



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire d'initiation à la recherche

L'anosognosie dans la pathologie de l'accident vasculaire cérébral :

Quel accompagnement en ergothérapie ?

ONNO Maëlys

E17/12

Sous la direction de PENNET Émeline

Année universitaire 2019-2020

« La conscience générale de soi est l'affirmative
connaissance de soi-même dans l'autre moi »

Hegel

Glossaire

- AGGIR = Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources
- AHP = Anosognosie de l'hémiplégie
- ARS = Agence Régionale de Santé
- AVC = Accident Vasculaire Cérébral
- AVQ = Activité de la Vie Quotidienne
- ANFE = Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- AOTA = American Occupational Therapy Association
- CIF = Classification Internationale du Fonctionnement
- CNRTL = Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
- EHPAD = Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- FMA = Fugl Meyer Assesment
- HAS = Haute Autorité de Santé
- HAL = Hyper Articles en Ligne archive ouverte
- HLH = Hémianopsie Latérale Homonyme
- IADL = Instrumental Activities of Daily Living
- INSERM = Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- MCRO-P = Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation
- MIF = Mesure d'Indépendance Fonctionnelle
- MOH = Modèle de l'Occupation Humaine
- NSU = Négligence Spatiale Unilatérale
- PPH = Processus de Production du Handicap
- SADI = Self-Awarness of Deficits Interview
- SMART = Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable et Temporellement défini
- SSR = Soins de suite et de réadaptation
- SULCS = Stroke Upper Limb Capacity Scale
- TEM = Test des Errances Multiples
- USINV = Unité de Soins Intensif Neuro Vasculaire

Normes bibliographiques

APA version 7

Remerciements

Je souhaite dans cette page, remercier plusieurs personnes pour leurs contributions dans mes études et dans ce travail.

Dans un premier temps, je tiens à remercier ma maîtresse de mémoire, Émeline Pennet, qui m'a apporté de nombreux conseils et qui m'a guidé dans cette initiation à la recherche.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen pour la disponibilité et les divers conseils qu'ils m'ont apporté tout au long de ces trois années et surtout pour réaliser ce mémoire.

Merci également à tous les ergothérapeutes qui sont intervenus au cours de cette recherche, que ce soit lors du questionnaire exploratoire ou lors des entretiens, en ayant pris du temps pour répondre à mes questions.

Je souhaiterais également remercier mes amis, et je pense notamment à Enzo, Manon et Chloé, qui m'ont apporté du soutien et du réconfort pendant toute cette période.

Enfin, je souhaiterais remercier toute ma famille, mes parents, mes sœurs et mon compagnon qui m'ont soutenu tout au long de mes études et notamment en ces derniers temps.

Je terminerai par remercier tout particulièrement ma mère, qui par son soutien incommensurable m'a permis de réaliser tant de chose dans ma vie, et qui m'a apporté une aide immense dans ce travail notamment par ses nombreuses relectures.

Un grand merci à tous.



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ..*ONNO... Maelys*.....

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à ...*ROUEN*.....

Le ..*19.05.2020*... signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

SOMMAIRE

Introduction	1
I. Cadre conceptuel	3
1. L'anosognosie et l'accident vasculaire cérébral.....	3
1.1 Anosognosie : histoire et définition	3
1.2 AVC : Accident Vasculaire Cérébral.....	6
1.2.1 Définition.....	6
1.2.2 Les symptômes d'un AVC	7
1.2.3 Les possibles séquelles d'un AVC	8
1.2.4 Les pronostics de récupération	9
1.3 Lien entre anosognosie et AVC	10
1.4 Évaluation de l'anosognosie et diagnostics différentiels	11
1.4.1 Les hétéro-questionnaires	11
1.4.2 Les auto-questionnaires	12
1.4.3 Exemples d'autres évaluations	13
1.4.4 Diagnostics différentiels	13
1.5 Quels impacts au quotidien de l'anosognosie des troubles cognitifs dans la pathologie de l'AVC ?	14
1.5.1 La cognition dans les actes de la vie quotidienne.....	14
1.5.2 Impact des troubles cognitifs dans les activités de la vie quotidienne	16
1.5.3 Impact de l'anosognosie vis-à-vis des troubles cognitifs dans les activités de la vie quotidienne	17
2. Ergothérapie et réduction de l'anosognosie	18
2.1 Ergothérapie : définition et étymologie	18
2.2 Faut-il passer de l'anosognosie à la nosognosie ?.....	19
2.3 Accompagnement en ergothérapie.....	20
2.3.1 Évaluation formative : entretien et bilans.....	21

2.3.2	Planification du traitement.....	22
2.3.3	Mise en place du plan d'intervention.....	23
2.3.4	Réévaluation, réajustement de la prise en soin	24
2.3.5	Évaluation sommative	24
2.3.6	Prise en soins pluridisciplinaire	25
2.3.7	La famille dans la prise en soin	25
3.	De la réduction de l'anosognosie à l'émergence de la participation sociale du patient	26
3.1	Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation.....	26
3.1.1	Qu'est-ce que le modèle conceptuel MCRO-P.....	26
3.1.2	Pourquoi utiliser le MCRO-P ?	27
3.2	La participation sociale du patient : du centre de rééducation à son domicile.....	28
3.2.1	La notion de participation sociale.....	28
3.2.2	De la réduction de l'anosognosie à la participation sociale.....	30
II.	Problématisation	31
III.	Méthodologie.....	33
1.	Dispositif méthodologique	33
1.1	Choix de la méthode	33
1.2	Choix de l'approche.....	33
2.	Objectif de l'enquête	34
3.	La population enquêtée	34
4.	Techniques et outils.....	36
4.1	Choix de la technique.....	36
4.2	Choix de l'outil	36
5.	Posture éthique du chercheur	37
6.	Déconstruction des prénotions	37
7.	Les limites du terrain de recherche.....	38
8.	Méthode d'analyse	38

IV.	Présentation et analyse des résultats	39
1.	Recueil de données.....	39
2.	Présentation et analyse	39
2.1	Présentation des enquêtés.....	39
2.2	L 'Anosognosie vue par l'ergothérapeute.....	39
2.2.1	Définition et fréquence de l'anosognosie	39
2.2.2	L'anosognosie : un frein dans l'accompagnement ?.....	41
2.3	Les Objectifs de rééducation en ergothérapie	42
2.4	L'Implication du patient dans l'élaboration des objectifs.....	44
2.5	Les activités signifiantes : un levier favorisant la participation du patient à l'élaboration des objectifs de rééducation ?.....	45
2.6	Les mises en situations : un levier favorisant la participation du patient à l'élaboration des objectifs de rééducation ?.....	47
2.6.1	Des mises en situations pour des mises en échecs ?.....	47
2.6.2	Des mises en situations : autour d'activités signifiantes ou élémentaires ? ...	48
V.	Discussion.....	50
1.	Retour sur les hypothèses	50
2.	L'intérêt de la participation des patients à l'élaboration des objectifs de rééducation .	52
3.	Les limites de l'accompagnement d'un patient anosognosique post AVC	53
4.	Comparaison de l'accompagnement des patients anosognosiques dans une unité soins aigus post AVC à un accompagnement en SSR	53
5.	Les limites de cette recherche	54
6.	Les Perspectives pour la pratique.....	54
VI.	Conclusion	56
VII.	Bibliographie	57
VIII.	Annexes	I

Introduction

Un accident vasculaire cérébral est un bouleversement dans une vie. Outre des troubles moteurs, cognitifs et sensoriels engendrés par les lésions cérébrales, il peut apparaître d'autres séquelles comme : le syndrome d'Anton-Babinski ou autrement dit l'anosognosie. Ce syndrome se traduit par une non conscience du patient, de sa maladie ou de ses difficultés dans sa vie quotidienne. Par ce fait, l'entourage familial et professionnel ne sera pas toujours en adéquation avec le patient, ne comprenant pas toujours les réactions de ce dernier.

Un stage m'a permis de découvrir un exemple de patient souffrant d'anosognosie à un niveau relativement sévère. En effet, ses troubles moteurs étaient conscients, il nous affirmait être différent. En revanche, il ne comprenait pas l'utilité de tous les exercices en corrélation avec ses troubles cognitifs. Un TEM, Test des Errances Multiples a révélé ses réelles difficultés de planification, d'organisation et de mémoire.

J'ai eu l'envie d'approfondir les modalités de prises en soin des patients présentant ce syndrome, en soulevant la question de l'accompagnement en ergothérapie et la participation des patients anosognosiques après un AVC à leur rééducation. Il est cependant nécessaire de rappeler que c'est un accompagnement pluridisciplinaire en collaboration avec les kinésithérapeutes, les psychologues, les infirmiers, les médecins... et que eux aussi peuvent se retrouver en difficulté dans leur accompagnement.

Habituellement, un patient en centre de rééducation, connaît la raison de sa présence dans la structure et est en capacité de déterminer ses objectifs rééducatifs en rapport avec ses déficiences. Dans le cas d'une anosognosie, la prise en soin est d'autant plus complexe que le patient ne percevant pas son déficit, ne voit pas les enjeux associés, et sa motivation peut être restreinte.

Ainsi comment l'ergothérapeute peut-il amener un patient souffrant d'anosognosie suite à un AVC, à prendre conscience de ses difficultés et ainsi lui permettre de comprendre les enjeux de la rééducation ?

Mon mémoire porte sur l'adhésion par le patient anosognosique vis-à-vis de ses troubles cognitifs, suite à un AVC, ainsi qu'au parcours de soin proposé par l'ergothérapeute.

Nous tenterons d'étudier comment l'ergothérapeute, par des moyens qui lui sont propres, peut arriver à faire participer le patient à l'élaboration de ses objectifs thérapeutiques, dans le but d'optimiser sa rééducation et d'améliorer sa récupération fonctionnelle.

Dans une première partie, nous vous proposons d'établir un cadre conceptuel basé sur des recherches dans la littérature.

Il sera composé de trois chapitres :

1. L'anosognosie dans la pathologie de l'AVC.
2. L'accompagnement de l'ergothérapeute et notamment l'intérêt de réduire l'anosognosie.
3. L'utilisation de modèle conceptuel pour favoriser la participation du patient dans la rééducation et la gestion de ses activités de la vie quotidienne.

Cette première partie nous conduira à la problématique de recherche ainsi qu'aux trois hypothèses posées pour y répondre. Ensuite, nous détaillerons la méthodologie employée pour construire ce mémoire et répondre à notre questionnement. Nous présenterons et analyserons les entretiens réalisés avec des ergothérapeutes en fonction des hypothèses posées afin de les valider ou invalider et de conclure. Enfin, nous évoquerons également les différentes limites de cette recherche et les points essentiels lors de la discussion finale.

I. Cadre conceptuel

Dans cette partie nous allons vous présenter différentes notions retrouvées dans la littérature en lien avec l'ergothérapie et l'anosognosie.

1. L'anosognosie et l'accident vasculaire cérébral

Nous allons aborder et définir les grandes notions que sont l'anosognosie et l'Accident Vasculaire Cérébral. Nous établirons le lien entre ce trouble et cette pathologie. Comment nous pouvons évaluer l'anosognosie et la différencier d'autres troubles liés à la conscience ? Nous parlerons de l'impact que celle-ci peut avoir au quotidien, dans le cadre d'un AVC. Enfin nous expliquerons l'accompagnement de l'ergothérapeute dans la gestion de la vie quotidienne du patient anosognosique.

1.1 Anosognosie : histoire et définition

Le terme « anosognosie » a été utilisé pour la première fois en 1914 par un neurologue français, Monsieur Babinski. L'anosognosie vient du grec « nosos » qui signifie maladie et « gnosis » qui signifie connaissance, associé au préfixe « a » stipulant le privatif. L'anosognosie signifie donc la « non conscience de ses troubles et/ou de sa maladie ».

Avant le neurologue Babinski, d'autres auteurs ont décrit ce phénomène de « non conscience » de ses déficits. Le plus ancien des écrits est celui du philosophe romain Seneca, homme politique dans les débuts du premier siècle, dans une lettre, il décrit le cas d'une femme, qui avait une cécité aiguë acquise et d'une anosognosie sans trouble cognitif connu. Il constitue probablement la première description de ce symptôme. Le neurologue Anton a aussi écrit sur l'anosognosie dans la cécité. Pick fut également l'un des premiers auteurs en 1898 à décrire le syndrome d'anosognosie d'une hémiplégié (AHP).

Antérieurement à la dénomination du terme anosognosie, d'autres termes ont été utilisés pour décrire ces phénomènes : « Imperception » par H. Jackson en 1876, ou en 1913 Zingerle parlait de « dyschirie » signifiant « la représentation faussée d'un côté ». Finalement, seul le terme anosognosie restera, il s'associera au syndrome d'Anton-Babinski pour parler uniquement d'un déficit de reconnaissance du patient en lien avec une cécité acquise ou une hémiplégié. Quelques années plus tard, ce terme a été élargi à d'autres pathologies et pour d'autres déficits. Aujourd'hui, nous parlons d'anosognosie concernant les troubles des mouvements involontaires, la paraplégie, la négligence, l'aphasie ou bien les troubles cognitifs.

Quand nous parlons d'anosognosie, nous évoquons un déficit de conscience, il nous semble alors important d'aborder cette notion dans le cadre de ce mémoire. La conscience est une fonction cérébrale qui demeure énigmatique aussi bien d'un point de vue philosophique que scientifique. Cette fonction est d'une complexité telle, qu'elle demeure encore à nos jours, sources d'études et d'analyses. Ainsi comment comprendre un processus tel que l'anosognosie lorsque la conscience en elle-même reste une notion mystérieuse ?

Pour comprendre ce trouble, Babinski propose une interprétation à défaut de pouvoir l'expliquer, il pense donc à un trouble psychiatrique ou un trouble mental (*comme nous pouvons l'entendre pour une situation de déni*), mais il remarque que cette intensité de dénégation a tendance à diminuer avec le temps et que, certains patients admettent plus ou moins leur déficit. En revanche, Babinski s'oppose au terme « d'hystérie » évoqué par Charcot, en défendant le fait que l'indifférence de certains patients hémiplésiques gauches est liée à une lésion neurologique du système nerveux central comme le précise le docteur Vocat dans son livre « L'anosognosie de l'hémiplégie ». Il faut noter que le système nerveux central est constitué du cerveau, du tronc cérébral, du cervelet et de la moelle épinière. Il a pour rôle « *de recevoir, enregistrer, interpréter les signaux qui parviennent de la périphérie, et d'organiser la réponse à envoyer* » (Campus de Neurologie).

Dès lors qu'il y a une atteinte du système nerveux central, il y a un risque de présence d'un trouble anosognosique. Il peut provenir d'un traumatisme crânien, d'une maladie neurodégénérative comme la maladie d'Huntington ou la maladie d'Alzheimer, d'un AVC ou encore d'une tumeur cérébrale. Ces exemples ne sont évidemment pas exhaustifs.

Christian Derouesné évoque dans son article « La méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences dans les affections cérébrales : un phénomène complexe et multidimensionnel » certains auteurs qui définissent ce trouble par « *le défaut de réactualisation de l'homme sur sa personne, étant dans l'impossibilité de se voir à travers le regard d'un autre* ». (Derouesné, décembre 2009, page 246).

Du fait de sa complexité et de sa variabilité, ce trouble est difficilement explicable. Nous parlons de variabilité puisque l'anosognosie n'est jamais identique entre deux patients. En effet, elle peut-être partielle ou totale, elle est définie ainsi dans le livre « Phénoménologie des démences : Du savoir à l'anosognosie » (D. Tammama, P. Bensab et J. Vion-Duryc, 2013, page 54).

