envoyait des alertes quotidiennes aux participants en lien avec leurs stratégies et leurs objectifs personnels. Puis, un article étudiait un programme d'autogestion individuel qui était constitué de deux phases (Nott et al., 2019). Lors de la première phase, les individus participaient à des séances hebdomadaires de coaching en ergothérapie. Lors de la deuxième phase, les participants étaient encouragés à poursuivre un programme d'autogestion en ligne de manière autonome. Finalement, quatre articles traitaient des programmes d'autogestion basée sur le « Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) » (Cameron et al., 2018; Damush et al., 2011; Messina et al., 2020; Wolf et al., 2016). Le CDSMP s'adresse aux individus atteints d'une maladie chronique et c'est un programme qui aborde les saines habitudes de vie, les ressources dans la communauté, la résolution de problèmes, la gestion des émotions et des symptômes de la maladie chronique ainsi que les habiletés de communication.

Il importe de noter que dans les quatre articles, ces thématiques ont été adaptées à la clientèle qui a subi un AVC. Cependant, les programmes avaient tous leurs particularités. D'abord, dans l'article de Damush et ses collaborateurs (2011), le programme d'autogestion était individuel et effectué via des appels téléphoniques. Ensuite, le programme « The Look After Yourself » était sous forme de groupe et en présentiel (Messina et al., 2020). Le programme en vidéoconférence « In this together » était quant à lui axé sur l'identification sociale des participants, plus spécifiquement sur le sentiment d'appartenance au groupe et la poursuite d'objectifs communs (Cameron et al., 2018). Finalement, le programme IPASS intégrait les thématiques du CDSMP en plus d'aborder spécifiquement la gestion des occupations à la maison, au travail et dans la communauté (Wolf et al., 2016). Afin d'avoir plus d'informations sur les articles sélectionnés, à l'annexe A se retrouve le tableau 3 présentant les articles sélectionnés.

5.2 Les composantes clés des interventions et des approches applicables en ergothérapie pour soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle

Cette section présente les composantes clés des interventions et des approches applicables en ergothérapie qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle pour favoriser la participation occupationnelle des individus qui ont subi un AVC. Ces composantes sont organisées selon les quatre sources d'efficacité personnelle de la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), soit l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale, puis les états physiologiques et émotionnels. Afin d'avoir un aperçu des différentes composantes clés relevées dans cette étude de portée selon chaque source d'efficacité personnelle, des tableaux synthèses se retrouvent à l'Annexe B.

5.2.1 Les composantes clés liées à l'expérience active de maîtrise

Deux principaux thèmes sont relevés en lien avec l'expérience active de maîtrise. À titre de rappel, l'expérience active de maîtrise implique notamment l'acquisition de stratégies cognitives et d'auto-régulation dans le cadre de l'accomplissement des occupations (Bandura, 2007 ; voir aussi les explications détaillées dans le Cadre conceptuel). Les deux thèmes relevés dans les articles inclus sont l'établissement des objectifs et la mise en place d'un plan d'action. Ces composantes clés seront détaillées dans les sections suivantes.

5.2.1.1 Établissement des objectifs

Afin que les individus expérimentent des succès, l'établissement d'objectifs réalistes et signifiants est une composante clé de la majorité des programmes analysés (Damush et al., 2011; Guidetti et al., 2020; Lewthwaite et al., 2018 ; Mawson et al., 2016; McEwen et al., 2015; McEwen et al., 2017; Messina et al., 2020; Morris et al., 2016; ; Nott et al., 2019 ; Parker et Mawson, 2017 ; Poulin et al., 2014). En effet, des participants ont mentionné que l'accomplissement de leurs objectifs était associé à l'augmentation de leur sentiment d'efficacité personnelle (Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018). La majorité des programmes analysés impliquaient une collaboration avec le professionnel afin de choisir des objectifs fonctionnels qui représentent un défi réaliste pour les individus (Damush et al., 2011; Guidetti et al., 2020; Lewthwaite et al., 2018 ; Mawson et al., 2016; McEwen et al., 2015; McEwen et al., 2017; Messina et al., 2020 ; Morris et al., 2016; Nott et al., 2019 ; Parker et Mawson, 2017 ; Poulin et al., 2014; Wolf et al., 2016). D'ailleurs, dans plusieurs programmes, les professionnels utilisent la Mesure Canadienne du rendement occupationnel (MCRO) qui permet aux individus d'établir des objectifs occupationnels et signifiants (Guidetti et al., 2020 ; McEwen et al., 2015; McEwen et al., 2017; Nott et al., 2019; Poulin et al., 2014). De plus, l'ajustement des objectifs lorsque requis est préconisé dans plusieurs programmes (Damush et al., 2011; Guidetti et al., 2020 ; Lewthwaite et al., 2018; Messina et al., 2020 ; Morris et al., 2016). Finalement, il importe de mentionner que dans tous les articles sélectionnés, une approche centrée sur les besoins de la personne était préconisée (Beesley et al., 2011; Cameron et al., 2018 ; Damush et al., 2011 ; Guidetti et al., 2020 ; Lewthwaite et al., 2018 ; Mawson et al., 2016 ; McEwen et al., 2015; McEwen et al., 2017 ; Parker & Mawson, 2017; Messina et al., 2020 ; Nott et al., 2019 ; Morris et al., 2016 ; Pohl et al., 2018 ; Poulin et al., 2014; Wolf et al., 2016).

5.2.1.2 Mise en place d'un plan d'action

Dans plusieurs études, la mise en place d'un plan d'action était aussi une composante clé associée à la réussite des objectifs (Bunketorp Käll et al., 2012; Cameron et al., 2018 ; Damush et al., 2011; Lewthwaite et al., 2018; McEwen et al., 2015; McEwen et al., 2017 ; Morris et al., 2016 ; Messina et al., 2020 ; Nott et al., 2019 ; Poulin et al., 2014). La mise en place d'un plan consistait à déterminer quand, où, pendant combien de temps et comment l'objectif serait réalisé. D'ailleurs, dans un programme d'autogestion individuel, les participants avaient accès à un site

internet pour les guider dans l'établissement de leurs objectifs, voir la progression de leurs objectifs et planifier des activités liées à ceux-ci (Nott et al., 2019). Dans le même ordre d'idées, dans un autre programme d'autogestion en groupe, les participants pouvaient compléter des exercices dans un manuel pour mettre en place d'un plan d'action (Messina et al., 2020).

Dans les différents programmes, les participants utilisaient plusieurs moyens pour parvenir à maîtriser leurs objectifs et ainsi, vivre des succès. La stratégie la plus utilisée était d'adapter les objectifs selon les préférences et les capacités de l'individu (Beesley et al., 2011 ; Lewthwaite et al., 2018; Mawson et al., 2016 ; McEwen et al., 2015; McEwen et al. 2017; Morris et al., 2016; Nott et al., 2019; Parker et Mawson, 2017). Ensuite, la pratique répétée des objectifs et de la mise en application du plan d'action était également utilisée dans plusieurs programmes (Damush et al., 2011 ; Lewthwaite et al., 2018 ; Mawson et al.; 2016 ; McEwen et al., 2015;; McEwen et al., 2017; Parker et Mawson, 2017 ; Poulin et al., 2014). Plusieurs programmes préconisaient aussi l'analyse de la performance par l'individu lui-même (Damush et al., 2011; Guidetti et al., 2020 ; Lewthwaite et al., 2018; McEwen et al., 2015; McEwen et al.; 2017; Pohl et al., 2018; Poulin et al., 2014). Par exemple, dans le programme ASAP (Dromerick et al., 2013), les participants évaluaient leur propre performance en affirmant sur une échelle d'un à dix à quel niveau ils étaient confiants de réaliser leurs objectifs. À la suite de leur réponse, ils devaient expliquer comment ils allaient procéder au cours de la prochaine semaine afin d'augmenter leurs capacités ainsi que leur confiance. Ainsi, au fil des semaines, il était attendu que les participants développent leurs compétences d'auto-évaluation et trouvent des moyens de plus en plus efficaces pour continuer à s'améliorer. D'ailleurs, dans plusieurs programmes, les participants étaient également activement impliqués dans la recherche de stratégies afin de parvenir à maîtriser leurs objectifs (Beesley et al., 2011 ; Cameron et al., 2018 ; Guidetti et al., 2020; Lewthwaite et al., 2018 ; Mawson et al., 2016 ; McEwen et al., 2015, McEwen et al., 2017, Messina et al., 2020 ; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019 ; Parker et Mawson, 2017 ; Poulin et al., 2014 ; Wolf., et al., 2016). Il est intéressant de mentionner que dans le programme IPASS, les participants apprenaient à cibler des stratégies selon le modèle-personne-occupation-environnement (Wolf., et al., 2016). Plus précisément, ils déterminaient si les stratégies ciblées devaient permettre de modifier des facteurs personnels, des facteurs liés à l'occupation ou des facteurs de l'environnement. Dans les programmes qui intégraient l'utilisation des technologies, des alertes étaient envoyées quotidiennement aux

participants en lien avec les objectifs et les stratégies qu'ils avaient préalablement ciblées (Guidetti et al., 2020 ; Mawson et al., 2016; Parker et Mawson, 2017).