L'anosognosie est un trouble pouvant comprendre diverses formes. D'une part, en s'appuyant sur la définition par Kotler et Camp en 1995, citée dans l'article de Stirati-Buron et

al. en 2008, l'anosognosie est une « *altération de la capacité à reconnaître la présence ou à apprécier la sévérité des déficits dans le fonctionnement sensoriel, moteur, affectif ou cognitif* ». D'autre part, l'anosognosie comprend sous sa dénomination, des troubles connus tel que le syndrome d'un membre fantôme¹ ou une surestimation des capacités du côté sain. (B. Kullmann, S. Hesse, K. Polet, S. Louchart de la Chapelle, et A. Pesce s'appuient sur les propos de Critchley dans l'article « *Anosognosie et action* » paru en 2016). Dans une prochaine partie, nous développerons d'autres troubles n'étant pas associés à l'anosognosie mais pouvant être confondus avec elle.

Cette définition de l'anosognosie a cependant évolué. Le docteur Roland Vocat dans son livre « *L'anosognosie de l'hémiplégie* » paru en 2010 évoque le fait que l'anosognosie peut « *se dissiper* » en quelques heures comme en quelques semaines ou encore qu'elle peut se chroniciser. Nathalie Ehrlé dans l'article « *Anosognosie : concepts et prise en charge* » édité en mars 2016, page 54, reprend Gasquoin, qui explique que, lors d'un AVC : une atténuation progressive des symptômes dus à l'anosognosie peut apparaître avec le temps. En moyenne cela se fera entre trois et six mois (*en comparaison au traumatisme crânien où, il faut en moyenne plus d'un an pour que l'anosognosie se dissipe*).

Malgré le fait que l'anosognosie puisse dans certains cas régresser de manière spontanée, il semble intéressant que les professionnels de santé essaient de diminuer le temps de rémission, afin de soulager la prise en soin de ces patients, d'éviter que cela complique la rééducation mais aussi de limiter les impacts que l'anosognosie peut avoir sur leur quotidien (*cette partie sera détaillée dans un prochain chapitre*). Nous pouvons lire également de l'ergothérapeute Dumas, que la prise de conscience par le patient doit se faire suffisamment tôt dans la rééducation pour que celle-ci soit des plus efficaces. (« *Expériences en ergothérapie* » - quatorzième série, Marie-Hélène Izard ; Moulin M ; Richard Nespoulous, 2001, pages 219 à 223).

Cependant, cents ans après la désignation de Babinski sur ce trouble, et les différentes études réalisées, le mécanisme reste inconnu.

Nous pouvons donc nous interroger sur la manière d'avoir un impact significatif dans la rééducation de ce profil d'individu, et comment réduire l'anosognosie sans connaître les points clés d'un tel trouble ?

¹ Le syndrome d'un membre fantôme est défini par le même auteur par la « présence d'un ou de plusieurs membres surnuméraires parfois déformés ».

Nous tenterons par cette recherche de mieux comprendre l'anosognosie dans la pathologie de l'AVC, et par conséquence de mieux comprendre comment accompagner en ergothérapie ce profil de patient.

1.2 AVC : Accident Vasculaire Cérébral

Nous allons maintenant aborder la pathologie de l'AVC. Dans un premier temps, nous en donnerons une définition, puis nous évoquerons les symptômes, le pronostic de récupération et les potentielles séquelles. Ces différentes notions nous permettront, dans un second temps, d'analyser le rapport qui existe entre l'AVC et l'anosognosie.

1.2.1 Définition

L'accident vasculaire cérébral se définit par un arrêt de la circulation sanguine dans une partie du cerveau, soit par une obstruction (AVC ischémique), soit par une rupture d'un vaisseau sanguin (AVC hémorragique). Il constitue une urgence absolue, car il entraîne, sans intervention, des dommages importants au cerveau, lié à un manque d'oxygène après l'ischémie ou l'hémorragie du vaisseau (*figure 1*).

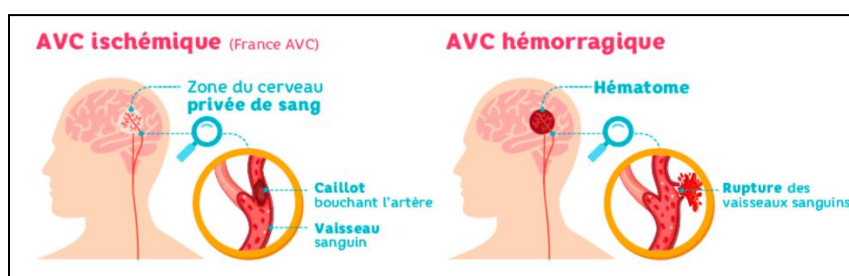


Figure 1 : Représentation schématique des deux formes d'AVC. Image provenant de l'ARS.

En s'appuyant sur la base de données de l'INSERM, l'Accident Vasculaire Cérébral est la « première cause de handicap acquis de l'adulte ». Il est défini comme un problème de santé publique puisqu'il touche environ 140 000 hommes et femmes par an en France, soit un AVC toutes les quatre minutes. D'après le Ministère des Solidarités et de la Santé, « la Santé publique France a pour mission de protéger efficacement la santé des populations ». Ils réalisent la veille et la surveillance épidémiologiques.

L'AVC causerait d'après l'INSERM : 20% de décès un an après l'accident. Il représente la 1^{ère} cause de mortalité en France, chez la femme et la 2^{ème} cause chez l'homme.

1.2.2 Les symptômes d'un AVC

Les symptômes d'un AVC apparaissent brutalement. Nous voyons régulièrement des campagnes de sensibilisation afin de prévenir rapidement les possibles séquelles.

Comme nous pouvons l'observer sur l'affiche en *annexe I*, les trois principaux symptômes à surveiller sont : la paralysie d'une partie du visage, la difficulté à bouger ses bras ou ses jambes ainsi que des troubles de la parole. Sur le site de l'ARS Normandie, ils évoquent que, « *les traitements sont d'autant plus efficaces si ils sont administrés le plus rapidement possible* », nous insisterons donc sur l'urgence de prise en charge d'un AVC.

D'autre part, les AVC peuvent être variables d'un patient à un autre suivant la localisation de l'atteinte. Ci-dessous, un schéma d'un cerveau avec les différents lobes.

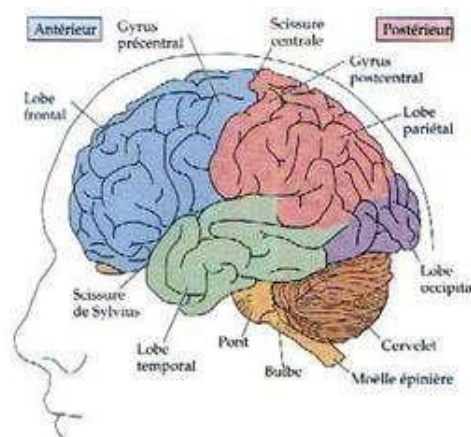


Figure 2 - Schéma du cerveau cartographié en différents lobes

Chaque lobe du cerveau a un rôle particulier. Sur cette représentation (*figure 2*) parue en 2004, du GENeP, service de psychologie (*résumant la cartographie en annexe II*), nous analysons les différents rôles d'un point de vue neuropsychologique. Ce schéma a été choisi puisqu'il est orienté sur les fonctions cognitives, point clé de notre recherche. Par exemple, cette figure nous permet d'observer que l'attention est gérée notamment par le lobe frontal situé en avant du cerveau.

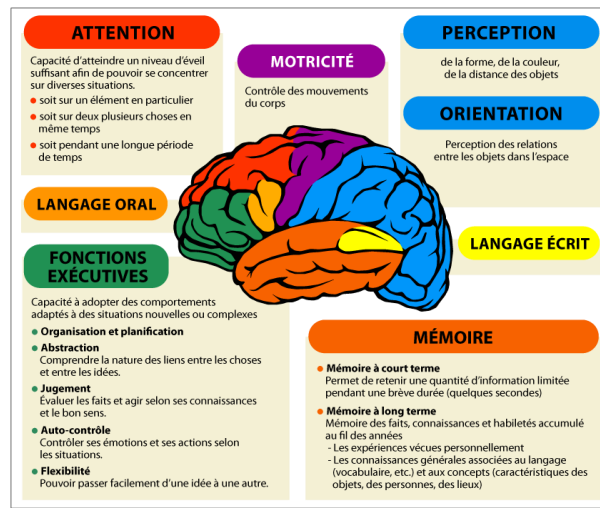


Figure 3 - Schéma rôle des lobes du cerveau - GENep, service de psychologie. 2004.

En fonction de la localisation de l'AVC, certaines fonctions vont être atteintes. Ce sera à la suite d'une imagerie cérébrale qu'il sera constaté les zones lésées et donc qu'il pourra être identifiés les potentiels types de déficits séquellaires.

1.2.3 Les possibles séquelles d'un AVC

Dans 40% des cas, des séquelles persistent. Leurs sévérités sont variables d'un patient à un autre. D'après l'INSERM, les séquelles les plus fréquentes sont l'hémiplégie (paralysie d'un hémicorps) et l'aphasie (trouble du langage). Cependant, après un AVC, il est souvent constaté des troubles de la concentration, une fatigue, une anxiété et une irritabilité.

D'autres risques sont également à surveiller :

- La dépression : Source d'altération de la qualité de vie du patient,
- Les troubles de la marche et de l'équilibre, associé à un risque élevé de chute,
- Le développement des crises d'épilepsie,
- Le déclin cognitif : « *le risque de développer une démence est multiplié par cinq après un AVC* ». (INSERM)

En pratique, il est souvent établi une classification des potentiels troubles retrouvés, lorsque la lésion neurologique se trouve dans l'hémisphère droite ou lorsqu'elle se trouve dans l'hémisphère gauche.

Ci-dessous un tableau recensant les séquelles les plus fréquents pour les AVC (gauche et droit). Ce tableau s'appuie sur une présentation de 2007 du Réseau Canadien contre les accidents cérébrovasculaires : « Ressource sur les soins actifs de l'AVC aigu : types d'AVC et anatomie et physiologie de l'AVC aigu ».

Il permet de recenser certaines séquelles, en version simplifiée face à la réalité de terrain, il n'est cependant pas exhaustif. En effet, en neurologie, il existe souvent des variabilités interindividuelles.

AVC dans l'hémisphère droit	AVC dans l'hémisphère gauche
Hémiplégie ² / hémiparésie ³ gauche	Hémiplégie / hémiparésie droite
Faiblesse / Perte de sensibilité gauche	Faiblesse / Perte de sensibilité droite
Déficits spatiaux et perceptuels	Déficit intellectuel, alexie, agraphie, acalculie
Négligence hémichamp ⁴ gauche, Anomalies du champ visuel gauche	Négligence hémichamp droit, Anomalie du champ visuel droit, HLH ⁵
Comportement impulsif	Comportement lent et prudent
Trouble de l'élocution	Aphasies (expressive, réceptive, globale)
Manque de jugement	

Tableau 1 - tableau schématique et simplifié des possibles séquelles d'un AVC en fonction de la localisation

1.2.4 Les pronostics de récupération

Comme nous pouvons le lire sur le site de l'INSERM, selon le type de l'AVC : hémorragique ou ischémique, la sévérité peut différer. Les AVC hémorragiques sont souvent plus graves que les AVC ischémiques.

Cependant, l'INSERM nous informe que 60% des patients récupèreraient leur indépendance mais, 40% garderaient des séquelles importantes. D'après l'HAS dans 25% des AVC, les patients conservent des séquelles lourdes après un an. (HAS, Accident vasculaire cérébral. Pertinence du parcours de rééducation/ réadaptation après la phase initiale de l'AVC, 2019).

² Hémiplégie est une paralysie totale d'un hémicorps.

³ Hémiparésie est une paralysie partielle d'un hémicorps.

⁴ Négligence d'un hémichamp est selon Heilman et Valenstein (1979) « l'impossibilité de décrire verbalement, de répondre et de s'orienter aux stimulations controlatérales à la lésion hémisphérique, sans que ce trouble puisse être attribué à un déficit sensoriel ou moteur ».

⁵ HLH : une amputation du même hémichamp visuel, pour chacun des deux yeux, à la suite d'une atteinte rétino-chiasmatique.

Toutefois, les pronostics restent variables, nous trouvons ci-dessous une liste de facteurs potentiels permettant d'envisager le pronostic de récupération :

- L'état de santé du patient avant l'AVC : un patient ayant des antécédents médicaux peut avoir plus de difficulté à récupérer.
- L'âge de la personne : les patients plus jeunes auront une plasticité cérébrale leur permettant une récupération souvent plus efficace.
- L'ampleur de l'AVC : la localisation et l'étendue de la lésion cérébrale vont avoir un impact sur les capacités du patient.
- La rapidité et la nature de l'intervention médicamenteuse ou chirurgicale : plus le délai entre l'AVC et la prise en charge est long, plus les séquelles vont être aggravées. (INSERM)
- Les séquelles qui se seront développées : plusieurs sources comme l'HAS, ou des conférences médicales à ce sujet, confirment qu'en fonction des séquelles développées, certaines seront difficiles à récupérer.

En fonction des répercussions de l'AVC qu'elles soient sensitivo-motrices, cognitives ou psychologiques, la vie du patient va être bousculée. En effet, le patient va se confronter aux regards de la société et à son propre regard sur ses difficultés. Cette nouvelle perception de lui-même ou des autres pourra engendrer un isolement social, une perte du rôle familial, une perte des activités professionnelles ou de loisirs (*Informations provenant d'une présentation du professeur Yannick Béjot à Dijon sur les accidents vasculaires cérébraux.*). Ce sont des notions qu'il est également important de prendre en considération.

Parmi les différentes séquelles possibles d'un AVC, pouvant influencer sur le pronostic de récupération, à long terme, il y a le trouble anosognosique.

1.3 Lien entre anosognosie et AVC

Dans cette partie, nous aborderons le lien entre l'AVC et le trouble anosognosique. En effet l'anosognosie apparaît suite à une lésion cérébrale, et l'AVC étant un accident provenant de la région cérébrale, il se peut qu'à sa suite, des troubles anosognosiques apparaissent.

L'anosognosie se retrouve chez environ 10% des patients ayant eu un AVC. Ce chiffre est annoncé par Sergio E Starkstein, Ricardo E Jorge, Robert G Robinson dans l'article « The Frequency, Clinical Correlates, and Mechanism of Anosognosia After Stroke ».

Dans l'article « Anosognosie et action », nous pouvons lire que « *L'anosognosique serait celui qui n'a pas intégré dans sa biographie qu'il a été victime d'un AVC tel jour, telle heure, et que depuis il est paralysé ou héminégligent...* ». (Kullmann, Hesse, Polet, Louchart de la Chapelle et Pesce, « Anosognosie et action », 2016).

Cependant, il se peut qu'il n'intègre pas ses troubles dits « cognitifs ». Selon la Haute Autorité de Santé, « *un trouble ou déclin cognitif correspond à une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, quel que soit le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité* ». Ce trouble peut se manifester par la difficulté du patient à résoudre des problèmes, des difficultés attentionnelles, de mémoire ou des difficultés à planifier une tâche.

L'association d'une anosognosie sur une pathologie de l'AVC peut altérer sa capacité à récupérer de cet accident. Afin d'optimiser sa prise en soin, il sera important d'évaluer son anosognosie et surtout de la différencier d'autres troubles. Nous en donnerons une liste dans la partie suivante.

1.4 Évaluation de l'anosognosie et diagnostics différentiels

Par observations cliniques, tous les professionnels de santé gravitant autour du patient peuvent suspecter une anosognosie chez un individu ayant eu une lésion cérébrale.

Cependant, à l'heure actuelle, il n'existe pas de questionnaire permettant d'identifier spécifiquement un trouble anosognosique comme le décrit le docteur Vocat dans « L'anosognosie de l'hémiplégie » paru en 2010.

Voici quelques techniques d'évaluations (hétéro ou auto-questionnaires) permettant de mettre en lumière un potentiel trouble anosognosique.

1.4.1 Les hétéro-questionnaires

Par l'intermédiaire d'un référent aidant ou d'un soignant, différentes évaluations peuvent être passés.

- Le questionnaire paru dans les années 50 par Nathanson, Bergman & Gordon, cité par docteur Vocat dans son livre « l'anosognosie de l'hémiplégie » paru en 2010, page 21. Il permet d'avoir une « évaluation » structurée, proposant une succession de questions.

Ci-dessous, quelques questions pour essayer de percevoir la conscience du patient sur sa présence en rééducation et sur sa fonctionnalité du membre supérieur dans le cas d'une hémiplégie :

- « *Pourquoi êtes-vous ici ?* »
- « *Que vous arrive-t-il ?* »
- « *Y a-t-il quelque chose de différent par rapport à avant ?* »
- « *Y a-t-il quelque chose de plus difficile avec votre bras ?* »
- « *Pouvez-vous bouger votre bras ?* »
- « *Votre bras est-il paralysé ?* »

- Le questionnaire conçu en 1986 par le neurologue Bisiach, évoqué par le docteur Vocat, inclut des questions similaires au précédent. Cependant ce neurologue ajoute des tests moteurs permettant d'identifier la capacité du patient à observer si son membre supérieur est en capacité de se mouvoir. Ce test permet de confronter le patient à la réalité de ses difficultés.

- En 1996, Fleming et Al conçoivent un questionnaire intitulé *Self-Awareness of Deficits Interview* (SADI, *annexe III*) permettant d'évaluer la sévérité de l'anosognosie dans le cas d'un traumatisme crânien.

Ce questionnaire pourra être adapté dans d'autres pathologies puisqu'il recense trois points pouvant être présents lors d'un trouble anosognosique.

1. La conscience des troubles.
2. La conscience des répercussions fonctionnelles de ces troubles.
3. La capacité à organiser des projets réalistes.

Nous avons trouvé dans la littérature d'autres exemples d'hétéro-questionnaires, nous avons fait le choix de présenter uniquement ces derniers, en effet, ils sont les reflets les plus complets des autres questionnaires existants.

1.4.2 Les auto-questionnaires

Nous retrouvons comme évaluation possible, les auto-questionnaires, à l'inverse des précédents questionnaires, ils seront réalisés par le patient qui devra répondre à des questions. En voici quelques exemples.

Le docteur Vocat évoque la possibilité de faire passer aux patients des auto-questionnaires, de façon à leur faire prendre conscience de leurs difficultés. Les résultats sont ensuite confrontés aux observations réalisées par des tierces personnes pour objectiver une possible anosognosie (« L'anosognosie de l'hémiplégie », 2010). Pour limiter les risques de subjectivité du soignant, il est possible de les comparer avec l'équipe pluridisciplinaire. Nous

constaterons que, plus le delta entre ce que dit le patient, et ce qu'observe le thérapeute est important, plus l'anosognosie sera sévère.

- Dans un récit de 2004, le docteur Vocat, Marcel et al. proposent au patient de répondre à la question suivante : « *Si j'étais à votre place, dans le même état que vous, serais-je capable de réaliser cette action ?* ». Cette question permet de distancier le patient sur sa propre personne, ce qui peut être une des problématiques de l'anosognosie.

- Le questionnaire d'entretien initial « Le MCRO- P : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation », est un modèle ergothérapeutique dont nous parlerons plus en détail dans une dernière partie. Il a l'avantage d'identifier les problèmes vus par le patient. Ce dernier établit en termes de rendement et de satisfaction les différents items et les notes de 1 à 10. Cette évaluation s'intéresse aux habitudes de vie et aux occupations des patients. Ainsi en confrontant les réponses du patient, à la réalité de la situation, il est possible de parler d'anosognosie.

1.4.3 Exemples d'autres évaluations

En ergothérapie, des mises en situation sont très régulièrement faites, c'est alors l'occasion pour l'ergothérapeute d'observer, d'analyser et de comparer les résultats avec les propos du patient.

En *annexe IV*, vous trouverez un tableau recensant diverses évaluations de l'anosognosie provenant de l'article « The evaluation of anosognosia in stroke patients » de Maria Donata Orfei, Carlo Caltagirone et Gianfranco Spalletta paru en avril 2014. Ce tableau est classé par dimensions recherchées dans le test. Par exemple, si nous recherchons l'évaluation de l'anosognosie vis-à-vis des troubles cognitifs alors, il faudra poser des questions au patient, sur ce qu'il ressent sur ses capacités et comparer ses réponses avec les capacités neurocognitives évaluées. Certains auteurs citent des évaluations telles que le SADI ou Impaired Self-Awareness Scale.

L'analyse de ces tests et toutes les observations de l'équipe médicale peuvent leur permettre de différencier l'anosognosie à d'autres syndromes.

1.4.4 Diagnostics différentiels

Nous allons évoquer différents troubles liés à la conscience et pouvant suggérer une anosognosie. Ils ont été décrits dans un article de la neuropsychologue Nathalie Ehrlié « Anosognosie : concepts et prise en charge », publié en 2016. Nous pouvons retrouver :

L' anosodiaphorie, ce trouble se définit par le fait que l'Homme est conscient de ses difficultés mais il n'en accorde que peu d'importance, il ne le nie pas mais n'en tient pas compte.

Le déni, c'est une notion utilisée en psychanalyse pour désigner le fait de refuser, de façon inconsciente, une partie ou l'ensemble d'une réalité. Il est souvent la conséquence d'un choc traumatisant, il permet de protéger, comme un mécanisme de défense, la santé mentale de la personne.

La somatoparaphrénie, est une altération du sentiment d'appartenance d'un hémicorps ou d'une partie de cet hémicorps (attribution à autrui de cette partie du corps ou décrit comme inhumain).

L'asomatognosie est la méconnaissance de l'individu par rapport à son hémicorps atteint.

La misoplégie, ce terme désigne l'ensemble des maltraitances verbales ou physiques réalisées par le patient contre son hémicorps touché.

L'héminégligence ou Négligence Spatiale Unilatérale (NSU). En effet, ces deux troubles peuvent être associés. La NSU se produit après une lésion de l'hémisphère droit du cerveau. Elle présente des signes de négligence spatiale et parfois corporelle. C'est-à-dire que le patient ne perçoit pas un hémichamp tout en ne présentant aucun trouble visuel ni auditif.

Lorsque tous les autres troubles, que nous venons de citer, sont écartés par l'équipe pluridisciplinaire, il sera possible d'analyser les impacts dans le quotidien du patient déclaré anosognosique post-AVC.

1.5 Quels impacts au quotidien de l'anosognosie des troubles cognitifs dans la pathologie de l'AVC ?

Comme nous l'avons précédemment mentionné, suite à un AVC, diverses fonctions peuvent être altérées, et notamment les fonctions cognitives, primordiales en terme d'autonomie dans les AVQ (Activités de la Vie Quotidienne). Nous allons détailler certaines des fonctions dans cette partie.

1.5.1 La cognition dans les actes de la vie quotidienne

Avant toute chose, nous allons préciser ce qu'est une activité de la vie quotidienne ou AVQ puis nous définirons ce qu'est la cognition afin de mieux comprendre l'intérêt qu'elle peut avoir dans ces activités.

Nous distinguerons deux types d'activités :

- Les activités répondant à des besoins primaires (activité de survie et de bien-être) : telles que la toilette, se déplacer, s'alimenter.
- Les activités instrumentales : telles qu'utiliser un téléphone, faire des courses, préparer des repas, faire le ménage, faire la lessive, utiliser les transports, prendre des médicaments, gérer ses finances, bricoler et entretenir la maison ...

Ces activités conditionnent, en partie, la qualité de vie et la participation sociale des patients. La notion de participation sociale sera expliquée dans une prochaine partie.

Maintenant, nous pouvons nous demander quelles fonctions interviennent dans la gestion des AVQ ?

Jean-Paul Codol dans un article publié en 1988, intitulé « Qu'est-ce que le cognitif ? » nous donne une définition de ce qu'est la cognition. Pour lui « *la cognition désigne l'ensemble des activités par lesquelles toutes [l]es informations sont traitées par un appareil psychique : comment il les reçoit, comment il les sélectionne, comment il les transforme et les organise, comment il construit ainsi des représentations de la réalité et élabore des connaissances* ». De par sa définition nous entendons que la cognition représente un grand champ dans la gestion des AVQ. Puisqu'en effet, pour pouvoir traiter les données et acquérir des connaissances, différentes fonctions cognitives sont mobilisées, en voici quelques exemples, la liste étant non exhaustive : (Les données sont basées sur l'article de Cellard et al., Association Québécoise des neuropsychologues, dans « Les fonctions cognitives ») :

- Les fonctions instrumentales :
 - Les différentes mémoires (la mémoire à court terme, la mémoire de travail, la mémoire à long terme),
 - Les diverses attentions (*attention partagée, attention soutenue ...*),
 - Les gnosies (*capacité à percevoir et à reconnaître un objet*),
 - Le langage (*oral ou écrit*)
 - ...

- Les fonctions exécutives :
 - La planification (*fonction qui permet d'utiliser des stratégies pour anticiper, prioriser, prévoir ses activités*),
 - L'inhibition (*capacité à résister aux distractions*),
 - La flexibilité mentale (*capacité à s'adapter à de nouvelles situations*)
 - ...

En ne prenant que ces exemples, nous voyons que ces différentes fonctions, nous permettent d'échanger de manière adaptée avec notre environnement.

En ergothérapie, nous parlons souvent d'autonomie, c'est la capacité à agir par soi-même et donc à gérer ses activités. Lorsqu'une personne réalise une activité de manière autonome, elle utilise les différentes fonctions cognitives reliées les unes aux autres. En effet, pour toutes activités réalisées, une personne a besoin de les organiser, de les appréhender, d'interagir avec l'environnement, de reconnaître les objets pour pouvoir les utiliser correctement, de faire appel à sa mémoire pour se rappeler les gestes à suivre. Afin de réaliser une activité de façon efficiente, il faut donc faire appel à un processus mental qui demande à ces différentes fonctions d'agir.

Nous en concluons que si ces fonctions sont altérées alors l'individu ne sera pas en capacité d'interagir de manière adaptée avec son environnement.

1.5.2 Impact des troubles cognitifs dans les activités de la vie quotidienne

Comme nous venons de le définir, un trouble cognitif est « *une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs* » (HAS, 2018). De ce fait, lorsqu'une des fonctions cognitives est altérée, cela aura un impact conséquent, sur l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

Une activité va demander l'implication de diverses fonctions, qui, si elles sont altérées vont causer des situations à risques pour le patient et pour autrui.

Prenons l'exemple d'un trouble visuo spatial, souvent trouvé dans les séquelles d'un AVC : l'héminégligence spatiale unilatérale (NSU). Le patient va avoir des difficultés à considérer un hémichamp, cela peut concerner une négligence sur le corps, ou sur les espaces proches et lointains. Un stimulus est nécessaire pour amener le patient à prendre en compte cet

hémichamp, impactant le quotidien de l'individu, en négligeant par exemple la moitié de ses plats, en se coiffant, se brosser les dents que d'un côté, il en est de même pour toutes les activités.

Nous concluons par cet exemple, que si le patient a une fonction altérée, il aura une limitation dans ses activités quotidiennes. Cela démontre également l'importance de la rééducation et de la réadaptation afin de permettre la récupération ou la mise en place de stratégies afin de compenser les fonctions cognitives altérées chez un individu.

Nous pouvons donc envisager que lorsque le patient est conscient de ses troubles, il va essayer de s'adapter, mais quels sont les impacts supplémentaires lors d'une anosognosie ?

1.5.3 Impact de l'anosognosie vis-à-vis des troubles cognitifs dans les activités de la vie quotidienne

Plusieurs auteurs ont publié sur ce sujet, nous trouvons :

S. Stirati-Buron et Al., dans leur article « Anosognosie : définitions, caractéristiques, méthodes d'évaluation, exemple de l'hôpital de jour de Neuropsychogériatrie » en mars 2008, citent les travaux de Kotler et Camp, en 1995. Dans ces travaux, ils affirment que l'anosognosie « *serait [...] importante pour les habilités cognitives comme le langage, la mémoire et les praxies* ⁶ ». Nous pouvons comprendre que l'anosognosie touche fortement les habilités cognitives mais également les comportements des individus. En effet, il se peut que les patients aient des comportements agressifs face aux thérapeutes rendant plus difficile leur rééducation.

Hartman-Maeir et al., ont explicité en 2001, que la méconnaissance des déficits cognitifs à l'admission de la rééducation engendrait des insécurités dans le quotidien. Il est assuré que si le patient est inconscient de ses troubles, il va réaliser ses activités comme par le passé, sans prendre en compte ses incapacités et la nouvelle manière de les réaliser. En effet, dans un congrès à Rennes en 2007, le docteur Stirati-Buron nous enseigne que le patient, du fait de ses troubles n'adapterait pas de stratégies de compensation ni d'anticipation des déficits ; cela entraînant une tendance à se mettre en insécurité.

D'autres auteurs, comme Wise et al. en 2005 cité par le docteur Vocat (*L'anosognosie de l'hémiplégie*, 2010), explique que la présence de ce trouble pourrait avoir un impact pour la vie professionnel, en raison des troubles cognitifs et de l'augmentation de conduites à risques.

⁶ Praxie : Séquence de comportements moteurs accomplie par un sujet intervenant dans une situation motrice et considérée comme l'unité de base de l'action observée (Parlebas 1981, cité par CNRTL)

Le docteur Stirati-Buron évoque également l'impact pour la famille. (Présentation lors d'un congrès à Rennes, en 2007). La présence de ce trouble, pourrait déclencher des conflits familiaux. Le proche pouvant être considéré comme « *un fardeau* ». En effet, la famille aura souvent des décisions à prendre ou à imposer : l'arrêt de la conduite automobile ou le placement en institution si les déficits sont trop importants. La famille peut également expliquer à son parent, la mise en place d'une aide pour un maintien à domicile.

En tenant compte de ces informations, nous pouvons nous demander, comment l'ergothérapeute peut accompagner ce profil d'individu dans la gestion de leurs AVQ et dans leur participation.

2. Ergothérapie et réduction de l'anosognosie

2.1 Ergothérapie : définition et étymologie

Étymologiquement, le mot ergothérapie vient du Grec « *ergon* » qui signifie « *travail* » et « *therapia* » qui signifie la thérapie/le soin ; en résumé c'est la thérapie par le travail. Cependant nous pouvons entendre par L. Pierquin, J-M André et P. Farcy, dans leur livre *Ergothérapie*, publié en 1980, que le terme « *travail* » peut-être réducteur, en effet les diverses activités proposées, ne se résument pas toutes à un « *travail* ».

Si toutefois, nous prenons le terme anglo-saxon « *occupational therapist* » il inclut la notion d'occupation, l'ergothérapie serait la thérapie par l'occupation, qui signifie toutes activités ayant un sens pour la personne.

En reprenant l'Association Nationale des Ergothérapeutes de France (ANFE) : « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* ». De plus, l'ergothérapeute va faire en sorte de favoriser la participation sociale du patient.