Finalement, dans les groupes d'autogestion, il y avait de l'éducation sur les saines habitudes de vie, la gestion des symptômes de l'AVC, les habiletés de communication et des ressources dans la communauté (Cameron et al., 2018; Damush et al., 2011; Messina et al., 2020 ; Nott et al., 2019; Wolf et al., 2016). L'objectif de ces groupes éducatifs était d'outiller les individus à développer des stratégies pour gérer leurs difficultés quotidiennes.

5.2.2 Les composantes clés liées à l'expérience vicariante

Deux éléments sont relevés de l'expérience vicariante, soit le modelage et l'automodelage ainsi que la comparaison avec les autres. À titre de rappel, l'expérience vicariante consiste en l'apprentissage via l'observation d'un comportement. Par exemple, un individu peut observer le comportement d'un autre en notant les stratégies utilisées afin de pouvoir ensuite optimiser sa propre performance. Il peut également comparer ses habiletés avec autrui afin d'évaluer s'il sera en mesure de réaliser une performance similaire. Il importe de noter que plusieurs composantes identifiées selon cette source sont issues des études qualitatives via l'analyse des témoignages des participants.

5.2.2.1 Le modelage et l'automodelage

Plusieurs sources d'apprentissage via le modelage avec autrui et l'automodelage (l'observation de sa propre performance en notant les moyens afin de pouvoir maîtriser le comportement) ont été identifiées. D'abord, dans trois programmes distincts, l'animateur était un pair (Cameron et al., 2018; Guidetti et al., 2020 ; Wolf et al., 2016). Ainsi, cela favorisait le modelage avec l'animateur. Également, dans plusieurs programmes de groupe, le modelage entre pairs est préconisé (Cameron et al., 2018 ; Damush et al., 2011; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018) ainsi que le modelage avec le thérapeute, même si ce dernier n'était pas un pair (Damush et al., 2011; Lewthwaite et al., 2018 ; McEwen et al., 2015; McEwen et al., 2017; Poulin et al., 2014). Dans quelques programmes, le modelage était favorisé par le biais de l'écoute de vidéos, l'observation d'images et en suivant des instructions claires (Damush et al., 2011; Nott et al., 2019; Messina et al., 2020). Dans l'un des programmes, une stratégie utilisée était aussi l'automodelage cognitif, soit de se visualiser en train de maîtriser une occupation (Guidetti et al.,

2020). Dans ce même programme, les participants effectuaient également de l'automodelage en analysant leur propre performance sur un vidéo en collaboration avec un professionnel.

5.2.2.2 *La comparaison avec les autres*

Dans quelques articles, les participants ont nommé des bénéfiques à se comparer aux autres membres de leur groupe. En ce sens, certains participants ont partagé qu'ils étaient inspirés par les réussites d'autres individus avec des conditions similaires à eux (Beesley et al., 2011; Damush et al., 2011; Morris et al., 2016; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018). En effet, des participants ont mentionné que le partage des expériences de chacun leur permettait de ressentir de l'empathie et de réaliser qu'ils pouvaient également progresser et surmonter les difficultés (Beesley et al., 2011 ; Pohl et al., 2018). D'autre part, certaines personnes ont nommé que la comparaison avec des personnes avec des séquelles plus sévères leur permettait de se sentir valorisés (Beesley et al., 2011 ; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018). En effet, les participants ont affirmé que le fait d'observer d'autres individus avec des séquelles plus sévères les aidait à apprécier leurs propres progrès depuis leur AVC.

5.2.3 Les composantes clés liées à la persuasion verbale

Plusieurs articles illustrent la pertinence de la persuasion verbale selon différentes sources, soit le thérapeute, les pairs, les proches et même les technologies. À titre de rappel, la persuasion verbale se manifeste par des encouragements qui favorisent la persévérance des individus ainsi que par la rétroaction positive qui est basée sur une évaluation des progrès effectués par l'individu à la suite d'une performance. Il importe de noter que la majorité des composantes relevées selon cette source sont également issues des études qualitatives via l'analyse des témoignages des participants.

5.2.3.1 *Les encouragements*

Les encouragements du thérapeute sont préconisés dans plusieurs programmes (Beesley et al., 2011; Damush et al., 2011; McEwen et al., 2016; McEven et al., 2017; Nott et al., 2019 ; Poulin et al., 2014). Les encouragements entre les pairs ont également été rapportés comme bénéfiques par plusieurs participants (Beesley et al., 2011; Morris et al., 2016; Pohl et al., 2018). Finalement, recevoir des messages d'encouragements via les technologies a également démontré des effets

positifs (Mawson et al., 2016; Parker & Mawson, 2017). Les participants nomment qu'une notification positive les encourageait à poursuivre leurs efforts.

5.2.3.2 La rétroaction positive

La rétroaction positive était offerte par le thérapeute ou l'animateur dans la majorité des programmes (Cameron et al., 2018; Damush et al., 2011; Guidetti et al., 2020 ; Lewthwaite et al., 2018; McEwen et al., 2015 ; McEwen et al., 2017; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019; Pohl et al., 2018; Poulin et al., 2014). La rétroaction positive entre les pairs a également été nommée par les participants dans deux études qualitatives (Morris et al., 2016; Pohl et al., 2018). Finalement, la rétroaction sur les progrès via les technologies s'est également avérée bénéfique, puisque les individus pouvaient constater leur progrès en analysant les données fournies par les différents logiciels (Guidetti et al., 2020 ; Mawson et al., 2016 ; Nott et al., 2019; Parker & Mawson, 2017). De plus, dans une étude dans laquelle les proches étaient impliqués, ces derniers pouvaient également interpréter les données fournies par le logiciel et ainsi offrir de la rétroaction positive et juste à l'individu qui a subi un AVC (Parker et Mawson, 2017).

5.2.4 Les composantes clés liées aux états physiologiques et émotionnels

Trois thèmes ont émergé en lien avec les états physiologiques et émotionnels, soit les relations positives, les activités de réadaptation axées sur les occupations significatives et l'interprétation des états physiologiques. À titre de rappel, selon la théorie de Bandura (2007), les informations somatiques transmises par les états physiologiques et émotionnels des individus influencent leur sentiment d'efficacité personnelle. Il importe de noter que ces composantes ont majoritairement émergé dans les études qualitatives.

5.2.4.1 Les relations positives

Les participants ont nommé plusieurs facteurs qui ont influencé positivement leurs émotions, ce qui a favorisé leur implication dans les différents programmes ainsi que l'atteinte de leurs objectifs. Les individus ont nommé qu'une dynamique positive de groupe (Beesley et al., 2011; Cameron et al., 2018 ; Morris et al., 2016 ; Pohl et al., 2018) ainsi qu'une relation thérapeutique positive (Beesley et al., 2011; Guidetti et al., 2020 ; Morris et al., 2016; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018) étaient des facteurs bénéfiques. Par exemple, des participants ont partagé que les thérapeutes étaient professionnels, dévoués, dignes de confiance et compétents (Pohl et al.,

2018). Finalement, dans le programme d'équitation, les participants ont nommé des bienfaits liés à la relation créée avec l'animal (Pohl et al., 2018).

5.2.4.2 *Les activités de réadaptation basées sur les occupations*

En ce qui a trait aux activités de réadaptation, les participants des programmes d'art ont nommé que l'art leur permettait d'exprimer leurs émotions face à leurs expériences depuis leur AVC (Beesley et al., 2011; Morris et al., 2016). D'ailleurs, dans le programme étudié par Beesley et ses collaborateurs (2011), les participants pouvaient effectuer une représentation artistique de leur parcours depuis l'AVC. Les participants des groupes d'art et ceux du programme d'équitation ont également nommé apprécier effectuer des activités autres que celles de la réadaptation conventionnelle (Beesley et al., 2011; Morris et al., 2016; Pohl et al., 2018). Dans d'autres programmes, les participants expérimentaient aussi des techniques de relaxation afin de favoriser leur bien-être (Bunketorp Käll et al., 2012; Damush et al., 2011; Cameron et al., 2018; Messina et al., 2020 ; Wolf et al., 2016). Finalement, le fait d'accomplir des tâches et des occupations variées était également apprécié par les participants (Beesley et al., 2011; Pohl et al., 2018).