Suivant l'article « *Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention* », de Noomi Katz et al., leurs auteurs nous expliquent quelle place l'ergothérapeute peut avoir dans la prise en soin de l'anosognosie. Le patient, aidé par l'ergothérapeute va explorer ses capacités dans les différents actes de sa vie au quotidien et ainsi identifier ses difficultés. Leurs objectifs communs étant d'améliorer les capacités afin de retrouver une indépendance et une autonomie au quotidien en définissant des objectifs Spécifiques Mesurables Atteignables Réalisables Temporellement (*SMART*).

2.2 Faut-il passer de l'anosognosie à la nosognosie ⁷?

Une étude de l'université de Liège est sur le point de démontrer que l'anosognosie dans la maladie d'Alzheimer, permettrait de limiter la dépression pour ce profil de population. Mais qu'en est-il de l'anosognosie dans une pathologie telle que l'AVC ?

Comme le dit Catherine Morin dans son article (2013), « *l'anosognosie peut imprégner toute l'attitude du patient à l'égard de sa maladie* ». Elle explique qu'il est difficile de faire prendre conscience à ce profil de patient de ses difficultés, en effet, lorsque des professionnels tentent de leur montrer leurs déficits et les mises en danger qu'ils produisent, ils obtiennent souvent des réactions agressives en retour. Le patient pouvant avoir la sensation d'être infantilisé.

Il semble intéressant de favoriser la réduction de l'anosognosie pour permettre au patient une sécurité au quotidien, lors des transferts, des déplacements ou encore dans les AVQ. En effet, si le patient intègre ses difficultés, il va alors comprendre l'importance de sa rééducation et du travail qu'il doit faire, pour être autonome et indépendant au quotidien sans se mettre en danger. D'ailleurs le livre du docteur Vocat explique qu'une réhabilitation peut, ne pas être efficace, en l'absence de conscience des troubles.

Cependant il faudra rester vigilant, la décision de réduire l'anosognosie doit être prise en pluridisciplinarité avec un avis psychiatrique. En effet, faire prendre conscience au patient de ses difficultés après une phase de non conscience, peut être un bouleversement, il sera important de l'accompagner au quotidien, pour limiter les risques de décompensation. (C. Derouesné, *La méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences dans les affections cérébrales : un phénomène complexe et multidimensionnel*, page 250)

Marshima et al. en 1997 repris par le docteur Vocat, confirme qu'en moyenne un patient anosognosique reste plus longtemps à l'hôpital, puisque ce syndrome serait un facteur inhibiteur entravant la réadaptation. Globalement, les patients anosognosiques auraient une perte plus importante en termes de fonctionnalité dans les AVQ, à la sortie du centre de rééducation, que ceux qui ont conscience de leurs difficultés. D'après ce même auteur, si le patient prend conscience de ses troubles cela diminuera la durée d'hospitalisation, améliorera la prise en soin et favorisera son retour à domicile.

⁷ Le terme « nosognosie » employé par David Tammam, Patrick Bensa et Jean Vion-Dury dans « la phénoménologie des démences : du savoir à l'anosognosie » et Roland Vocat dans son livre « L'anosognosie de l'hémiplégie » ; signifie donc la conscience du patient vis-à-vis de ses capacités.

Nous comprendrons d'après ces auteurs, qu'un retour à domicile pourrait être moins difficile en termes de capacité fonctionnelle chez un patient nosognosique que chez un patient persistant anosognosique.

La réduction de l'anosognosie doit donc être favorisée par les thérapeutes afin de favoriser la qualité du retour sur son lieu de vie.

2.3 Accompagnement en ergothérapie

Selon la définition du nom, le rôle de l'ergothérapeute est de réduire les difficultés rencontrées par les patients, afin qu'ils retrouvent leur indépendance et leur autonomie au quotidien. Il sera un atout lors de l'accompagnement d'un patient anosognosique dans la réalisation des AVQ, que nous avons abordé plus tôt.

Le schéma réalisé par Sylvie Meyer, donne des « points clés » pour une prise en soin ergothérapique. Nous définirons les différentes étapes telles que l'évaluation formative, la planification du traitement, l'exécution du traitement, les évaluations intermédiaires qui permettent d'ajuster la prise en soin et l'évaluation sommative.

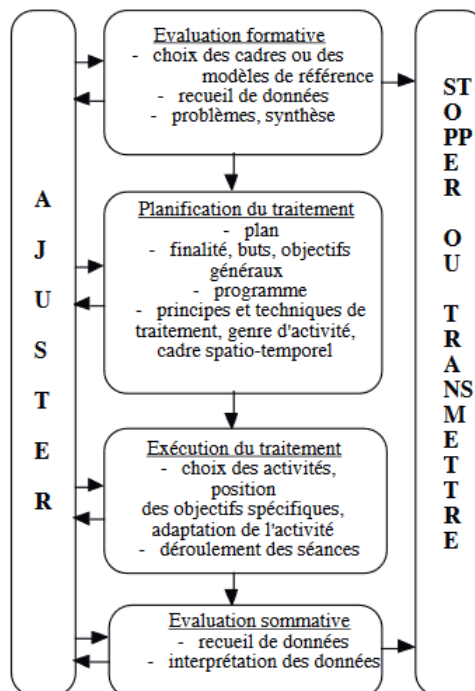


Figure 4 : Schéma d'un plan de traitement en ergothérapie de Sylvie Meyer

2.3.1 Évaluation formative : entretien et bilans

La première étape de la prise en soin ergothérapeutique s'effectue par un contact avec le patient, afin de le connaître et d'entamer une relation de confiance patient/thérapeute. Cette première étape est primordiale afin d'instaurer des relations de soins, d'aides et une relation thérapeutique. Dans l'article « Être en confiance dans la rencontre thérapeutique », paru en 2014, page 33, Marianne Adandé, confirme ce fait « *Progressivement, en prenant appui sur la confiance partagée avec son thérapeute, il osera faire des choix ou assumer ceux auxquels il est contraint parce qu'il ne se sentira plus séparé, isolé et « mauvais », mais au contraire graduellement « accueilli » en tant qu'humain parmi les humains* ».

Cette relation permettra au patient de s'appuyer sur le thérapeute, lorsqu'il en ressentira le besoin, et le thérapeute pourra s'appuyer sur la confiance du patient, notamment lorsque celui-ci n'a pas conscience de la raison de sa présence au sein du centre de rééducation.

L'ergothérapeute prend en considération le patient de façon holistique (**dimension affective, cognitive, physique et spirituelle**), dans les domaines occupationnels des **soins personnels, de productivité et de loisirs** (*annexe V*). Tous ces domaines s'enregistrent dans l'**environnement culturel, social, physique et institutionnel** du patient. L'ergothérapeute évaluera donc les capacités résiduelles et les incapacités du patient après un AVC.

Les termes précédemment cités sont issus du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel.

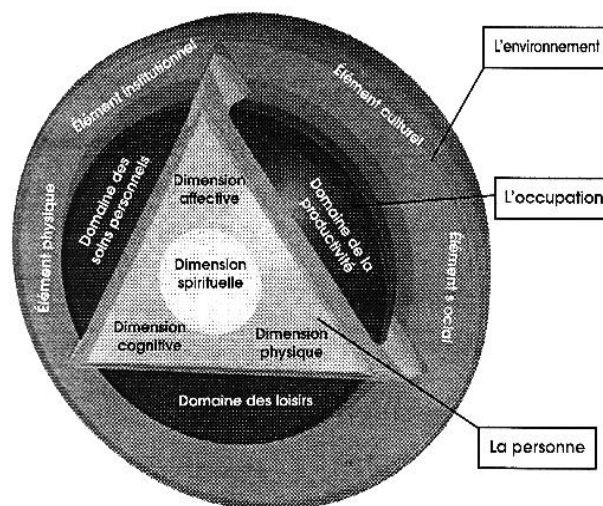


Figure 5- Le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement occupationnels. P88 du livre "Les modèles conceptuels en ergothérapie" dirigé par MC Morel-Bracq en 2017

Après l'entretien, l'ergothérapeute va faire passer des bilans spécifiques aux patients ayant eu un AVC :

- Pour les fonctions cognitives : il est possible d'effectuer différents tests tels que le TEM, le test du gâteau au chocolat et de l'omelette, les mises en situations de la vie quotidienne (toilette/habillage, cuisine, conduite...). Cet aspect sera analysé en collaboration avec les neuropsychologues.
- Pour les fonctions sensitivo-motrices : il existe différents tests, nous en citerons quelques exemples. Ces derniers ne sont cependant pas exhaustifs. Nous retrouvons le bilan des « 400 points », le Stroke Upper Limb Capacity Scale (SULCS), les tests de sensibilités, le bilan des préhensions, ici encore les mises en situations peuvent être appréciées. Ces bilans peuvent être réalisés en collaboration avec les kinésithérapeutes.
- Pour l'indépendance, l'autonomie et la participation du patient dans sa gestion de la vie quotidienne, nous pouvons retrouver la MIF, le MCRO, le MOHO, la grille IADL (Instrumental Activities of Daily Living) et la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources). Là encore, ces exemples ne sont pas exhaustifs.

Cependant si lors d'entretiens, l'ergothérapeute suspecte une anosognosie ; il peut réaliser des bilans (*confère 1.4.4*) pour confirmer ou non la présence de ce trouble. Suite à ces bilans, le thérapeute va pouvoir planifier un plan de traitement conjointement avec le patient.

2.3.2 Planification du traitement

Cette étape va permettre d'établir le plan de traitement de rééducation afin de répondre aux besoins du patient. L'ergothérapeute va, dans une première démarche, élaborer des objectifs dénommés « SMART », c'est-à-dire Spécifique au patient, Mesurable, Atteignable, Réalisable et Temporellement défini.

Nous rappelons que quel que soit l'accompagnement en ergothérapie, les objectifs sont déterminés avec le patient. Seul, l'ergothérapeute prendrait le risque que son patient ne se sente pas intégrer dans sa prise en soin, réduisant par ce fait sa participation à la rééducation.

Dans le cas d'un patient anosognosique, il est donc intéressant de se questionner sur la façon de prendre en compte son avis pour l'élaboration de ses objectifs et la priorisation de ses soins.

En effet, du fait de l'anosognosie, le patient peut présenter des difficultés à prioriser de manière adaptée ses objectifs de rééducation du fait qu'il n'ait pas conscience de ses réels déficits. Il aura généralement comme souhait de refaire des activités qui lui sont significatives.

Il est nécessaire qu'au cours de sa rééducation, le patient intègre ses troubles cognitifs pour pouvoir poser de nouveaux objectifs et ainsi favoriser son autonomie au quotidien.

Nous allons expliquer comment l'ergothérapeute va mettre en place son plan d'intervention.

2.3.3 Mise en place du plan d'intervention

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'ergothérapeute va envisager sous plusieurs dimensions, les capacités de la personne, ses activités et ses environnements.

Lors de sa prise en soin, l'ergothérapeute va, généralement s'appuyer sur des activités. Elles serviront de médiatrice entre le patient et le thérapeute. Elles sont médiatrices, dans le sens où, elles permettent d'objectiver la réalité des troubles, par la distanciation que le patient pourra faire entre, ce qu'il se sent en capacité de faire et ce qu'il peut réaliser concrètement.

Il proposera des activités dites « significatives », c'est-à-dire qu'elles ont un sens pour la personne et sont liées à ses habitudes de vie antérieure. Elles vont permettre, au-delà des intérêts en rééducation, l'optimisation de la motivation et de l'investissement du patient dans sa rééducation.

De plus, l'ergothérapeute réalisera de nombreuses mises en situations dans le quotidien du patient, afin d'évaluer ses capacités et incapacités mais également et notamment pour lui permettre d'acquérir plus d'autonomie et d'indépendance.

Cependant, pour des patients anosognosiques, et suivant les objectifs de rééducation envisagés, il sera réfléchi sur l'intérêt de réduire en priorité ou non l'anosognosie.

Effectivement, réduire l'anosognosie peut, dans certain cas devenir nécessaire, notamment quand un retour à domicile est envisagé. Dans l'article, « Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention », de Noomi Katz, et al., nous pouvons lire que « *les patients qui présentent une forte anosognosie sont particulièrement problématiques. Sans connaissance partielle ou implicite des déficits, ces patients sont susceptibles de se livrer à des activités dangereuses et de ne pas se conformer aux recommandations concernant la reprise d'activités telle que la conduite* ».

L'ergothérapeute pourra aussi, opter pour une prise en soin autour des autres troubles liés à l'AVC, en écartant le trouble anosognosique. Le neuropsychiatre Derouesné évoque le fait de compenser les déficits par la rééducation des troubles directs liés à l'AVC, tels que les troubles sensitivo-moteurs et cognitifs. (Dérouesné, *La méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences dans les affections cérébrales : un phénomène complexe et multidimensionnel*, 2009). C'est-à-dire que les thérapeutes vont chercher à développer au maximum les capacités fonctionnelles du patient dans sa vie quotidienne en passant outre sa méconnaissance sur ses troubles. Pour cela, ils peuvent utiliser l'ancrage de routines fonctionnelles, en s'appuyant sur les capacités résiduelles du patient. Pour réaliser cet ancrage, il faudra que le patient développe des stratégies de compensation permettant la réalisation des activités.

Tout au long du parcours de la prise en soin, les capacités du patient vont évoluer, il sera donc nécessaire de les réévaluer.

2.3.4 Réévaluation, réajustement de la prise en soin

Ces bilans intermédiaires seront comparés avec les bilans initiaux afin d'observer et d'analyser les évolutions. De plus, durant la rééducation, le patient va progresser, il exprimera d'autres objectifs, en fonction des autres déficits dont il prendra conscience. Un réajustement du plan de traitement sera établi conjointement avec le patient.

À la fin de la prise en soin, il sera réalisé des bilans finaux, que nous dénommons l'évaluation sommative.

2.3.5 Évaluation sommative

L'évaluation sommative est le résultat de tous les bilans finaux que va passer le patient. Cette évaluation permettra de confronter les résultats initiaux et finaux et d'apprécier l'évolution du patient dans sa prise en soin.

Dans l'objectif de la sortie du patient, plusieurs informations seront étudiées, tels que : ses troubles séquellaires, son anosognosie persistante ou non, son environnement, sa situation personnelle, ses aides nécessaires dans les AVQ, son projet de vie.

C'est avec toutes ses informations complémentaires que les modalités de sortie pourront être envisagées.

L'accompagnement du patient se fait en collaboration avec d'autres professionnels de santé dans le but d'offrir une rééducation efficace.

2.3.6 Prise en soins pluridisciplinaire

Dans toutes prises en soins, l'alliance avec les autres professionnels de santé (rééducateurs et médicaux) est importante afin d'offrir au patient un accompagnement optimum. Dans le cas d'un patient anosognosique, il est d'autant plus important que l'équipe ait le même discours, afin de lui offrir un cadre thérapeutique solide sur lequel il peut s'appuyer.

S'il a été décidé de réduire l'anosognosie, l'équipe pluriprofessionnelle devra veiller à ce que les potentiels troubles psychologiques découlant de la prise de conscience, soient repérés et gérés par des professionnels compétents. En 2009, le neuropsychiatre Derouesné a confirmé, en écrivant : « *la prise en charge en psychothérapie est utile et parfois nécessaire notamment lorsque la dimension psychopathologique est importante* ».

En complément des professionnels, les patients pourront être soutenus par leur entourage familial, ils sont à prendre en considération lors de l'accompagnement puisqu'ils sont l'environnement humain du patient.

2.3.7 La famille dans la prise en soin

La famille prend une place importante dans la prise en soin du patient. En effet, l'entourage, qui le connaissait avant l'accident, va observer ses difficultés pour réaliser les AVQ. La famille va vivre avec un proche différent et inconscient de ses difficultés. Le thérapeute peut leur expliciter la situation actuelle et les objectifs de rééducation envisagés.

Il est également possible d'inclure la famille lors de l'accompagnement en ergothérapie afin d'anticiper les éventuelles situations problématiques, lors d'un futur retour à domicile. L'ergothérapeute peut par exemple, faire participer un proche à certaines activités ou leur proposer un séjour en appartement thérapeutique.

L'accompagnement en ergothérapie consiste également en la participation sociale et la réinsertion du patient. Nous allons dans le paragraphe suivant parler de la réinsertion du patient et notamment de sa participation sociale.

3. De la réduction de l'anosognosie à l'émergence de la participation sociale du patient

Le but pour l'ergothérapeute est de favoriser l'autonomie du patient et sa participation sociale pour l'accompagner vers un retour à une vie en dehors du centre de rééducation.

Pour l'aider dans cet objectif, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur des modèles conceptuels qui lui permettront d'orienter la pratique professionnelle dans l'accompagnement de rééducation du patient. Pour ce mémoire nous avons choisi de parler du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation, qui nous amène à centrer le patient dans sa rééducation et à favoriser sa participation.

3.1 Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation

Nous allons vous présenter ce modèle et pourquoi l'utiliser dans ces prises en soins. Il nous permettra d'appréhender la notion de participation sociale.

3.1.1 Qu'est-ce que le modèle conceptuel MCRO-P

Un modèle conceptuel : « *est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* ». (Morel-Bracq M.C, 2017).

Le MCRO-P est basé sur les travaux de l'ergothérapeute Mary Reilly, est un outil d'évaluation patient/thérapeute, qui recherche les besoins tout en élaborant des objectifs ciblés par le patient.

Cet outil recense de nombreuses activités pouvant être réalisées dans les actes de la vie quotidienne d'un individu, elles sont regroupées en trois domaines (*annexe V*) :

1. Les soins personnels : concernent les activités d'hygiène corporelle, les mobilités fonctionnelles et, ce qui se rattache à la vie communautaire.
2. La productivité : concerne toutes les actions concourant à un travail rémunéré ou non, à la gestion du foyer et au travail et/ou jeu scolaire.
3. Les loisirs : regroupent les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

Le modèle MCRO-P est patient centré. En effet, il permet au patient de s'auto-évaluer sur ses activités quotidiennes et notamment ses activités significatives.

Cette évaluation se décompose en plusieurs étapes :

- Premièrement, le patient inventorie les activités selon les listes définies dans les trois domaines d'activité (soins personnels, productivité et loisirs).
- Deuxièmement, il les classe par ordre d'importance.
- Troisièmement, il doit supputer sa capacité à réaliser les activités qu'il classe comme importante.
- Dans un dernier temps, le patient va coter sa satisfaction à réaliser ses activités.

Ce modèle, permet de ce fait, d'identifier les activités significatives du patient. En revanche, pour que ce modèle soit performant, il faut que le patient exprime ses besoins et ses difficultés dans sa vie quotidienne

3.1.2 Pourquoi utiliser le MCRO-P ?

Grâce à ce modèle, le patient peut d'avantage devenir acteur dans sa rééducation, de ce fait, il participera davantage à celle-ci et à la gestion de sa vie quotidienne. En lui offrant cette place, nous lui fournissons une certaine autonomie. Ce modèle répond au fondement de l'ergothérapie qui est d'accompagner les patients à recouvrer de l'autonomie et de l'indépendance.

Il peut sembler paradoxal de l'employer du fait que, les patients anosognosiques peuvent estimer, dans l'évaluation initiale, une bonne satisfaction dans la réalisation de l'activité vis-à-vis de leurs capacités. Cependant, il permet d'intégrer les besoins des individus, tout en ayant conscience de l'inconscience des patients sur leurs difficultés. Il permet également d'avoir un élément de comparaison durant la rééducation.

Les résultats fournis par cette évaluation permettront à l'ergothérapeute de répondre prioritairement aux demandes du patient pour ensuite l'orienter vers d'autres besoins, qu'il découvrira progressivement en fonction de la réduction de l'anosognosie.

Nous avons fait le choix dans ce mémoire du MCRO-P, afin de permettre au patient d'être demandeur de sa rééducation en l'amenant à se questionner sur ses besoins, qui permettra au thérapeute d'établir un premier contact. Il offre aussi la possibilité de confronter les besoins du patient avec la réalité de la situation.

Le risque avec un trouble tel que celui de l'anosognosie est de proposer un plan de traitement sans la participation active du patient. Or, grâce au questionnaire initial, évaluant le rendement et la satisfaction du patient sur ses activités de la vie quotidienne, il sera possible de s'appuyer sur les premiers besoins du patient et sur ses activités significatives, afin de le faire adhérer à sa rééducation.

Comme nous l'avons souvent évoqué, la prise en soin d'un patient anosognosique demande d'être pluridisciplinaire. Cependant le MCRO-P aborde un langage relativement « ergothérapeutique ». Par exemple lorsque nous parlons de « rendement occupationnel », ce modèle définit ce terme par la « *résultante d'un rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la personne, l'environnement et l'occupation* ». Il faudra adapter ce langage lors des réunions interdisciplinaires et également avec le patient lorsque nous lui expliquerons les modalités de ce questionnaire.

Après avoir abordé en quoi ce modèle était pertinent dans la prise en soin de ce profil de patient, nous allons déterminer en quoi la participation du patient est importante dans la vie quotidienne.

3.2 La participation sociale du patient : du centre de rééducation à son domicile

Nous allons définir la notion de participation sociale et tenter de comprendre son impact dans la vie quotidienne puis, nous ferons le lien entre la réduction de l'anosognosie et la participation sociale du patient au centre et à son domicile.

3.2.1 La notion de participation sociale

La participation sociale a été définie en 1998 en s'appuyant sur le PPH, par « *la possibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie. Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, l'identité socioculturelle, ...). Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situations de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.* ».

Un patient anosognosique peut démontrer un désintérêt à sa rééducation. Cependant la rééducation permet de faciliter la participation sociale au quotidien du patient. Nous pouvons lire que la participation sociale est source de bien-être et est nécessaire à la vie de chaque individu.

Comme l'a décrit Benjamin Franklin « *Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends* ». Plus le patient se sentira impliquer à la rééducation, plus il va acquérir de l'autonomie et de l'indépendance dans sa gestion de la vie quotidienne. Comme le dit également Sylvie Meyer dans son livre « *De l'activité à la participation* » publié en 2013, page 233, « *Les finalités de l'ergothérapie sont la participation sociale et le maintien de la santé et du bien-être des individus et des populations par l'engagement dans des occupations nécessaires ou jugées intéressantes par les acteurs* ». Ces propos sont eux-mêmes tirés de plusieurs sources dont l'AOTA en 2008 ou l'Association des Ergothérapeutes de Suisse en 2011.

Pour nous aider à comprendre ce qu'est la participation sociale, voici un schéma explicitant le lien entre la personne, ses occupations et son environnement. En effet, nous pouvons comprendre que si la personne réalise une activité qui a du sens pour elle, dans un environnement écologique⁸, cela favorise la participation sociale de celui-ci.

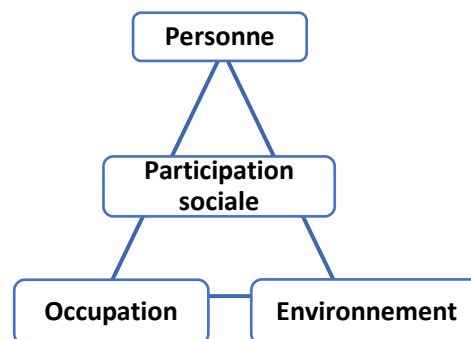


Figure 5 – la participation sociale. Hélène Clavreul

Nous allons essayer de comprendre ce qui se passe quand des activités sont proposées au patient, sans sa participation active. Nous tenterons d'y répondre en s'appuyant sur le cycle vertueux de la participation sociale construit par l'ergothérapeute, Hélène Clavreul.

⁸ Écologique signifie dans ce contexte, un environnement qui est proche du patient, qui ressemble à sa réalité.

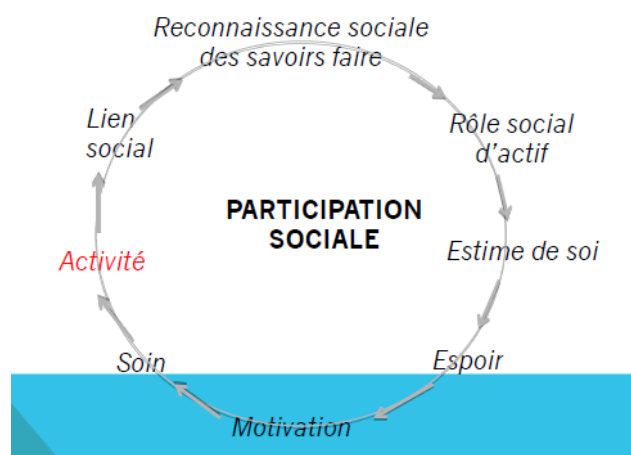


Figure 6 : cycle vertueux de la participation sociale d'Hélène Clavreul en 2019.

Dans ce cycle, elle explique que grâce à l'activité, le patient va avoir une reconnaissance de lui-même et d'autrui sur ses savoirs faire. Cette reconnaissance lui permettra d'avoir un rôle social⁹ actif et favorisera sa prise de confiance en lui, cela l'incitera à participer socialement aux activités de la vie quotidienne et sociétale.

3.2.2 De la réduction de l'anosognosie à la participation sociale

Comme nous avons pu le dire, réduire l'anosognosie permettrait d'une part, que le patient participe activement à la rééducation et d'autre part, qu'il prenne conscience de ses capacités et incapacités afin d'intégrer sa nouvelle « identité ».

Il est donc important de la réduire si nous souhaitons favoriser la participation sociale du patient et améliorer sa qualité de vie.

Mais comment faire pour amener le patient à participer à sa rééducation ?

⁹ Un rôle social d'après Wolfensberger et Thomas, « renvoie à un[...] modèle de comportement socialement attendu et habituellement défini afin de faciliter la réalisation de(s)fonction(s) particulière(s) qui sont généralement attribuées à ou assumées par un individu et qui reflètent partiellement le statut social de cette personne. »

II. Problématisation

Au cours de ce mémoire, nous avons évoqué la difficulté à prendre en soin un patient anosognosique. Ce trouble peut représenter jusqu'à 10% des troubles post AVC. Il a été démontré qu'elle impactait directement sur l'autonomie et l'indépendance des activités de la vie quotidienne du patient. Or, l'ergothérapeute intervient dans ce champ de l'indépendance et de l'autonomie dans les AVQ. Nous avons également vu que la réduction de l'anosognosie favoriserait la participation sociale du patient dans la gestion de ses activités de la vie quotidienne. C'est pourquoi, nous avons présenté le MCRO-P sur lequel s'appuiera l'ergothérapeute, visant à la participation du patient en le plaçant au cœur de sa rééducation. Il est essentiel que l'ergothérapeute réalise avec le patient les bilans et les objectifs pour planifier son traitement. C'est un parcours de confiance entre le thérapeute et le patient qui se développe tout au long de sa rééducation, que cela soit au centre ou à son domicile. Nous avons également abordé le rôle primordial de la famille et de l'équipe pluridisciplinaire dans cette prise en soin.

Nous nous sommes, par ce fait, interrogés sur la participation du patient à l'élaboration de ses objectifs afin de le placer au centre de sa rééducation. Le fait qu'un patient souffre d'anosognosie suite à un AVC peut limiter sa participation dans l'élaboration des objectifs. En effet, la non conscience des troubles peut être un frein à l'expression des besoins aux regards des réels déficits.

Nous sommes donc parvenus à établir la problématique suivante :

« Comment l'ergothérapeute peut-il au travers de ses séances, favoriser la participation du patient anosognosique - *plus singulièrement sur les troubles cognitifs* - après un AVC, à l'élaboration des objectifs de rééducation ? »

En octobre 2019, un questionnaire exploratoire a été proposé à des ergothérapeutes (*annexe VI*), il a permis de mettre en exergue les différents facteurs qui rendent difficile la prise en soin des patients anosognosiques et notamment leur absence de participation à l'élaboration des objectifs de rééducation – ce qui induit que le patient soit moins acteur.

Il nous a donné également des pistes sur les moyens thérapeutiques utilisés par les ergothérapeutes en SSR pour ces prises en soins.

De la construction du cadre conceptuel, des différentes pratiques des ergothérapeutes et des résultats du questionnaire exploratoire, trois hypothèses ont émergé.

Hypothèse 1: « l’ergothérapeute peut proposer des activités signifiantes afin d’investir le patient anosognosique dans l’élaboration des objectifs de rééducation. ».

Hypothèse 2 : « l’ergothérapeute peut utiliser des mises en situation, amenant à une mise en échec, par des activités signifiantes avec le patient anosognosique afin de l’investir dans l’élaboration des objectifs de rééducation. ».

Hypothèse 3 : « l’ergothérapeute peut utiliser des mises en situation amenant à une mise en échec par des activités non signifiantes avec le patient anosognosique afin de l’investir dans l’élaboration des objectifs de rééducation. ».

À noter que pour la recherche, il a été préférable de séparer l’hypothèse 2 de l’hypothèse 3 afin d’éviter qu’il ne subsiste deux enjeux sous une même hypothèse : différencier les activités signifiantes des activités élémentaires. Pour rappel une activité signifiante est une activité qui a du sens pour le patient, c’est-à-dire qu’elle est ancrée dans ses habitudes de vie. Une activité élémentaire est une activité que va devoir réaliser le patient sans pour autant qu’il y apporte de l’importance.

Nous précisons de plus, que nous parlerons de mise en situation à visée de mise en échec.

Afin de répondre à la problématique nous avons dû établir une méthodologie de recherche.

III. Méthodologie

Dans cette partie, nous détaillerons le dispositif méthodologique mis en place pour construire et aboutir à cette recherche. Ce dispositif repose sur le choix du chercheur au regard de son questionnement et des hypothèses de recherches.

Nous présenterons la méthode et l'approche choisies, les objectifs de l'enquête, la population enquêtée, le terrain de recherche et nous aborderons le choix de la technique et de l'outil de collecte de données. Nous évoquerons également la posture éthique prise et la déconstruction des prénotions élémentaires avant de débiter cette recherche. Nous finirons par préciser les méthodes de retranscription utilisées pour la présentation et l'analyse des données.

1. Dispositif méthodologique

Lors de la construction de son enquête, le chercheur va devoir choisir une méthode. Celle-ci peut être qualitative ou quantitative, en ayant comme but de définir un protocole de recherche. Suivant ce choix, les objectifs de recherche ne seront pas identiques, il importera au chercheur d'utiliser la méthode qui convienne le mieux à sa recherche.

De plus, en s'appuyant sur une méthode, il lui donnera une visée scientifique.

1.1 Choix de la méthode

Pour ce mémoire, nous avons opté pour l'utilisation d'une méthode qualitative, c'est-à-dire, en utilisant un dispositif adaptatif, qui s'ajuste aux différentes situations rencontrées. La méthode qualitative va permettre d'établir un raisonnement pour comprendre un phénomène humain et social.

Cette méthode nous a paru légitime pour l'obtention des expériences professionnelles et des différentes pratiques des ergothérapeutes, vis-à-vis des prises en soin des patients anosognosiques post-AVC. Comme le rapporte Dumez dans le *HAL archives ouvertes* cette méthode « *cherchent à comprendre comment les acteurs pensent, parlent et agissent et elle le fait en rapport avec un contexte ou une situation* » (Dumez, HAL, 2011, p 47-48).