5.2.4.3 *Rétroactions sur les états physiologiques*

En ce qui a trait aux états physiologiques, recevoir de la rétroaction immédiate concernant des facteurs biomécaniques de la tâche (ex : rétroaction sur le patron de marche) via les technologies s'est avérée bénéfique (Mawson et al., 2016; Parker et Mawson, 2017). En effet, cette rétroaction immédiate permettait aux individus de comprendre les facteurs biomécaniques qui affectaient leur performance en lien avec le maintien de la position debout statique et dynamique. Plus spécifiquement, ils recevaient des données sur la pression plantaire exercée par les deux pieds et l'attaque du talon à la marche. Ainsi, ces informations les guidaient pour mettre en place des moyens pour modifier leurs mouvements et recevoir immédiatement une meilleure rétroaction. De plus, il est intéressant de mentionner que les participants appréciaient le fait que le logiciel fournit une rétroaction objective. Finalement, les participants du programme d'équitation ont nommé qu'ils remarquaient des changements physiologiques tels que l'amélioration de leur équilibre et de leur posture, ce qui leur permettait de constater les impacts de ces progrès sur les activités de tous les jours (Pohl et al., 2018).

6. DISCUSSION

Cette section discutera de l'atteinte de l'objectif de cet essai, d'une analyse critique des résultats mis en lien avec d'autres écrits scientifiques, des forces et des limites de cette étude de portée ainsi que des retombées de ces résultats sur la pratique des ergothérapeutes.

6.1 Retour sur l'objectif de cet essai et analyse critique des résultats

L'objectif de cet essai était d'identifier les composantes clés des différentes interventions et approches applicables en ergothérapie afin de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle des individus qui ont subi un AVC pour favoriser leur participation occupationnelle. Le devis de recherche utilisé, soit une étude de portée selon les cinq étapes de Arksey et O'Malley (2005), a permis d'examiner l'étendue et la portée des interventions et des approches applicables en ergothérapie pour répondre à cet objectif. L'utilisation du cadre conceptuel a permis d'organiser les résultats des quinze articles sélectionnés selon les quatre sources d'efficacité personnelle, tirées de la théorie sociale cognitive de Bandura (2007). Il a alors été possible de cibler les composantes clés de ces interventions et approches applicables en ergothérapie. Dans les sections suivantes, ces composantes clés sont discutées sous des thématiques principales qui regroupent plusieurs composantes clés, soit l'approche centrée sur la personne, la réadaptation axée sur les occupations significatives, l'implication active dans l'élaboration de son plan d'action, l'apport des pairs, des proches et des professionnels ainsi que l'apport des technologies.

6.1.1 L'approche centrée sur la personne

Les résultats de cet essai soulignent l'importance d'adopter une approche centrée sur la personne lors de l'établissement des objectifs et tout au long du processus d'intervention (Beesley et al., 2011; Cameron et al., 2018 ; Damush et al., 2011 ; Guidetti et al., 2020 ; Lewthwaite et al., 2016 ; Mawson et al., 2016 ; McEwen et al., 2015; McEwen et al., 2017 ; Parker et Mawson, 2017; Messina et al., 2020 ; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018 ; Poulin et al., 2014; Wolf et al., 2016). Dans les articles recensés, les membres de l'équipe adoptaient notamment une approche centrée sur la personne en construisant une relation thérapeutique positive avec l'individu et en écoutant son histoire et ses expériences de vie afin de bien comprendre ses habitudes et ses rôles antérieurs. De plus, l'individu était activement engagé dans son processus de réadaptation, il participait à la mise en place des objectifs et d'un plan d'action personnalisé.

Ces éléments clés sont en concordance avec d'autres écrits scientifiques. En effet, l'importance de l'approche centrée sur la personne est largement reconnue dans les écrits scientifiques. D'ailleurs, Alanko et ses collaborateurs (2019) soulignent que lorsque les professionnels adoptent une approche centrée sur la personne, les individus se sentent respectés et en confiance, ce qui soutient le développement de leur sentiment d'efficacité personnelle. Levack et ses collaborateurs (2006) soutiennent aussi que l'établissement d'objectifs personnels réalistes permet aux individus de prendre conscience de leurs nouvelles habiletés. En ce sens, l'établissement d'objectifs réalistes pourrait être étroitement lié au sentiment d'efficacité personnelle. En effet, selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), il importe que les individus aient une perception exacte de leurs habiletés, puisque cela augmente leurs probabilités de vivre des succès. Cela est associé aux expériences actives de maîtrise, la source d'efficacité personnelle la plus influente.

Toutefois, selon d'autres écrits scientifiques, certains obstacles peuvent limiter l'utilisation d'une approche centrée sur la personne auprès des personnes qui ont subi un AVC. Entre autres, des barrières à la collaboration sont relevées, notamment lorsque les individus ont des difficultés de communication à la suite de leur AVC (Leach et al., 2010; Ranner et al., 2016). L'utilisation de cette approche peut également nécessiter plus de temps, puisque les clients peuvent avoir de la difficulté à cibler des objectifs réalistes (Ranner et al., 2016). En effet, l'établissement de ses propres objectifs nécessite une compréhension juste du processus de réadaptation ainsi que de ses habiletés et de ses difficultés (Leach et al., 2016). De plus, l'établissement des objectifs par l'individu peut mener à des potentiels désaccords avec le thérapeute (Alanko et al., 2020; Lloyd et al., 2014; Kessler et al., 2019; Ranner et al., 2016).

En ce sens, des ergothérapeutes nomment que l'établissement des objectifs par le client est parfois complexe (Ranner et al., 2016). Cela nécessite beaucoup de pratique, autant pour les thérapeutes que pour les clients qui doivent être accompagnés dans ce processus. Les formations et l'utilisation d'outils spécifiques peuvent grandement favoriser l'aisance des professionnels à utiliser cette approche. D'ailleurs, l'utilisation du MCRO (Guidetti et al., 2020 ; McEwen et al., 2015; McEwen et al., 2017; Nott et al., 2019; Poulin et al., 2014) apparaît une solution pertinente selon cette étude de portée. En effet, dans plusieurs études, l'établissement d'objectifs fonctionnels et signifiants était effectué avec cet outil (Guidetti et al., 2020 ; McEwen et al., 2015; McEwen et

al., 2017; Nott et al., 2019; Poulin et al., 2014). D'autres écrits scientifiques soutiennent aussi que cet outil s'avère efficace pour favoriser l'identification d'objectifs occupationnels significants (Leach et al., 2016; Hurdowar et al., 2007). De plus, afin d'intégrer une approche centrée sur la personne dans sa pratique, il est suggéré que le professionnel s'adapte et démontre de la flexibilité dans l'établissement des objectifs et du plan d'action lorsqu'il utilise cette approche (Lloyd et al.; 2014; Kessler et al., 2014). Par exemple, il est possible qu'une personne vivant avec des problèmes cognitifs ait besoin de plus d'encadrement (ex. : accompagnement des thérapeutes et de sa famille) et de temps pour choisir des objectifs réalistes et trouver des stratégies efficaces.

6.1.2 La réadaptation axée sur les occupations significantes

Les résultats de cette étude de portée soulignent aussi l'importance d'intégrer des occupations significantes au cœur du processus de réadaptation des individus vivant avec un AVC. En effet, il importe que les objectifs choisis par l'individu soient axés sur des occupations significantes (Damush et al., 2011; Lewthwaite et al., 2018 ; Guidetti et al., 2020; Mawson et al., 2016; McEwen et al., 2015; McEwen et al., 2017; Messina et al., 2020 ; Morris et al., 2016; Nott et al., 2019 ; Parker et Mawson, 2017 ; Poulin et al., 2014; Wolf et al., 2016). En effet, lorsque les activités de réadaptation sont associées à des occupations significantes, les individus rapportent ressentir des émotions positives (Beesley et al., 2011; Morris et al., 2016; Pohl et al., 2018). En ce sens, les occupations significantes pourraient être associées aux expériences actives de maîtrise ainsi qu'aux états physiologiques et émotionnels selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007). Ces résultats corroborent aussi d'autres écrits scientifiques. En effet, il a été démontré que lorsque les occupations sont significantes et choisies par l'individu, ce dernier s'implique davantage dans son processus de réadaptation, ce qui favorise l'atteinte des objectifs (Last et al., 2021 ; Lawrence et al., 2012 ; Ranner et al., 2016). De plus, l'utilisation d'occupations significantes rend la réadaptation plus agréable et est associée à des émotions positives (Last et al., 2021).