1.2 Choix de l'approche

Le second choix concerne l'approche utilisée, nous avons opté pour une approche hypothético-déductive. Elle se construit à partir de la littérature, puis sur le terrain, par un recueil de données afin de répondre à une problématique et à des hypothèses de recherche. Elle nous permet d'avoir un protocole structuré pour répondre à notre problématique.

Elle se compose en quatre étapes :

- Premièrement, la construction d'un cadre conceptuel à partir d'une question de départ. Nous en obtiendrons une problématique et des hypothèses de recherche.
- Deuxièmement, la construction d'un protocole de recherche, en utilisant des techniques et outils de recueil de données. Il nous mènera à la recherche sur le terrain.
- Troisièmement, l'analyse des données recueillies sur ce terrain.
- Quatrièmement, la présentation et l'interprétation des résultats afin de valider ou d'invalider les hypothèses de recherche.

2. Objectif de l'enquête

Nos objectifs de cette initiation à la recherche sont :

- Comprendre des méthodes de prise en soin en ergothérapie pour favoriser la participation du patient dans l'élaboration de ses objectifs.
- Connaître l'impact d'un trouble anosognosique vis-à-vis des troubles cognitifs post AVC dans le quotidien du patient.
- Appréhender les méthodes des ergothérapeutes pour faciliter la réduction de l'anosognosie.

3. La population enquêtée

Afin de recueillir les données répondant à notre recherche, nous nous sommes orientés uniquement sur des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé, dans un centre de rééducation en France. Et plus précisément, des ergothérapeutes travaillant avec des patients anosognosiques post AVC vis-à-vis des troubles cognitifs. Nous avons la nécessité de connaître leurs pratiques professionnelles et de recueillir leurs expériences sur ces situations qui peuvent être complexes.

Nous avons exclu les ergothérapeutes, ne travaillant pas avec des patients anosognosiques et ceux ne pratiquant pas, dans des centres de rééducation.

Pour répondre à notre recherche, nous avons publié une annonce sur des groupes de réseaux sociaux, partagés entre des étudiants ergothérapeutes et des ergothérapeutes diplômés. Nous avons également utilisé des réseaux professionnels et personnels afin d'élargir notre panel d'enquêtés. C'est au total cinq ergothérapeutes qui ont accepté de répondre à nos questions.

En 1987, le professeur Aktouf, explique le rôle d'un échantillon : il doit « *servir de mesure-étalon, de base de mesure* ».

Les cinq ergothérapeutes représenteront notre échantillon de la population d'ergothérapeute, qui prend en soin ce profil de patients.

Ci-dessous un tableau recensant notre panel d'enquêtés. L'anonymat sera conservé pour chaque enquêté en leur attribuant un numéro, cela permettra également de simplifier le codage pour la présentation et l'analyse des résultats.

Professionnel(le)	Nomination pour l'analyse	Méthode et durée de l'entretien	Structure de travail	Obtention du diplôme
Ergothérapeute 1	E1	Entretien téléphonique 1 heure 15 minutes	SSR	2019
Ergothérapeute 2	E2	Entretien téléphonique 1 heure 15 minutes	SSR	2018
Ergothérapeute 3	E3	Entretien téléphonique 25 minutes	SSR	2016
Ergothérapeute 4	E4	Entretien téléphonique 1 heure 30 minutes	SSR	2013
Ergothérapeute 5	E5	Entretien téléphonique 40 minutes	SSR puis EHPAD	2018

Tableau II - échantillon des enquêtés de notre recherche

Un sixième ergothérapeute ne travaillant pas dans un centre de rééducation, nous a apporté des éléments supplémentaires sur son expérience de prise en soin des patients post AVC en phase aiguë. Nous prendrons son témoignage comme information supplémentaire dans la discussion.

4. Techniques et outils

4.1 Choix de la technique

Nous avons décidé d'utiliser la technique de l'entretien. « *Les entretiens de recherche sont des interviews constituant les éléments méthodologiques d'une démarche scientifique* » Et plus spécifiquement l'entretien semi-directif, c'est-à-dire « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes* (Lincoln, 1995) » (Geneviève Imbert, *Publique et de l'anthropologie*, page 24, septembre 2010).

Cette technique d'entretien semi-directif, nous a semblé pertinente dans ce cadre puisque « *l'objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens* ». (Geneviève Imbert, *Publique et de l'anthropologie*, page 24, septembre 2010). L'entretien s'établira par des questions ouvertes pré-ordonnées qui permettront de guider l'échange et de recueillir leurs expériences.

Nous analyserons et confronterons les résultats aux hypothèses afin de les valider ou de les invalider.

4.2 Choix de l'outil

L'entretien étant semi-directif, il était nécessaire de construire un guide d'entretien. Il se décompose en six thématiques permettant d'envelopper les différents concepts de ce sujet et de répondre à notre problématique. La structure de ce guide reste flexible en fonction des entretiens et de leurs déroulés.

Avant chaque entretien téléphonique, nous leur rappelons notre objectif et le cadre, tout en précisant que celui-ci sera anonyme. Nous leur avons demandé s'ils acceptaient d'être enregistrés. Vous trouverez le guide d'entretien en annexe (*annexe VIII*).

Ci-dessous l'énumération des différentes thématiques et les indicateurs correspondants.

- La présentation de l'ergothérapeute : nous souhaitons connaître leur parcours professionnels, leurs expériences.
- L'anosognosie et les prises en soins en ergothérapie : nous voulons apprécier la connaissance des ergothérapeutes sur ce trouble, savoir la fréquence de ce dernier, l'impact que l'anosognosie a sur leurs prises en soins. De plus, nous voulions savoir comment ils accompagnent ces patients et comment ils collaborent avec les équipes.

- L'ergothérapie et modèle conceptuel dans ces profils de prises en soins : nous cherchons à savoir si ils utilisent un modèle conceptuel orientant leur pratique et leur accompagnement vis-à-vis du patient.
- L'ergothérapie et les activités signifiantes : nous voulons connaître s'ils utilisent ce moyen thérapeutique et s'ils observent une meilleure participation du patient suite à cette pratique.
- L'ergothérapie et des mises en situation, de la même manière que les activités signifiantes : nous souhaitons savoir s'ils utilisent ce moyen thérapeutique et s'ils les différencient des activités signifiantes et élémentaires. De plus, nous cherchons à savoir si grâce à ces mises en situation, ils observent une meilleure participation du patient.
- Enfin, nous avons abordés des autres moyens envisagés par les ergothérapeutes, dans ces prises en soins.

5. Posture éthique du chercheur

Ce sujet peut nous amener à des réflexions fondamentales sur les principes et la morale de chacun lorsque nous proposons des soins à des patients qui ne le souhaitent pas.

En effet, que ce soit pour le patient ou pour le thérapeute, il faut se questionner sur l'intérêt de proposer une rééducation lorsque le patient est inconscient de ses difficultés. Il sera de notre rôle de chercher à comprendre comment les ergothérapeutes réagissent face à cette situation sans émettre d'avis.

6. Déconstruction des prénotions

Avant de construire ce mémoire, il a fallu rompre avec des prénotions. D'après le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), une prénotion est un « *Concept formé spontanément par la pratique et qui n'a pas encore subi l'épreuve de la critique scientifique* ».

Ainsi pour ne pas être faussés par les prénotions, nous avons enrichi nos connaissances, via la littérature sur les troubles du comportement et les refus de prises en soins par les patients anosognosiques. En effet ces deux prénotions ne sont pas systématiques pour chaque prise en soin.

7. Les limites du terrain de recherche

Pendant la période de recherche, nous avons fait face à une épidémie, nous obligeant à une période de confinement. C'est pourquoi nos entretiens ont dû être réalisés téléphoniquement pour assurer la sécurité de tous.

De plus, la surcharge des ergothérapeutes en SSR n'a pas toujours permis la réalisation des entretiens initialement prévus.

8. Méthode d'analyse

Afin d'analyser les données recueillies nous avons retranscrit les entretiens selon la « solution moyenne ». C'est-à-dire qu'elle consiste à enlever les hésitations, les redites et de réaliser des corrections grammaticales des paroles des enquêtés lors de la présentation des données. Selon Philippe Lejeune dans son livre *Je est un autre. L'autobiographie, de la littérature aux médias*, paru en 1980, cette méthode de retranscription permet d'obtenir un « récit de vie sous une forme maniable, économique, et point trop infidèle ». Dans notre mémoire, cela permet de faciliter la lecture et la compréhension des propos cités.

À la suite de cette retranscription nous avons réalisé une analyse verticale, mit en *annexe VIII*, qui a permis de réaliser l'analyse horizontale que nous présentons dans la prochaine partie.

IV. Présentation et analyse des résultats

Dans cette partie, nous présenterons et confronterons les données recueillies afin de les analyser. Lors de cette présentation et de notre analyse, nous utiliserons uniquement des données qui semblent pertinentes et cohérentes vis-à-vis de la problématique, d'une part pour des raisons d'anonymat et d'autre part pour synthétiser l'ensemble des données recueillies.

1. Recueil de données

Comme nous l'avons précédemment évoqué, nous avons réalisé une analyse horizontale, c'est-à-dire que nous avons établi des thématiques retrouvées dans chacun des entretiens. Pour chacune d'entre elles, nous allons présenter les données telles qu'elles ont été évoquées par les enquêtés, nous les analyserons dans le but de dégager les contradictions, les similitudes, les nuances et les particularismes.

2. Présentation et analyse

2.1 Présentation des enquêtés

Ci-dessous un tableau de rappel de la population enquêtée.

Professionnel(le) interrogé(e) par entretien téléphonique	Nomination	Structures de travail	Années d'obtention du diplôme
Ergothérapeute 1	E1	SSR	2019
Ergothérapeute 2	E2	SSR	2018
Ergothérapeute 3	E3	SSR	2016
Ergothérapeute 4	E4	SSR	2013
Ergothérapeute 5	E5	SSR puis EHPAD	2018

Tableau III – Résumé des caractéristiques des populations d'enquêtées

2.2 L'Anosognosie vue par l'ergothérapeute

2.2.1 Définition et fréquence de l'anosognosie

Pour pouvoir aborder l'anosognosie sans incompréhension entre nous et les enquêtés, nous avons demandé aux ergothérapeutes comment ils définissent ce trouble avec leurs propres mots ainsi que la fréquence des prises en soin de ce trouble au sein de leur service.

Leurs réponses nous permettent de savoir s'ils sont souvent confrontés à ce trouble et s'ils ont l'habitude de les accompagner.

	Définition	Fréquence
E1	« <i>L'anosognosie c'est le fait de ne pas se rendre compte de ses troubles, et de ce qui va impacter dans la vie quotidienne. De ne pas être capable de dire que l'on va éprouver des difficultés dans certains aspects de la vie quotidienne car pour nous on n'a pas de troubles alors que l'on en a.</i> »	« <i>Bah du coup l'anosognosie, j'en rencontre beaucoup [...] Pour les AVC un peu moins fréquent, a vu de nez je dirais 20 à 30 %. [...]</i> »
E2	« <i>C'est une personne qui n'est pas consciente de ses incapacités ou de ses troubles. Pour elle c'est comme s'il elle avait ses capacités comme avant.</i> »	« <i>C'est très variable ! Mais c'est plus fréquent l'anosognosie des troubles cognitifs que les troubles moteurs.</i> »
E3	« <i>La non-conscience de ses troubles.</i> »	« <i>Je dirais 2/3 c'est vraiment souvent. Après la durée de récupération n'est pas la même. Mais au départ ils sont vraiment nombreux. [...] Très peu anosognosie motrice. C'est quasi tout le temps anosognosie cognitive.</i> »
E4	« <i>C'est la non-conscience de sa pathologie. Comparé à l'anosodiaphorie que l'on retrouve pas mal, c'est vraiment que la personne n'a pas conscience que ça ne va pas. Autant en termes fonctionnel, moteur, qu'au niveau cognitif. À différencier des troubles de la métacognition où la personne à conscience de ses troubles fonctionnels mais pas cognitif.</i> »	« <i>Je dirais 1 patient anosognosique sur 12/13 que l'on voit chaque semaine en post-AVC. Souvent les patients AVC que j'ai ils récupèrent plus vite au niveau moteur. En fait ils voient que la motricité c'est important dans les actes quotidiens, du coup ils s'en rendent plus vite compte. Comparé aux troubles cognitifs. C'est assez fréquent qu'ils se rendent compte de leurs difficultés fonctionnelles plutôt que cognitif.</i> ».
E5	« <i>La personne n'est pas consciente de sa maladie, ne la comprend pas, ne pense pas être malade.</i> »	« <i>Pour moi il y a différent degré, si je peux dire ça. Certains c'est plutôt des anosognosies passagères, [...]. Et après il y a ceux qui pour moi sont vraiment atteint d'anosognosie et donc c'était rentré dans les objectifs d'ergothérapie</i> »

		<p><i>et c'était vraiment important à traiter pour pouvoir vraiment faire de la rééducation lié à l'AVC. Les gros cas comme ça, j'ai dû en avoir entre 10 et 15% après y en a plus qui ont des « petites anosognosies ». [...] Souvent c'est d'ailleurs plus des troubles cognitifs que des troubles moteurs qui sont inconscient. Parce que les troubles moteurs ça se voit plus ».</i></p>
--	--	--

Dans ces résultats, les ergothérapeutes nous apportent la notion que les troubles anosognosiques vis-à-vis des troubles cognitifs sont plus récurrents. En effet, ils s'accordent tous à dire, qu'il est plus évident pour un patient de prendre conscience de ses troubles moteurs que de ses troubles cognitifs. Ces derniers sont plus abstraits et sont moins « visibles » selon les enquêtés.

C'est sur ce point que vont s'interroger les ergothérapeutes, dans leur accompagnement d'un patient anosognosique.

2.2.2 L'anosognosie : un frein dans l'accompagnement ?

Nous cherchons à savoir si les ergothérapeutes rencontrent des difficultés pour prendre en soin ce profil de patient, dans la positive quelles en étaient les causes ?

Les ergothérapeutes E1 et E2, s'accordent sur le fait que, sans prise de conscience des troubles, il est plus difficile de faire adhérer le patient à sa rééducation. Comme le dit l'ergothérapeute E1 « *c'est beaucoup plus compliqué de proposer une rééducation au patient quand il n'en voit pas l'intérêt, parce que pour lui il n'a pas de trouble* » (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 17/03/2020).

Effectivement l'ergothérapeute E3 évoque que : « *Ça bloque la récupération. Un vrai anosognosique il est persuadé de ne pas avoir de problème, ne veut pas travailler les éléments qu'on leur demande de travailler. Surtout le cognitif du coup.* » (E3, communication personnelle [entretien téléphonique], 21/03/2020).

En revanche, les ergothérapeutes E4 et E5 s'entendent sur le fait que, c'est une difficulté qui est temporaire pour le thérapeute, mais qui est source de nombreuses remises en questions. Les ergothérapeutes ont souvent évoqué des situations cliniques où les prises en soins étaient

particulièrement complexes, et où il pouvait y avoir, parfois, des tensions entre le patient anosognosique et le thérapeute.

Cependant, dans la plus grande majorité des situations, les ergothérapeutes arrivaient à remédier à cette difficulté. Soit comme l'ergothérapeute E4 « *en prenant le temps de discuté avec la personne, en proposant vraiment des activités signifiantes* », (E4, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020), soit comme l'ergothérapeute E5 « *à chaque fois grâce à l'équipe pluridisciplinaire on arrivait à ce qu'ils prennent conscience qu'il y avait quelques choses qui n'allait pas.* » (E5, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

En complément de leur difficulté de prise en soin, nous leur avons demandé comment ils arrivaient à établir des objectifs de rééducation, support d'un plan de traitement ?