6.1.3 L'implication active dans l'élaboration de son plan d'action

Les résultats de cette étude démontrent l'importance d'impliquer activement les personnes ayant subi un AVC dans leur processus de réadaptation afin de soutenir le développement de leur sentiment d'efficacité personnelle et leur participation occupationnelle (Cameron et al., 2018; Damush et al., 2011; McEwen et al., 2015; McEwen et al.; 2017 ; Messina et al., 2020 ; Nott et

al., 2019; Pohl et al., 2018; Poulin et al., 2014 Wolf et al., 2016). En effet, plusieurs programmes inclus dans cette étude de portée étaient axés sur l'autogestion de la santé et des occupations, visant à développer la capacité des personnes à prendre en charge leur santé de même que la reprise de leurs occupations significatives (Cameron et al., 2018; Damush et al., 2011; Messina et al., 2020 ; Nott et al., 2019; Wolf et al., 2016). L'autogestion est d'ailleurs étroitement liée au sentiment d'efficacité personnelle, puisqu'elle comprend l'acquisition de connaissances, de compétences, d'attitudes et de comportements pour favoriser la gestion de sa condition à la suite de l'AVC (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2019). Ceci pourrait possiblement contribuer à des expériences actives de maîtrise qui, selon Bandura (2007), impliquent l'acquisition de stratégies cognitives et d'autorégulation par l'individu afin qu'il soit en mesure de s'adapter et de performer dans des environnements différents. En ce sens, la revue systématique de Lennon et ses collaborateurs (2013) sur l'efficacité des programmes d'autogestion suggère que l'éducation, l'établissement des objectifs et les stratégies de résolution de problèmes sont des éléments essentiels, ce qui corrobore les résultats de cette étude. Ils soulignent également l'importance de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle dans les différents programmes adressés aux survivants d'un AVC. Également, plusieurs programmes recensés dans cette étude de portée préconisaient l'accompagnement de la personne pour favoriser l'analyse de sa performance (Damush et al., 2011; Guidetti et al., 2020 ; Lewthwaite et al., 2018; McEwen et al., 2015; McEwen et al.; 2017; Pohl et al., 2018; Poulin et al., 2014) ainsi que l'identification de ses propres stratégies (Beesley et al., 2011 ; Cameron et al., 2018 ; Guidetti et al., 2020; Lewthwaite et al., 2018 ; Mawson et al., 2016 ; McEwen et al., 2015, McEwen et al., 2017, Messina et al., 2020 ; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019 ; Parker et Mawson, 2017 ; Poulin et al., 2014 ; Wolf., et al., 2016). Dans le même ordre d'idées, dans une étude menée par Reunanen et ses collaborateurs (2016), les résultats démontrent que l'acquisition de stratégies efficaces à appliquer à la maison et dans la communauté, avec la guidance des professionnels, améliorerait le sentiment d'efficacité personnelle des individus qui ont subi un AVC. Plus précisément, les participants planifiaient la réalisation d'occupations significatives à la maison et dans la communauté en collaboration avec les professionnels. Les professionnels les guidaient dans l'acquisition de stratégies efficaces et dans l'évaluation de leur propre performance.

Cependant, ces résultats vont à l'encontre de l'approche conventionnelle selon laquelle les professionnels doivent offrir à leurs clients des directives et des solutions afin de permettre de répondre rapidement aux objectifs cliniques, puisqu'une telle approche vise plutôt à guider les clients vers la découverte de ses propres solutions. En effet, selon Chui et ses collaborateurs (2018), les cliniciens adoptent, en utilisant une telle approche, un mode de raisonnement et d'interactions avec leurs clients qui correspondent à celui d'un guide plutôt qu'à un professionnel de la santé en position d'expert. De plus, Allen et ses collaborateurs (2019) traitent également de ce changement de paradigme dans leur étude. Ils soulignent que dans le cas d'une implantation d'une approche nouvelle et complexe, telle l'approche CO-OP, celle-ci requiert un changement au niveau de sa pratique clinique, allant d'une prise de décision dirigée par le clinicien à une prise de décision partagée avec le client. En effet, un changement de paradigme professionnel serait nécessaire à l'implantation de tels principes et de stratégies chez les cliniciens utilisant l'approche CO-OP (Chui et al., 2018; McEwen et al., 2019).

De plus, il importe que les méthodes d'accompagnement à la découverte des stratégies et à l'utilisation des principes d'autogestion soient adaptées aux forces, aux limites et aux ressources de la personne (Satink et al., 2015). Entre autres, les professionnels doivent considérer le niveau d'autocritique des individus face à leurs capacités à la suite de l'AVC, leurs habiletés de résolution de problèmes et le soutien offert par leur entourage. D'ailleurs, Satink et ses collaborateurs (2015) précisent que les individus vivant avec des difficultés cognitives peuvent également intégrer des principes d'autogestion dans leur quotidien. Cependant, ceux-ci requièrent généralement davantage de soutien de la part de leurs proches et des professionnels de la santé.

6.1.4 L'apport positif des pairs, des proches et des thérapeutes

L'apport positif des autres individus, soit des pairs, (Bessley et al., 2011 ; Damush et al., 2011 ; Cameron et al., 2018 ; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018), des proches (Parker et Mawson, 2017) ou des thérapeutes (Beesley et al., 2011 ; Cameron et al., 2018 ; Damush et al., 2021 ; Guidetti et al., 2020 ; Lewthwaite et al., 2018 ; McEwen et al., 2015 ; McEwen et al., 2017 ; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019 ; Poulin et al., 2014 ; Wolf et al., 2016) est une thématique qui regroupe plusieurs composantes clés relevées dans cette étude de portée. En effet,

l'apport des autres individus peut être associé, selon la théorie sociale cognitive de Bandura (2007), à l'expérience vicariante, à la persuasion verbale ainsi qu'aux états physiologiques et émotionnels.

Plus précisément, en ce qui a trait aux expériences vicariantes, soit l'apprentissage par l'observation d'un comportement d'autrui, les résultats de cette étude relèvent les bénéfices associés à la comparaison de sa condition pour soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle des individus qui ont subi un AVC (Beesley et al., 2011 ; Damush et al., 2011 ; Lewthwaite et al., 2018 ; McEwen et al., 2015 ; McEwen et al., 2017 ; Poulin et al., 2014). En effet, la majorité des participants ont nommé se comparer avec des individus ayant des séquelles similaires à eux qui parviennent à maîtriser des occupations et que cela les encourageait à persévérer (Beesley et al., 2011; Damush et al., 2011; Morris et al., 2016; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018). Certains nommaient également se sentir valorisés lorsqu'ils se comparaient à des individus avec des difficultés plus importantes qu'eux (Beesley et al., 2011 ; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018). Ces résultats concordent avec d'autres écrits scientifiques dans lesquels les participants nommaient également les bénéfices de se comparer avec autrui (Hirsche et al., 2011 ; Morris et Morris, 2012 ; Warner et al., 2015).

Ensuite, les résultats de cet essai suggèrent également que le modelage est bénéfique pour soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle (Damush et al., 2011 ; Cameron et al., 2018 ; Lewthwaite et al., 2018 ; McEwen et al., 2015 ; McEwen et al., 2017 ; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019 ; Polh et al., 2018, Poulin et al., 2014). En ce sens, dans une étude qualitative de Morris et Morris (2012), les participants ont nommé que les pairs pouvaient être des modèles positifs pour le rétablissement. Également, dans une étude qualitative menée par Hirsche et ses collaborateurs (2011), les participants soulignent les bénéfices que l'animateur soit un survivant d'un AVC, puisqu'il représente un modèle pour eux.

En ce qui a trait aux bénéfices associés à la persuasion verbale, soit aux encouragements (Beesley et al., 2011; Damush et al., 2011; McEwen et al., 2015 ; McEwen et al., 2017 ; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019 ; Polh et al., 2018 ; Poulin et al., 2014) et aux rétroactions positives (Cameron et al., 2018; Damush et al., 2011; Guidetti et al., 2020 ; Lewthwaite et al., 2018; McEwen et al., 2015 ; McEwen et al., 2017; Morris et al., 2016 ; Nott et al., 2019; Pohl et al., 2018; Poulin et al., 2014), d'autres écrits scientifiques les confirment (Meads et al., 2020 ; Warner

et al., 2015). À titre de rappel, la persuasion verbale se manifeste par les encouragements d'une personne signifiante qui favorisent la persévérance de l'individu alors que la rétroaction positive est le reflet d'une évaluation des progrès effectués à la suite de sa performance. Ainsi, en concordance avec les résultats, d'autres écrits ont démontré que le soutien des autres favoriserait la participation à ses occupations, tout en soutenant le développement du sentiment d'efficacité personnelle (Meads et al., 2020 ; Warner et al., 2015). À l'opposé, une rétroaction négative peut être très démotivante et déprimante pour les individus qui ont subi un AVC (Meads et al., 2020). Cependant, Meads et ses collaborateurs soulignent que les professionnels doivent donner des rétroactions équilibrées. En effet, selon les résultats de leur revue systématique, les personnes vivant avec un AVC estiment que les professionnels doivent comprendre les conséquences de ne pas donner d'espoir, mais également s'ils donnent de faux espoirs.

En ce qui a trait aux états physiologiques et émotionnels, les résultats de cet essai démontrent que des relations positives avec les autres sont associées à des émotions positives (Beesley et al., 2011; Cameron et al., 2018 ; Guidetti et al., 2020 ; Morris et al., 2016; Nott et al., 2019 ; Pohl et al., 2018). D'ailleurs, dans la revue systématique de Meads et ses collaborateurs (2020), le soutien des membres de la famille, des amis, des professionnels de la santé et des pairs était un élément essentiel dans le processus de réadaptation afin que les individus demeurent positifs.

6.1.5 L'apport des technologies

Finally, l'apport des technologies est une thématique qui regroupe plusieurs éléments clés relevés dans cette étude de portée. En effet, l'apport des technologies peut être associé à deux sources d'efficacité personnelle, soit à la persuasion verbale (Guidetti et al., 2020 ; Mawson et al., 2016; Nott et al., 2019; Parker et Mawson, 2017) ainsi qu'aux états physiologiques et émotionnels (Mawson et al., 2016; Parker et Mawson, 2017). Plus précisément, les résultats ont démontré que les technologies pouvaient offrir de la rétroaction immédiate aux individus lorsqu'ils réalisaient une occupation (Guidetti et al., 2020 ; Mawson et al., 2016; Nott et al., 2019; Parker et Mawson, 2017). De plus, en interprétant immédiatement cette rétroaction, les individus modifiaient leurs mouvements afin d'améliorer leurs performances. Ces résultats sont en cohérence avec d'autres écrits scientifiques qui stipulent que les technologies mesurent la performance en temps réel, ce

qui permet à l'individu de rechercher des solutions pour optimiser ses performances (Hamilton et al., 2021; Dobkin, 2016).

Toutefois, plusieurs éléments sont à considérer lorsqu'un professionnel recommande l'utilisation des technologies afin d'optimiser le processus de réadaptation. Entre autres, il importe que le professionnel évalue les habiletés et les intérêts de l'individu à utiliser la technologie recommandée (Hamilton et al., 2021; Kerr et al., 2018). En effet, l'utilisation des technologies peut être très complexe. Il est notamment suggéré que les individus reçoivent un guide d'utilisation et qu'ils puissent contacter une personne ressource en cas de difficultés (Hamilton et al., 2021; Kerr et al., 2018). De plus, le coût associé à la technologie est également un aspect à ne pas négliger (Hamilton et al., 2021; Kerr et al., 2018). En somme, il serait donc intéressant de poursuivre les recherches afin d'alimenter les réflexions sur les éléments qui pourraient soutenir l'utilisation de telles technologies par les ergothérapeutes et auprès des personnes vivant avec un AVC.

6.2 Forces et limites de cette étude

Cette étude de portée comporte plusieurs forces et limites qu'il importe de mentionner. En ce qui a trait aux forces de cette étude, il s'agit à notre connaissance de la première étude à cibler les composantes clés des différentes approches et interventions applicables en ergothérapie qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle afin de favoriser la participation occupationnelle des personnes qui ont subi un AVC. De plus, la méthodologie choisie, soit les cinq étapes proposées par Arksey et O'Malley (2005), est un processus qui ajoute de la rigueur aux résultats, puisque le processus est détaillé et reproductible. Il y a également eu une co-validation des articles sélectionnés avec la directrice de l'essai. Toutefois, en ce qui a trait aux limites, cette méthodologie n'évalue pas le niveau d'évidence des articles. Ainsi, des articles de niveaux d'évidence faibles ont également été inclus dans cette étude. Il importe alors d'interpréter les résultats avec prudence. Finalement, il importe de souligner que la description des approches et des interventions était variable dans les articles scientifiques. Par exemple, en ce qui a trait aux éléments liés aux états physiologiques et émotionnels, ces composantes étaient davantage détaillées dans les études qualitatives.

6.3 Retombées pour la pratique en ergothérapie

Cette étude de portée a permis d'examiner l'étendue des connaissances accessibles dans les écrits scientifiques sur les interventions et les approches applicables en ergothérapie qui soutiennent le développement du sentiment d'efficacité personnelle afin de favoriser la participation occupationnelle des personnes qui ont subi un AVC. Plus précisément, les résultats de cette étude permettent aux ergothérapeutes de cibler concrètement les composantes clés à privilégier dans leur pratique pour soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle de la clientèle qui a subi un AVC, en considérant les besoins spécifiques de chaque individu. En tant qu'expert en habilitation de l'occupation, il apparaît pertinent que les ergothérapeutes considèrent ces composantes clés dans leur pratique pour favoriser la participation occupationnelle à la suite de la réadaptation. Également, en considérant les composantes clés et les enjeux potentiels relevés pour leur mise en application, il importe que les ergothérapeutes agissent en tant qu'agent de changement afin de mettre en place des moyens pour favoriser l'intégration dans leur pratique de ces différentes composantes clés relevées dans cette étude. Plusieurs de ces composantes clés pourraient être directement compatibles avec des pratiques actuelles (ex. : réadaptation axée sur les occupations significatives, engagement des proches, développement de la relation thérapeutique, soutien par des pairs en collaboration avec des associations de personnes vivant avec un AVC), alors que d'autres pourraient nécessiter davantage de ressources et de formation pour leur mise en œuvre dans les milieux cliniques (ex. : rétroaction via les technologies) ou encore impliquer possiblement un changement de paradigme (ex. : mise en place d'une approche de décision partagée et d'accompagnement du client à identifier ses propres stratégies). En adoptant une approche centrée sur la personne, l'ergothérapeute sera en mesure de collaborer efficacement avec le client pour cibler les composantes clés à privilégier, qui sont compatibles avec ses préférences ainsi que ses ressources personnelles et environnementales, afin de soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle de ce dernier et ainsi favoriser sa participation occupationnelle pendant et après la réadaptation.

7. CONCLUSION

Cet essai critique a permis de cibler les composantes clés à privilégier par les ergothérapeutes pour soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle et favoriser la participation occupationnelle des personnes vivant avec un AVC. Plus précisément, cette étude de portée a permis de recenser quinze articles scientifiques sur des interventions et des approches applicables en ergothérapie qui ont démontré des améliorations du sentiment d'efficacité personnelle et de la participation occupationnelle à la suite d'un AVC. Une analyse rigoureuse de ces interventions et de ces approches a permis de relever les composantes clés en les catégorisant selon les quatre sources d'efficacité personnelle, tirées de la théorie sociale cognitive de Bandura (2007). La première source, soit l'expérience active de maîtrise, a permis de relever la pertinence d'une approche personnalisée et centrée sur la personne lors de l'établissement d'objectifs significatifs et de l'implication active de l'individu dans la recherche de solutions tout au long de son processus de réadaptation. La deuxième source, soit l'expérience vicariante, a permis d'identifier les bénéfices associés aux thématiques suivantes, soit le modelage avec le thérapeute et les pairs, l'automodelage de sa propre performance et la comparaison de sa condition avec autrui. La troisième source, soit la persuasion verbale, a relevé les bénéfices associés aux encouragements et à la rétroaction positive sur sa performance par des proches, des thérapeutes, des pairs et via les technologies. Finalement, la quatrième source, soit les états physiologiques et émotionnels, était associée aux relations positives, aux activités de réadaptation basées sur les occupations significatives et à la rétroaction sur ces états physiologiques et émotionnels.

Bien que les résultats relevés concordent avec d'autres écrits scientifiques, l'analyse critique de ceux-ci a permis d'identifier certains défis potentiels à l'intégration de différentes composantes clés dans les pratiques ergothérapeutiques actuelles. À cet égard, il pourrait être pertinent de s'intéresser à la perception des ergothérapeutes quant à l'intégration de ces différentes composantes clés dans leurs interventions, dans le continuum de services de réadaptation à la suite de l'AVC au Québec. Plus précisément, il serait intéressant de documenter concrètement les composantes clés qu'ils utilisent déjà et celles qu'ils souhaiteraient intégrer davantage, de même que les conditions facilitatrices à mettre en place afin d'y parvenir.