2.3 Les Objectifs de rééducation en ergothérapie

Suivant les pratiques professionnelles des enquêtés, nous constatons retrouver les deux modalités de plan de traitement évoqués dans le cadre conceptuel de notre mémoire.

Pour les ergothérapeutes E1, E3 et E4, il est primordial de lever l'anosognosie pour réussir à établir les objectifs avec le patient. L'ergothérapeute E1 évoque que « *lever l'anosognosie ça devient un objectif à court terme. Parce que si nous ne faisons pas ça, on va vite être bloqués. On ne pourra pas avoir accès au reste. On va en fait très vite arriver à un plateau de récupération. Parce que ce que l'on va proposer ce ne sera pas efficace. Le patient ne va pas être impliqué et s'il n'est pas impliqué ce ne sera pas efficace.* ». (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 16/03/2020). L'ergothérapeute E3 confirme les propos de l'ergothérapeute E1 « *C'est la première chose que je fais, car sinon on ne peut pas récupérer les capacités.* » (E3, communication personnelle [entretien téléphonique], 21/03/2020), l'ergothérapeute E4, appuie le fait que c'est une nécessité « *parce que si le patient est anosognosique, on n'arrive pas à établir un plan d'intervention qui soit en commun avec le patient.* », Il ajoute que « *S'il n'arrive pas, il n'adhère pas à la rééducation, parce qu'il ne comprend pas ce qu'on fait.* » (E4, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

L'ergothérapeute E1 précise qu'il est nécessaire et essentiel de réaliser un accompagnement également des autres troubles liés à l'AVC : « *On va faire essayer de réduire l'anosognosie mais en même temps on va quand même faire des exercices pour les autres*

troubles liés à l'AVC. En phase aigüe d'AVC, il faut faire de la récupération une priorité mais à la fois il faut que le patient ait ce déclic. » (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 17/03/2020).

Pour l'ergothérapeute E2, les objectifs sont élaborés par les soignants : « *Dans notre structure on a déjà élaboré une liste d'objectifs en fonction des pathologies. Pour faciliter la rédaction des dossiers. Et nous on va venir sélectionner les objectifs qui sont liés à nos patients à leurs besoins. [...] En priorité ça va être troubles moteurs et cognitifs puis l'anosognosie si vraiment on atteint un plateau dans la rééducation. Si les patients ont récupéré il n'y a plus de raisons qu'il y ait de l'anosognosie. On essaie de travailler sans qu'ils se braquent, une activité qui peut être motrice peut être aussi travaillée pour les fonctions cognitives sans qu'ils s'en aperçoivent. Travailler subtilement le côté cognitif sans les braquer.* » (E2, communication personnelle [entretien téléphonique], 18/03/2020).

Enfin l'ergothérapeute E5, est relativement mitigé, en effet il avoue que ces prises en soins seront différentes au début, il ajoute qu' « [ils vont] cibler ce qui leur tenait à cœur. À la limite uniquement ça, pour qu'ils se rendent compte que ce qu'ils faisaient avant ça ne fonctionne plus aujourd'hui, qu'ils ont vraiment quelque chose. Après ça ils étaient plus ouvert à la discussion ». Cependant il ajoute qu'il faut « *d'abord traiter les séquelles de l'AVC puis de l'anosognosie* ». (E5, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

Comme nous le constatons, les ergothérapeutes élaborent différemment les objectifs dans leurs pratiques professionnelles. Certains expliquent rapidement lors des entretiens, des moyens pour faciliter la réduction de l'anosognosie afin de pouvoir améliorer la prise en charge et notamment la participation du patient pour élaborer ses objectifs de rééducation. L'ergothérapeute E4 parle déjà de mises en échec : « *Généralement on est obligé de passer par une phase de mise à l'échec qui peut durer plus ou moins longtemps suivant la personne, pour que la personne finisse par adhérer à la rééducation. Après la personne, souvent, elle adhère plus à la rééducation d'un point de vue fonctionnelle, à ce qui est analytique, mais elle ne se rend pas compte qu'elle n'a pas d'organisation, qu'elle se répète. Sur le point de vue de l'adhésion à la rééducation sur le cognitif c'est un peu plus long* » (E4, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020). L'ergothérapeute E5 quant à lui parle des activités signifiantes dans son discours.

Suite à l'élaboration des objectifs, nous cherchons à comprendre, si sur le terrain, ils impliquent le patient dans l'élaboration de ses objectifs.

2.4 L'Implication du patient dans l'élaboration des objectifs

La question posée aux ergothérapeutes est : « *Arrivez-vous à prendre en compte le patient dans la construction des objectifs ?* ». À cette question, nous distinguons deux types de réponse : d'une part, il y a les ergothérapeutes qui, dès le début place le patient au centre de sa rééducation, et les autres qui laissent du temps au patient pour prendre conscience de leurs troubles avant de leur parler d'objectif.

L'ergothérapeute E1 nous évoque que « *même anosognosique les patients se rendent bien compte qu'il y a des choses qui déçoignent un peu. Leurs objectifs en général en arrivant c'est « je veux remarcher » et voilà. Ou alors « je veux avoir moins mal ». Ce sont des choses très globales et on va dire basiques. Donc on part toujours de ces objectifs-là du patient, et puis on va étoffer au fur et à mesure. Nous on aura nos objectifs de soignants comme la prévention des déformations orthopédiques ... Mais moi j'essaie toujours, si le patient exprime un souhait particulier au début, de rattacher ce souhait à ce que je fais pour augmenter la participation et l'adhésion à la prise en soin.* » (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 17/03/2020). L'ergothérapeute E4 porte le même avis, il prend le temps en début de prise en charge d'élaborer un « *contrat de rééducation* », qui s'appuie sur « *ce qu'ils veulent eux et s'ils sont d'accord avec ce qu'on leur propose de travailler* ». Il appuie le fait que ce contrat va évoluer « *notamment [pour] les troubles cognitifs que j'intègre petit à petit.* » (E4, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

Les ergothérapeutes E4, E1 et E5, orientent le début de prise en charge « *surtout sur la partie fonctionnelle* ». Tous les trois vont, comme le dit E4, au fur et à mesure que les bilans cognitifs seront effectués, « *essayer de faire intégrer le patient aux travaux cognitifs. Mais ils ne vont pas toujours le comprendre. C'est plus avec les médiateurs des séances que l'on va réussir à leur faire formuler les objectifs qui concernent les troubles cognitifs.* » L'ergothérapeute E4 précise que « *la chose importante c'est qu'il faut, qu'il les formule lui les objectifs, pour que ça ait un impact sur la prise en charge.* » (E4, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020). L'ergothérapeute E5 affirme également que « *de toute manière je cherche l'accord du patient. Parce que sinon ça ne fonctionnera pas* » (E5, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

Lors de l'entretien initial, l'ergothérapeute E5 commence par connaître les habitudes du patient et lui demande si il lui convient de réaliser ses activités comme il le fait actuellement. Selon lui, les patients sont « *plus réceptifs au bilan une fois qu'ils ont dit ce qu'ils voulaient travailler. En fonction de ça, je décide avec le patient ses objectifs, en fonction de ce qu'il aime*

et ce qu'il veut travailler. En partant de leur ressenti et de là où ils se sentent en difficulté. Mais quand y a de l'anosognosie il n'y aura pas ça, du moins ce sera plus compliqué. » (E5, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

Pour l'ergothérapeute E2, il faut prendre plus de temps, il évoque que *« c'est quand ils se sentent en difficulté, c'est là qu'il faut y aller et leur expliquer leur difficulté. Ça peut les amener à penser à leurs besoins. »*. Il ajoute *« en soit les objectifs c'est ton axe de travail à toi. Si en soit un patient te dit qu'il n'a aucune difficulté et que toi tu sais qu'il a des troubles. Est-ce que toi tu vas te dire que tu ne vas pas faire de travail cognitif avec cette personne ? C'est plus le thérapeute qui gère ses séances que le patient »*. (E2, communication personnelle [entretien téléphonique], 18/03/2020).

Les ergothérapeutes E3 et E2 sont en adéquation en affirmant qu'il faut attendre. L'ergothérapeute E3 nous dit qu' *« [elle] considère son avis dès le départ mais [elle] ne le mets pas tout de suite dans la boucle sinon lui ses objectifs ça ne serai absolument pas de venir en ergothérapie »*. (E3, communication personnelle [entretien téléphonique], 21/03/2020).

Pour conclure, les ergothérapeutes E1, E4 et E5 favorisent la participation du patient dans les objectifs dès le début de la prise en charge. Pour eux, c'est un premier pas nécessaire pour l'adhésion du patient à sa rééducation. Pour l'ergothérapeute E4, il est nécessaire que les patients anosognosiques expriment eux-mêmes leurs objectifs pour qu'ils adhèrent à la rééducation et qu'ils prennent conscience de leurs besoins.

En revanche, les ergothérapeutes E2 et E3, intègrent plus tardivement le patient à l'élaboration des objectifs, préférant attendre que ce dernier prenne conscience de ses difficultés. Ils n'élaborent pas d'objectifs trop ambitieux ou inadéquats à la rééducation.

De ce fait, nous allons maintenant aborder les méthodes de prises en soins pour favoriser la réduction de l'anosognosie et de ce fait favoriser la participation du patient à l'élaboration des objectifs.

2.5 Les activités signifiantes : un levier favorisant la participation du patient à l'élaboration des objectifs de rééducation ?

Nous cherchons à connaître si les ergothérapeutes utilisent des activités signifiantes comme moyen thérapeutique, pour favoriser la participation du patient à l'élaboration des objectifs.

Unanimement, tous les ergothérapeutes répondent par la positive à cette question. Ce moyen thérapeutique va se dérouler en trois temps.

Dans un premier temps, ces activités favorisent la relation de confiance thérapeute/patient. Le patient va pratiquer les activités proposées parce qu'elles ont du sens pour lui. L'ergothérapeute E1 dit « *ça coule de source, si quelque chose t'intéresse tu le fais. Tu le fais parce que tu aimes bien. Et derrière ça te fait travailler d'autres fonctions. Quand tu aimes, tu participes plus.* » (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 17/03/2020). L'ergothérapeute E2 dit que lorsque « *Tu vas travailler avec des activités qu'ils leurs sont significantes, cela permet que les personnes soient plus engagées dans la prise en charge* ». (E2, communication personnelle [entretien téléphonique], 18/03/2020). L'ergothérapeute E3 dit que « *si on ne donne pas des activités significantes, ils refusent de le faire. [...]. L'objectif étant de les avoir de notre côté. Une fois qu'on les a avec nous il y a la relation de confiance qui va faire, que même si on leur propose un exercice qui leur plait moins, ils sont avec nous donc ça va plus fonctionner.* » (E3, communication personnelle [entretien téléphonique], 21/03/2020). L'ergothérapeute E4 affirme également qu'il « *utilise des activités significatives et significantes qui sont en adéquation avec le contrat. J'essaie de voir si le patient a des initiatives, s'il n'en a pas je lui propose. Je cherche à ce que la personne prenne des initiatives. Bien-sûr on reste attentif à ce qu'ils sont capables de faire.* ». (E4, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

Dans un second temps, en réalisant des activités que le patient aime pratiquer, il peut avoir des éléments de comparaison sur la réalisation de cette activité. Cette comparaison, va par ce fait favoriser la réduction de l'anosognosie. L'ergothérapeute E3 évoque qu'« *à partir du moment où l'activité est significative ils sont acteurs. Après ça dépend des personnalités. Y'en a qui vont demander en permanence pourquoi je fais ça et évidemment on leur demande de réfléchir après ceux qui ne demande pas, je leur explique pas systématiquement. Je pense que ça serait bien de le faire, de les amener à penser sur les objectifs.* » (E3, communication personnelle [entretien téléphonique], 21/03/2020). L'ergothérapeute E5 approuve ce fait, en affirmant « *quand on les mets dans des activités comme ça, ils se rendaient compte qu'ils le font moins bien qu'avant* » (E5, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

Dans la troisième étape, la réduction de l'anosognosie permet aux patients d'expliquer oralement leur besoin et d'élaborer leurs objectifs de rééducation.

Tous les ergothérapeutes confirment que les activités signifiantes sont nécessaires dans la prise en charge en ergothérapie et essentielles dans les prises en soins des patients anosognosiques.

Cependant, comme l'évoque l'ergothérapeute E1, il y a une limite dans les propositions d'activités signifiantes « *en termes de moyens ce n'est pas forcément possible. Mais on va essayer au maximum de coller à ce que le patient aime faire* » (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 17/03/2020). Il ajoute qu'il préfère garder aussi les activités signifiantes pour les jours où il est plus difficile pour le patient, de venir en rééducation.

Si tous les ergothérapeutes sont d'accord avec les activités signifiantes, ils évoquent également tous l'importance en ergothérapie des mises en situations.

2.6 Les mises en situations : un levier favorisant la participation du patient à l'élaboration des objectifs de rééducation ?

Dans cette partie, nous analysons la pratique des mises en situations. Favorisent-elles la prise de conscience du patient à l'élaboration des objectifs de sa rééducation ? Nous leurs posons deux questions concernant cette thématique :

- Ces mises en situations avaient elles pour but d'être des mises en échecs ?
- Est-ce que ces mises en situations étaient proposées pour des activités signifiantes ou élémentaires ?

2.6.1 Des mises en situations pour des mises en échecs ?

Pour les ergothérapeutes E1, E3, E4 et E5, les mises en situation pour mettre en échec sont utilisées afin de réduire l'anosognosie, pour favoriser dans un second temps, la participation du patient à l'élaboration des objectifs.

L'ergothérapeute E1 évoque c'est « [s]a manière de travailler en général pour ce profil sauf cas à part, je vais mettre en échec volontairement le patient. En ciblant un trouble bien particulier. Mais dans un environnement toujours bienveillant. » (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 17/03/2020). Similairement, l'ergothérapeute E3 exprime que « les mises en situations sont faites quasi tout le temps avec ce profil de patient ». Il ajoute qu'en effet cela favorise la participation « surtout pour les patients avec des troubles cognitifs limitant. » (E3, communication personnelle [entretien téléphonique], 21/03/2020).

L'ergothérapeute E1 ajoute que son objectif n'est pas de mettre en situation son patient uniquement pour de la rééducation mais qu'il « essaie que le patient soit impliqué pour qu'il se

rende compte par lui-même. Je vais rarement proposer une mise en situation quand il y a de l'anosognosie. Sauf pour mettre en échec. Si on veut que le patient prenne conscience.» (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 17/03/2020). A l'inverse, l'ergothérapeute E4 préconise toutes les mises en situation écologique, puisqu'elles servent « *pour de l'évaluation, pour de la rééducation et pour de la réadaptation.* » (E4, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020). L'ergothérapeute E5 est en adéquation avec l'ergothérapeute E4, il utilise beaucoup les mises en situation et d'autant plus avec les patients anosognosiques car « *avec les personnes anosognosiques soit ils me prouvaient par a+b que tout allait bien, puisqu'ils compensaient bien et du coup pas besoin de le travailler avec eux. Et là tu sais que ça ne passe pas par là pour qu'ils prennent conscience de leur maladie. Soit ça les aide à prendre conscience justement. Ils se rendaient compte clairement que ce qu'ils s'imaginaient encore pouvoir faire bah ça ne va pas. Et c'est là que l'accompagnement commence clairement parce qu'ils entament leur réflexion sur pourquoi ils n'arrivent plus à le faire.* » (E5, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020). Il ajoute que cela favorise la participation du patient puisqu'il peut se rendre compte d'une difficulté.