RÉFÉRENCES

- Allen, K. M., Dittmann, K. R., Hutter, J. A., Chuang, C., Donald, M. L., Enns, A. L., Hovanec, N., Hunt, A. W., Kellowan, R. S., Linkewich, E. A., Patel, A. S., Rehmtulla, A., & McEwen, S. E. (2020). Implementing a shared decision-making and cognitive strategy-based intervention: Knowledge user perspectives and recommendations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 575–581. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/jep.13329>
- Alanko, T., Karhula, M., Kröger, T., Piirainen, A., & Nikander, R. (2019). Rehabilitees perspective on goal setting in rehabilitation – a phenomenological approach. *Disability & Rehabilitation*, 41(19), 2280-2288. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1463398>
- Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Accidents vasculaires cérébraux au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/accident-vasculaire-cerebral-canada-fiche-technique.htm>
- Anderson, S., & Whitfield, K. (2013). Social identity and stroke: “they don’t make me feel like, there’s something wrong with me.” *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 820–830. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1471-6712.2012.01086.x>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Bandura, A., & Lecomte, J. (2007). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle* (2e éd, Ser. Ouvertures psychologiques). De Boeck.
- Beesley, K., White, J. H., Alston, M. K., Sweetapple, A. L., & Pollack, M. (2011). Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme. *Disability & Rehabilitation*, 33(23/24), 2346-2355. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.571333>
- Brunborg, B., & Ytrehus, S. (2014). Sense of well-being 10 years after stroke. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(7–8), 1055–1063. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/jocn.12324>

- Cameron, J. E., Voth, J., Jaglal, S. B., Guilcher, S. J. T., Hawker, G., & Salbach, N. M. (2018). 'In this together': Social identification predicts health outcomes (via self-efficacy) in a chronic disease self-management program. *Social Science & Medicine*, 208, 172-179. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.007>
- Ch'ng AM, French D, & McLean N. (2008). Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1136–1146.
- Chui, A., Mazzitti, D., Nalder, E., Cameron, D., Polatajko, H. J., & Dawson, D. R. (2020). Therapists' experience of the cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) approach: Shifting from conventional practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(2), 133–141. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/11038128.2018.1483424>
- Damush, T. M., Ofner, S., Yu, Z., Plue, L., Nicholas, G., & Williams, L. S. (2011). Implementation of a stroke self-management program: A randomized controlled pilot study of veterans with stroke. *Translational Behavioral Medicine*, 1(4), 561–572. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s13142-011-0070-y>
- Dobkin, B. H. (2016). Behavioral self-management strategies for practice and exercise should be included in neurologic rehabilitation trials and care. *Current Opinion in Neurology*, 29(6), 693-699. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000380>
- Dumont, C., Gervais, M., Fougeyrollas, P., & Bertrand, R. (2005). La perception d'efficacité personnelle comme facteur associé à la participation sociale des adultes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 222–233.
- Dromerick, A., Wolf, S., Cen, S., Scott, C., Lane, C., Reiss, A., Lewthwaite, R., Blanton, S., Winstein, C., Holley, R., Azen, S., & Nelsen, M. (2013). Interdisciplinary comprehensive arm rehabilitation evaluation (icare): a randomized controlled trial protocol. *Bmc Neurology*, 13(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-13-5>
- Egan, M. Y., Laliberté-Rudman, D., Rutkowski, N., Lanoix, M., Meyer, M., McEwen, S., Collver, M., Linkewich, E., Montgomery, P., Quant, S., Donnelly, B., & Fearn, J. (2020). The implications of the Canadian Stroke Best Practice Recommendations for design and allocation of rehabilitation after hospital discharge: a problematization. *Disability & Rehabilitation*, 42(23), 3403–3415. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/09638288.2019.1592244>
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2018). *Votre cheminement après l'AVC*. <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx?la=frca&hash=83132CB5FF510D193805E249EA0D39A410A60690>

- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2019). *Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC. Deuxième partie : Les transitions et la participation communautaire après un AVC*. <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/2019-csbpr6-transitions-module-final-fr-dec2019.ashx?rev=-1>
- French, M. A., Moore, M. F., Pohlig, R., & Reisman, D. (2016). Self-efficacy Mediates the Relationship between Balance/Walking Performance, Activity, and Participation after Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23(2), 77–83. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/10749357.2015.1110306>
- Frost, Y., Weingarden, H., Zeilig, G., Nota, A., & Rand, D. (2015). Self-Care Self-Efficacy Correlates with Independence in Basic Activities of Daily Living in Individuals with Chronic Stroke. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 24(7), 1649–1655. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.03.054>
- Gouvernement du Canada. (2017a). *Effets de l'accident vasculaire cérébral (AVC) sur la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/sante-coeur/accident-vasculaire-cerebral/effets-accident-vasculaire-cerebral.html>
- Gouvernement du Québec. (2017b). *CONTINUUM DE SERVICES POUR LES PERSONNES À RISQUE DE SUBIR OU AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-944-01W.pdf>
- Guidetti, S., Gustavsson, M., Tham, K., Andersson, M., Fors, U., & Ytterberg, C. (2020). F@ce: a team-based, person-centred intervention for rehabilitation after stroke supported by information and communication technology - a feasibility study. *BMC Neurology*, 20(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01968-x>
- Hamilton, C., Lovarini, M., van, den B. M., McCluskey, A., & Hassett, L. (2021). Usability of affordable feedback-based technologies to improve mobility and physical activity in rehabilitation: a mixed methods study. *Disability and Rehabilitation*, 1-10, 1–10. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1884904>
- Hirsche, R. C., Williams, B., Jones, A., & Manns, P. (2011). Chronic disease self-management for individuals with stroke, multiple sclerosis and Kspinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 33(13-14), 1136–1146.
- Hurdowar, A., Graham, I. D., Bayley, M., Harrison, M., Wood-Dauphinee, S., & Bhogal, S. (2007). Quality of stroke rehabilitation clinical practice guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(4), 657–664. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00708.x>

- Jaber, A. F., Sabata, D., & Radel, J. D. (2018). Self-perceived occupational performance of community-dwelling adults living with stroke. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(5), 378–385. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/0008417418821704>
- Jones, F., & Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 33(10), 797–810. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.3109/09638288.2010.511415>
- Last, N., Packham, T. L., Gewurtz, R. E., Letts, L. J., & Harris, J. E. (2021). Exploring patient perspectives of barriers and facilitators to participating in hospital-based stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 1-10, 1–10. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1881830>
- Lawrence, M., & Kinn, S. (2012). Defining and measuring patient-centred care: an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature: defining and measuring patient-centred care. *Health Expectations*, 15(3), 295–326. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00683.x>
- Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J., & Haines, T. (2010). Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation*, 32(2), 159–172. <https://doi.org/10.3109/09638280903036605>
- Levack, W. M. M., Dean, S. G., Siegert, R. J., & McPherson, K. M. (2006). Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: the need for a critical distinction. *Disability and Rehabilitation*, 28(12), 741–749. <https://doi.org/10.1080/09638280500265961>
- Lennon, S., McKenna, S., & Jones, F. (2013). Self-management programmes for people post stroke: A systematic review., *Clinical Rehabilitation* 27(10), 867-878. <https://doi.org/10.1177/0269215513481045>
- Le Réseau Provincial de Recherche en Adaptation-Réadaptation. (2013). *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC, Un continuum centré sur la personne*. http://old.repar.ca/admin/files/images/Rapport_CarolRichards.pdf
- Lewthwaite, R., Winstein, C. J., Lane, C. J., Blanton, S., Wagenheim, B. R., Nelsen, M. A., Dromerick, A. W., & Wolf, S. L. (2018). Accelerating Stroke Recovery: Body Structures and Functions, Activities, Participation, and Quality of Life Outcomes From a Large Rehabilitation Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 32(2), 150-165. <https://doi.org/10.1177/1545968318760726>
- Lloyd, A., Roberts, A. R., & Freeman, J. A. (2014). ‘finding a balance’ in involving patients in goal setting early after stroke: a physiotherapy perspective. *Physiotherapy Research International*, 19(3), 147–157. <https://doi.org/10.1002/pri.1575>

- Kerr, A., Smith, M., Reid, L., & Baillie, L. (2018). Adoption of stroke rehabilitation technologies by the user community: qualitative study. *Jmir Rehabilitation and Assistive Technologies*, 5(2), 15. <https://doi.org/10.2196/rehab.9219>
- Kessler, D., Walker, I., Sauvé-Schenk, K., & Egan, M. (2019). Goal setting dynamics that facilitate or impede a client-centered approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), 315–324. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/11038128.2018.1465119>
- Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Korpershoek, C., van der Bijl, J., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 67(9), 1876–1894. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x>
- Mawson, S., Nasr, N., Parker, J., Davies, R., Zheng, H., & Mountain, G. (2016). A Personalized Self-Management Rehabilitation System with an Intelligent Shoe for Stroke Survivors: A Realist Evaluation. *JMIR rehabilitation and assistive technologies*, 3(1), e1. <https://doi.org/10.2196/rehab.5079>
- McEwen, S., Polatajko, H., Baum, C., Rios, J., Cirone, D., Doherty, M., & Wolf, T. (2015). Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Improve Transfer to Untrained Activities in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(6), 526-536. <https://doi.org/10.1177/1545968314558602>
- McEwen, S., Cirone, D., & Lee, B. (2017, Summer2017). Incorporating a Cognitive Strategy Approach into an Outpatient Stroke Physiotherapy Programme: Case Report. *Physiotherapy Canada*, 69(3), 193-196. <https://doi.org/10.3138/ptc.2016-13>
- Meads, H., Hunt, J., Page, A., Withy, L., Plowman, R., & Calder, A. (2020). Stroke survivors' experiences of upper limb recovery: a systematic review of qualitative studies. *Physical Therapy Reviews*, 25(5/6), 316-330. <https://doi.org/10.1080/10833196.2020.1832710>
- Messina, R., Dallolio, L., Fugazzaro, S., Rucci, P., Iommi, M., Bardelli, R., Costi, S., Denti, M., Accogli, M. A., Cavalli, E., Pagliacci, D., Fantini, M. P., & Taricco, M. (2020). The look after yourself (lay) intervention to improve self-management in stroke survivors: Results from a quasi-experimental study. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.01.004>

- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., ... Cameron, J. I. (2020). Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. part two: transitions and community participation following stroke. *International Journal of Stroke*, *15*(7), 789–806. <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Morris, R., & Morris, P. (2012). Participants' experiences of hospital-based peer support groups for stroke patients and carers. *Disability and Rehabilitation*, *34*(4), 347–354.
- Morris, J., Toma, M., Kelly, C., Joice, S., Kroll, T., Mead, G., & Williams, B. (2016). Social context, art making processes and creative output: a qualitative study exploring how psychosocial benefits of art participation during stroke rehabilitation occur. *Disability & Rehabilitation*, *38*(7), 661–672. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1055383>
- Nott, M., Wiseman, L., Seymour, T., Pike, S., Cuming, T., & Wall, G. (2021). Stroke self-management and the role of self-efficacy. *Disability and rehabilitation*, *43*(10), 1410–1419. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1666431>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)*. <https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/3~v~avc.pdf>
- Parker, J., & Mawson, S. (2017). Providing Sources of Self-Efficacy Through Technology Enhanced Post-Stroke Rehabilitation in the Home. *Studies in Health Technology & Informatics*, *242*, 401–408. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-798-6-401>
- Picha, K. J., & Howell, D. M. (2018). A model to increase rehabilitation adherence to home exercise programmes in patients with varying levels of self-efficacy. *Musculoskeletal Care*, *16*(1), 233–237. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1002/msc.1194>
- Pohl, P., Carlsson, G., Käll, L. B., Nilsson, M., & Blomstrand, C. (2018). A qualitative exploration of post-acute stroke participants' experiences of a multimodal intervention incorporating horseback riding. *PLoS ONE*, *13*(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203933>
- Poulin, V., Korner-Bitensky, N., Bherer, L., Lussier, M., & Dawson, D. R. (2017). Comparison of two cognitive interventions for adults experiencing executive dysfunction post-stroke: A pilot study. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, *39*(1), 1–13. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1123303>
- Poulin Valérie, Carbonneau Hélène, Provencher Véronique, Rochette, A., Giroux, D., Verreault, C., & Turcotte, S. (2019). Participation in leisure activities to maintain cognitive health: perceived educational needs of older adults with stroke. *Society and Leisure*, *42*(1), 4–23. <https://doi.org/10.1080/07053436.2019.1582901>

- Pratiques optimales de l'AVC au Canada. (2019). *Définitions et considérations*. <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prise-en-charge-des-transitions-dans-les-soins-de-lavc/definition-and-considerations>
- Ranner, M., von Koch, L., Guidetti, S., & Tham, K. (2016). Client-centred adl intervention after stroke: occupational therapists' experiences. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(2), 81–90. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1115549>
- Reunanen, M. A. T., Järvikoski Aila, Talvitie, U., Pyöriä Outi, & Härkäpää Kristiina. (2016). Individualised home-based rehabilitation after stroke in eastern finland - the client's perspective. *Health & Social Care in the Community*, 24(1), 77–85. <https://doi.org/10.1111/hsc.12190>
- Rittman M, Boylstein C, Hinojosa R, Hinojosa MS, & Haun J. (2007). Transition experiences of stroke survivors following discharge home. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 14(2), 21–31. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1310/tsr1402-21>
- Saetan, P., Chaiviboontham, S., Pokpalagon, P., & Chansriwong, P. (2020). The Effects of the Respiratory Rehabilitation Program on Perceived Self-Efficacy and Dyspnea in Patients with Lung Cancer. *Asian Nursing Research*, 14(5), 277–285. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.anr.2020.08.010>
- Satink, T., Cup, E. H. C., de Swart, B. J. M., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2015). How is self-management perceived by community living people after a stroke? A focus group study. *Disability & Rehabilitation*, 37(3), 223–230. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.3109/09638288.2014.918187>
- Schmid, A. A., Van Puymbroeck, M., Altenburger, P. A., Dierks, T. A., Miller, K. K., Damush, T. M., & Williams, L. S. (2012). Balance and Balance Self-Efficacy Are Associated With Activity and Participation After Stroke: A Cross-Sectional Study in People With Chronic Stroke. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93(6), 1101–1107. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.apmr.2012.01.020>
- Tielemans, N. S., Schepers, V. P., Visser-Meily, J. M., Post, M. W., & van Heugten, C. M. (2015). Associations of Proactive Coping and Self-Efficacy With Psychosocial Outcomes in Individuals After Stroke. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(8), 1484–1491. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.apmr.2015.04.009>
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (N. Cantin, Trad. 2e éd.). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Walder, K., & Molineux, M. (2017). Re-establishing an occupational identity after stroke – a theoretical model based on survivor experience. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(10), 620–630. <https://doi.org/10.1177/0308022617722711>

- Warner, G., Packer, T., Villeneuve, M., Audulv, A., & Versnel, J. (2015). A systematic review of the effectiveness of stroke self-management programs for improving function and participation outcomes: Self-management programs for stroke survivors. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 37(23), 2141-2163.
- Wolf, T. J., Baum, C. M., Lee, D., & Hammel, J. (2016). The Development of the Improving Participation after Stroke Self-Management Program (IPASS): An Exploratory Randomized Clinical Study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23(4), 284-292. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1155278>
- Ytterberg, C., Dybäck, M., Bergström, A., Guidetti, S., & Eriksson, G. (2017). Perceived Impact of Stroke Six Years After Onset, and Changes in Impact between One and Six Years. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 49(8), 637–643. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.2340/16501977-225>

ANNEXE A

RÉSUMÉS DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS

Tableau 3. Description des articles sélectionnés

Auteurs	Pays	Devis	Type d'intervention	Caractéristiques des intervenants
Beesley et al., 2011	Australie	Théorisation enracinée	Les participants effectuaient des projets d'arts individuels et s'ils le souhaitaient, ils pouvaient participer à une œuvre d'art de groupe illustrant leur parcours depuis leur AVC.	Un diplômé en arts, un membre de l'équipe multidisciplinaire de soutien communautaire sur l'AVC et un assistant.
Cameron et al., 2018	Canada	Essai clinique randomisé	Programme de groupe axé sur l'identification sociale où les participants doivent partager des intérêts communs, dans lequel les thèmes du CDSMP* sont abordés.	Une personne vivant avec une maladie chronique, un professionnel de la santé ou d'une autre profession comme enseignant.
Damush et al., 2011	États-Unis	Essai clinique randomisé	Lors d'appels téléphoniques, les participants choisissaient au minimum un objectif fonctionnel à travailler à chaque séance. Différents thèmes étaient abordés en lien avec l'AVC.	Infirmière, assistante médicale et un spécialiste des sciences sociales de niveau de 2e cycle.

Guidetti et al., 2020	Suède	Devis quasi-expérimental avant-après avec groupe unique	Les participants recevaient quotidiennement des alertes par rapport à leurs objectifs fonctionnels et les stratégies qu'ils avaient préalablement choisies avec un professionnel. Ils devaient également auto-évaluer quotidiennement leur performance à réaliser leurs objectifs.	Physiothérapeutes et ergothérapeutes ainsi que d'autres professionnels (orthophonistes, travailleuses sociales, nutritionnistes) au besoin.
Lewthwaite et al., 2018	États-Unis	Essai clinique randomisé	Pratique d'occupations. L'individu est activement impliqué en évaluant sa performance et en cherchant des solutions pour s'améliorer (Dromerick et al., 2013).	Un physiothérapeute ou un ergothérapeute
Mawson et al., 2016	Royaume-Uni	Évaluation réaliste	Semelle intelligente qui fournit une rétroaction des facteurs biomécaniques lors des déplacements. Ces rétroactions permettent aux individus de s'auto-ajuster et de réaliser leurs objectifs fonctionnels préalablement identifiés avec un professionnel.	Un physiothérapeute
McEwen et al., 2015	Canada	Essai contrôlé simple randomisé	Approche CO-OP: pratique d'occupations en impliquant directement l'individu dans la recherche de solutions. Utilisation d'une stratégie cognitive globale (But-Plan-Fait-Vérifie)	Deux ergothérapeutes
McEwen et al., 2017	Canada	Étude de cas	Approche CO-OP: pratique d'occupations en impliquant directement l'individu dans la recherche de solutions. Utilisation d'une stratégie cognitive globale (But-Plan-Fait-Vérifie). Particularités : application de l'approche par le physiothérapeute et l'ergothérapeute. Ajout de	Un physiothérapeute, un ergothérapeute, un assistant en physiothérapie et en ergothérapie.

			séances pour collaborer avec l'individu afin que les objectifs et les interventions avec les deux professionnels soient complémentaires.	
Messina et al., 2020	Italie	Étude quasi-experimental avant-après groupe témoin non équivalent	Programme de groupe adapté à la clientèle vivant avec un AVC qui aborde les thématiques du CDSMP.	Professionnels de la santé (physiatres, physiothérapeutes, infirmières).
Morris et al., 2016	Royaume-Uni	Étude qualitative exploratoire	Les participants ont pris part à différents projets artistiques selon leurs intérêts et leurs objectifs. Ils pouvaient expérimenter plusieurs médiums artistiques.	Un artiste professionnel
Nott et al., 2019	Australie	Devis mixte	Durant les six premières semaines, les participants recevaient du coaching en ergothérapie en individuel. Durant les six dernières semaines, les participants étaient encouragés à participer de manière autonome à un programme d'autogestion en ligne via un site internet.	Un ergothérapeute
Parker et Mawson, 2017	Royaume-Uni	Étude qualitative descriptive	Semelle intelligente qui fournit une rétroaction des facteurs biomécaniques lors des déplacements. Ces rétroactions permettent aux individus de s'auto-ajuster et de réaliser leurs objectifs fonctionnels préalablement identifiés avec un professionnel.	Un physiothérapeute ou un ergothérapeute

Pohl et al., 2018	Suède	Étude qualitative exploratoire	Les individus effectuaient des exercices adaptés à leurs capacités physiques et cognitives pendant les cours d'équitation (Bunketorp Käll et al., 2012).	Un ergothérapeute et un physiothérapeute avec des formations auprès de la clientèle vivant avec un AVC et en équitation.
Poulin et al., 2014	Canada	Essai clinique pilote partiellement randomisé	Approche CO-OP: pratique d'occupations en impliquant directement l'individu dans la recherche de solutions. Utilisation d'une stratégie cognitive globale (But-Plan-Fait-Vérifie). Particularités de l'étude : les participants présentaient des difficultés au plan des fonctions exécutives (selon le critère d'inclusion)	La chercheuse ergothérapeute avait une expertise auprès des personnes qui ont subi un AVC
Wolf et al., 2016	États- Unis	Essai clinique randomisé exploratoire	Les cinq premières séances abordent les thèmes du CDSMP adaptés aux individus qui ont subi un AVC. Les six dernières séances abordent la réalisation d'occupations significantes à la maison, au travail et dans la communauté.	Un ergothérapeute et/ou un pair (survivant d'un AVC, si possible).

CDSMP* : Chronic Disease Self-Management Program

ANNEXE B

PRÉSENTATION DES COMPOSANTES CLÉS

Tableau 4. Les composantes clés liées à l'expérience active de maîtrise dans l'établissement des objectifs

	Approche personnalisée ou centrée sur la personne	Collaboration pour établir des objectifs réalistes et signifiants	Collaboration pour établir des objectifs fonctionnels	Utilisation du MCRO	Ajustement des objectifs
Beesley et al., 2011	x				
Bunketorp Käll et al., 2012; Pohl et al., 2018;	x				
Cameron et al., 2018	x				
Damush et al., 2011	x	x	x		x
Dromerick et al., 2013; Lewthwaite et al., 2018		x	x		x
Guidetti et al., 2020	x	x	x	x	x
Mawson et al., 2016	x	x	x		
McEwen et al., 2015	x	x	x	x	
McEwen et al., 2017	x	x	x	x	
Messina et al., 2020	x	x	x		x
Morris et al., 2016	x	x			x
Nott et al., 2019	x	x	x	x	
Parker & Mawson, 2017	x	x	x		
Poulin et al., 2014	x	x	x	x	
Wolf et al., 2016	x	x	x		

Tableau 5. Les composantes clés liées à l'expérience active de maîtrise dans la mise en place d'un plan d'action

	Collaboration pour la mise en place d'un plan d'action	Adapter les objectifs et les solutions selon les préférences et les capacités	Pratique répétée des objectifs	Analyse de la performance par l'individu	Recherche des stratégies par l'individu	Éducation : saines habitudes de vie, gestion des symptômes de l'AVC, habiletés de communication et ressources dans la communauté
Beesley et al., 2011		x			x	
Bunketorp Käll et al., 2012; Pohl et al., 2018;	x			x	x	
Cameron et al., 2018	x				x	x
Damush et al., 2011	x		x	x		x
Dromerick et al., 2013; Lewthwaite et al., 2018;	x	x	x	x		
Guidetti et al., 2020				x	x	
Mawson et al., 2016		x	x	x	x	
McEwen et al., 2015	x	x	x	x	x	
McEwen et al., 2017	x	x	x	x	x	
Messina et al., 2020	x				x	x
Morris et al., 2016	x	x			x	
Nott et al., 2019	x	x			x	x
Parker & Mawson, 2017		X	x		x	
Poulin et al., 2014	x		x	x	x	
Wolf et al., 2016					x	x

Tableau 6. *Les composantes clés liées à l'expérience vicariante*

	Modelage avec l'animateur qui est un pair	Modelage avec le thérapeute	Modelage entre pairs	Modelage via des vidéos, des images et des instructions claires	Automodelage cognitif	Comparaison avec des conditions similaires	Comparaison avec des conditions plus sévères
Beesley et al., 2011						x	x
Bunketorp Käll et al., 2012; Pohl et al., 2018;			x			x	x
Cameron et al., 2018	x	x	x				
Damush et al., 2011		x	x	x		x	
Dromerick et al., 2013; Lewthwaite et al., 2018;		x					
Guidetti et al., 2020	x				x		
Mawson et al., 2016							
McEwen et al., 2015		x					
McEwen et al., 2017		x					
Messina et al., 2020				x			
Morris et al., 2016			x			x	
Nott et al., 2019			x	x		x	x
Parker & Mawson, 2017							
Poulin et al., 2014		x					
Wolf et al., 2016	x						

Tableau 7. *Les composantes clés liées à la persuasion verbale*

	Les encouragements			Rétroaction positive			
	Thérapeutes	Pairs	Technologies	Thérapeutes	Pairs	Proches	Technologies
Beesley et al., 2011	x	x					
Bunketorp Käll et al., 2012; Pohl et al., 2018;		x		x	x		
Cameron et al., 2018				x			
Damush et al., 2011	x			x			
Dromerick et al., 2013; Lewthwaite et al., 2018;				x			
Guidetti et al., 2020				x			x
Mawson et al., 2016			x	x			x
McEwen et al., 2015	x			x			
McEwen et al., 2017	x						
Messina et al., 2020							
Morris et al., 2016		x		x	x		
Nott et al., 2019	x			x			x
Parker & Mawson, 2017			x	x		x	x
Poulin et al., 2014	x			x			
Wolf et al., 2016							

Tableau 8. Les composantes clés liées aux états physiologiques et émotionnels

	Les relations positives		Les activités de réadaptation basées sur les occupations		Interprétation des états physiologiques	
	Dynamique de groupe positive	Relation thérapeutique positive	Appréciation des activités de réadaptation non conventionnelles	Activités de relaxation	Via les technologies	Perception des changements dans la vie quotidienne
Beesley et al., 2011	x	x	x			
Bunketorp Käll et al., 2012; Pohl et al., 2018;	x	x	x	x		x
Cameron et al., 2018	x			x		
Damush et al., 2011				x		
Dromerick et al., 2013; Lewthwaite et al., 2018;						
Guidetti et al., 2020		x				
Mawson et al., 2016					x	
McEwen et al., 2015						
McEwen et al., 2017						
Messina et al., 2020				x		
Morris et al., 2016	x	x	x			
Nott et al., 2019		x				
Parker & Mawson, 2017					x	
Poulin et al., 2014						x
Wolf et al., 2016				x		