En revanche pour l'ergothérapeute E2 « *la mise en échec n'est pas faite dès le départ. Uniquement à la fin, si aucune récupération et que la personne veut vraiment se mettre en danger. Avant la mise en échec il y a plein de chose à mettre en place. C'est important de ne pas tout de suite les mettre en difficulté sinon c'est difficile de les faire adhérer.* » (E2, communication personnelle [entretien téléphonique], 18/03/2020).

2.6.2 Des mises en situations : autour d'activités signifiantes ou élémentaires ?

Tous les ergothérapeutes interrogés sont unanimes sur le fait qu'il faut proposer des activités signifiantes lors des mises en situations. Cependant, certains ergothérapeutes nuancent cette information par la nécessité de proposer des activités que le patient réalise à son domicile, elles seront plutôt proposées à la fin de la rééducation.

C'est ce qu'évoque l'ergothérapeute E1, il « *reste dans la réalité écologique du patient* » (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 17/03/2020). L'ergothérapeute E2 parle également qu' « *on va leur proposer uniquement des mises en situation avec des activités qu'ils font à la maison, tu t'adaptes à leur style de vie* ». Il ajoute qu'il faut « *rendre l'activité attrayante pour eux* » (E2, communication personnelle [entretien téléphonique], 18/03/2020).

Pour l'ergothérapeute E3 c'est « *Surtout en lien avec les activités signifiantes par rapport au patient ; ce qui revient c'est beaucoup la cuisine, se laver seul pour préparer le retour à domicile. Marche, cuisine, toilette c'est ce qui revient le plus souvent. C'est plus rare le jardinage, car même si c'est un loisir, ce n'est pas ce qui les inquiète le plus. Souvent c'est ce qui peut empêcher de pouvoir retourner à domicile.* » Il précise que c'est évidemment « *propre à chaque patient.* » (E3, communication personnelle [entretien téléphonique], 21/03/2020).

Enfin l'ergothérapeute E4 affirme que les mises en situation vont permettre aux patients de « *se rendre compte de leur difficulté pendant les activités, et surtout les mises en situation écologique qui est la clé de voute de la prise en charge* » (E4, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

Pour conclure sur les mises en situations, les ergothérapeutes sont d'accord sur l'utilité de mettre en échec le patient anosognosique favorisant ainsi sa prise de conscience et par conséquent sa participation à l'élaboration des objectifs. Cependant, ils ne sont pas tous d'accord sur le « moment » pour effectuer cette mise en échec.

Ils sont unanimes à l'utilisation d'activités signifiantes au patient, favorisant ainsi son adhésion et de ce fait sa participation dans l'élaboration des objectifs de rééducation. Dans le but d'un retour à domicile, ils doivent réaliser des mises en situation sur des activités élémentaires. En revanche, les ergothérapeutes E5 et E2 évoquent des limites lors des mises en situation. D'abord l'ergothérapeute E5 explique que le risque est que le patient ne voit que les incapacités fonctionnelles lors de cette mise en situation sur cette activité. Le patient anosognosique ne va pas identifier quelle fonction limite sa participation dans les activités. Il dit que « *les objectifs étaient très liés à la médiation en elle-même. Ils ne pensent pas que ce soit une fonction plus globale. Du coup pour proposer d'autres exercices pour travailler cette capacité c'est plus difficile et je trouvais qu'ils accrochaient moins. Par contre refaire la mise en situation ça fonctionnait bien.* » (E5, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020). L'ergothérapeute E2 rajoute que le risque est que « *Si les patients anosognosiques ne voit pas l'intérêt de la mise en situation, au mieux ils la feront pour te faire plaisir et ce n'est pas ton but* » (E2, communication personnelle [entretien téléphonique], 18/03/2020).

Comme nous venons de l'exposer, il y a des intérêts et des limites pour chaque moyen utilisé. Suite à l'analyse de nos résultats, nous allons pouvoir valider ou réfuter nos hypothèses de recherche.

V. Discussion

Dans cette partie, nous allons reprendre les hypothèses et notifiions si, avec la recherche sur le terrain, nous validons ou si nous les réfutons. De plus, nous préciserons des nouveaux concepts obtenus par les enquêtés qui nous paraissent pertinents à décrire. Enfin nous discuterons des biais et des limites de cette recherche.

1. Retour sur les hypothèses

Les hypothèses de notre recherche étaient :

Hypothèse 1 : « *l'ergothérapeute peut proposer des activités significantes afin d'investir le patient dans l'élaboration des objectifs de rééducation.* ».

Hypothèse 2 : « *l'ergothérapeute peut utiliser des mises en situation, amenant à une mise en échec, par des activités significantes avec le patient anosognosique afin de l'investir dans l'élaboration des objectifs de rééducation.* ».

Hypothèse 3 : « *l'ergothérapeute peut utiliser des mises en situation amenant à une mise en échec par des activités non significantes avec patient anosognosique afin l'investir dans l'élaboration des objectifs de rééducation.* ».

Avant de pouvoir expliquer pourquoi nous validerons ou réfuterons ces hypothèses, nous tenions à reprendre une notion que nous avons abordé brièvement dans le cadre conceptuel, mais qui semble, après les entretiens, devenir une notion clé dans l'accompagnement des patients anosognosiques, il s'agit de la relation de confiance dans la relation thérapeutique. En effet, dans toutes prises en soins, il importe que le patient puisse avoir confiance en son thérapeute et inversement. Comme l'évoque Thierry Tournebise dans son article déposé en ligne en avril 2017 « Confiance thérapeutique. Le patient, le praticien, le soignant », la relation de confiance est « *un avantage inestimable pour le professionnel qui peut ainsi exercer plus aisément son métier, et mettre en œuvre ses compétences techniques. Mais c'est aussi un avantage pour le patient, car s'il est en confiance il vit avec plus de tranquillité les soins qu'il reçoit* ». Dans l'accompagnement d'un patient anosognosique, cette relation va avoir un rôle encore plus primordial pour favoriser l'adhésion du patient à la rééducation.

Au fil des entretiens, il semble se dessiner un processus d'accompagnement.

Ci-dessous un schéma facilitant la compréhension de nos propos, il a été créé à partir des propos des enquêtés ainsi que des points abordés dans le cadre conceptuel.

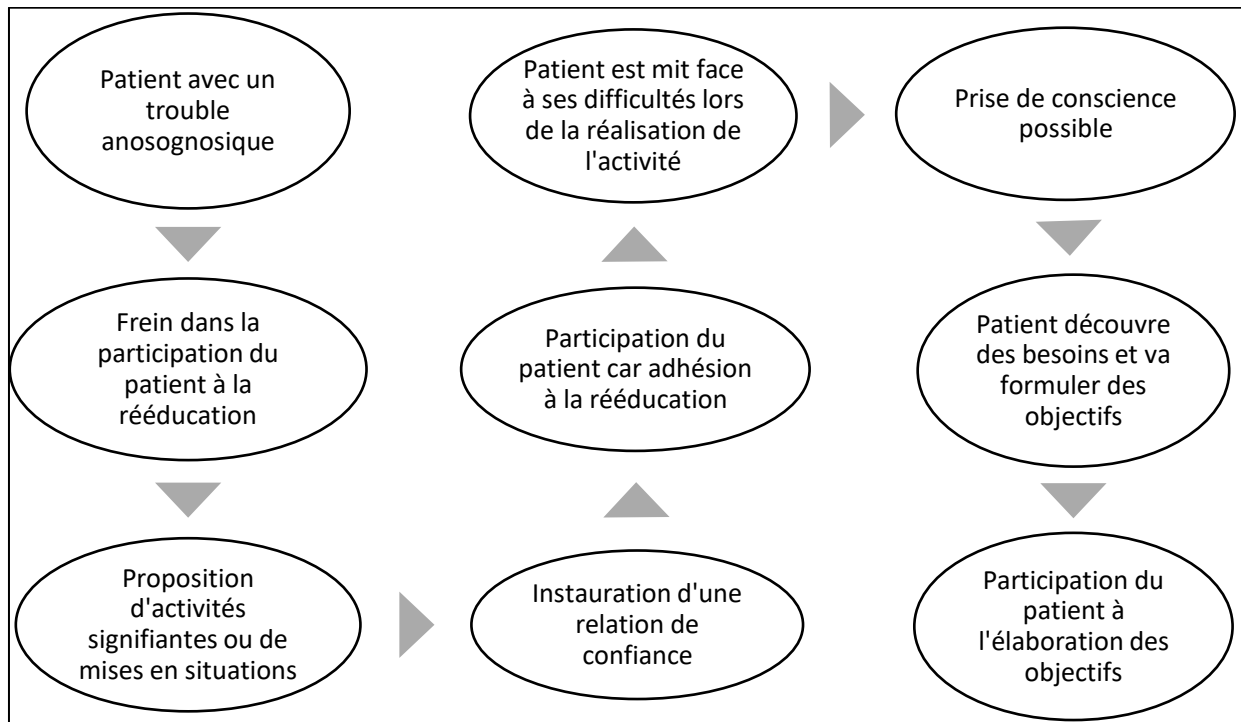


Figure 7 - Schéma du processus de participation du patient anosognosique à l'élaboration des objectifs

Comme nous le voyons dans ce schéma, nous partons du fait que l'anosognosie est un frein dans l'accompagnement. C'est ce que corroborent divers auteurs tels qu'Enholé ou Derouesné, un trouble anosognosique peut impacter sur la rééducation des patients et donc sur sa participation. C'est d'ailleurs ce qu'expriment tous nos enquêtés. Il faudra donc établir une relation de confiance pour faciliter l'adhésion et la participation du patient aux activités et ainsi à sa rééducation. Nous constatons que, plus cette adhésion sera importante, plus la réduction de l'anosognosie sera aisée, et plus le patient prendra conscience de ses difficultés.

Nous cherchons maintenant à découvrir si les moyens, que nous avons évoqués dans nos hypothèses, vont permettre de réaliser ce processus.

Tout d'abord, parlons des activités signifiantes. Tous les ergothérapeutes considèrent que pour les patients anosognosiques, les activités signifiantes contribuent à la participation du patient. En effet, elles permettent d'entrer dans le processus de prises de conscience par le patient, entre ce qu'il faisait antérieurement à l'accident et ce qu'il peut faire actuellement. Cette comparaison leur permet d'identifier leurs besoins. Cette identification va selon les enquêtés, aider les patients à élaborer leurs objectifs. Cependant, les fonctions cognitives étant plus abstraites à appréhender, il sera plus compliqué pour les patients de les généraliser dans les

activités quotidiennes. Nous voulons signifier qu'ils peuvent comprendre qu'une difficulté apparaisse dans une activité mais, pas toujours, pour l'ensemble des activités quotidiennes impliquant la même fonction. **Nous pouvons valider cette hypothèse 1** puisque malgré la difficulté de compréhension des troubles des fonctions cognitives, les ergothérapeutes expliquent que les activités signifiantes sont bien des moyens facilitateurs favorisant la participation du patient à l'élaboration de ses objectifs.

Nous allons maintenant aborder les mises en situation. Les ergothérapeutes affirment qu'il est préférable de proposer des mises en situation autour d'activités signifiantes pour ce profil de patient. Ils préfèrent que le patient adhère à la rééducation avec des mises en situation, qui lui sont familières pour les amener à des mises en échec accompagnées. Cependant, l'ergothérapeute E2, préfère mettre en situation mais sans échec dans un premier temps. Puis lorsque cela devient nécessaire, il réalise des mises en échec pour que le patient prenne conscience de ses troubles. Quatre ergothérapeutes sur cinq proposent de mettre en échec les patients sur des activités signifiantes et le cinquième est en désaccord mais uniquement sur une question de temporalité.

Ils s'accordent à dire qu'il faut préférentiellement faire adhérer le patient anosognosique à sa rééducation et qu'il est préférable de proposer des mises en situations sur des activités en lien avec les habitudes de vie et les loisirs du patient lorsque cela est possible. **Nous pouvons valider l'hypothèse 2** puisqu'il n'y a pas de notion de temporalité dans nos hypothèses.

Cependant, **nous réfutons l'hypothèse 3** car pour certains ergothérapeutes, tant que l'anosognosie est présente, il n'est pas possible de mettre en situation le patient dans des activités pour lesquelles il ne s'identifie pas, même si, elles ont un apport thérapeutique pertinent.

2. L'intérêt de la participation des patients à l'élaboration des objectifs de rééducation

Grâce à ce travail de recherche, nous comprenons l'intérêt d'aider le patient à participer à l'élaboration des objectifs de rééducation.

Dans un article sur l'« utilisation du Goal Attainment Scaling en rééducation cognitive et applicabilité à la rééducation de l'aphasie » paru en 2015, par Krasny-Pacini A et al., explicitent l'intérêt de la participation des patients dans l'élaboration des objectifs en rééducation. En effet,

ils accèdent au fait de « *motiver et impliquer le patient (et/ou sa famille) dans le traitement, en priorisant ce qui est important pour lui, dans son projet de vie et celui de la famille; d'implanter les objectifs travaillés en séance de rééducation dans la vie quotidienne du patient au travers d'objectifs concrets pour lui* ».

Si cette notion de participation est valable pour toutes les prises en soin, elle l'est d'autant plus, pour l'accompagnement des patients anosognosiques, leur permettant de découvrir par eux même leur difficulté.

L'ergothérapeute E4 appuie ces propos, expliquant que pour servir sa rééducation, le patient doit exprimer de lui-même et oralement ses objectifs de rééducation. « *La chose importante c'est qu'il faut qu'il formule lui les objectifs, pour que ça ait un impact sur la prise en charge* ». (E4, communication personnelle [entretien téléphonique], 31/03/2020).

3. Les limites de l'accompagnement d'un patient anosognosique post AVC

Durant cette recherche, nous remarquons qu'il n'existe pas de protocole, ni de consensus sur les modalités d'accompagnement d'un patient anosognosique. Les ergothérapeutes interrogés tentent par différentes méthodes, de faire prendre conscience aux patients anosognosiques de leurs déficits, les résultats ne seront pas toujours probants et seront en fonction du patient et de sa personnalité. Comme nous l'avons déjà noté, ce trouble étant variable, il est difficile de trouver un accompagnement « spécifique » à adopter. De ce fait, les ergothérapeutes pratiquent tous différemment.

4. Comparaison de l'accompagnement des patients anosognosiques dans une unité soins aigus post AVC à un accompagnement en SSR

Intéressé par notre enquête, un ergothérapeute en USINV : Unité de Soins Intensif Neurovasculaire, nous a contacté. Il ne rentre pas dans notre échantillon choisi, cependant, nous avons écouté son témoignage sur sa pratique dans cette unité, auprès des patients anosognosiques. Cet ergothérapeute stipule que « *Pour parler plus spécifiquement de l'anosognosie, je dirais qu'on la prend en charge dès le début finalement. Pour ne pas qu'elle s'installe durablement. Et donc, mon principe est de "Mettre en échec le patient sans le mettre en danger". Donc concrètement, lui rappeler sans cesse où il est et pourquoi, en lui disant bien qu'il n'est actuellement pas capable de faire certaines choses comme il les faisaient avant, ne pas le laisser commencer des discours sur ce qu'il est capable de faire, et donc le couper et lui dire que non, il n'est pas capable. L'idée est donc de le mettre face à ses difficultés, pour qu'il*

en prenne conscience et, bien sûr, l'accompagner pour dépasser ses difficultés. » (E6, communication personnelle [échange par mails], 30/03/2020).

Nous traduisons l'importance de prendre en charge le plus rapidement possible le trouble anosognosique dans les SSR ou dans une unité plus aigüe prenant les patients après un AVC.

De plus, comme nous l'avons précisé, les mises en situations avec mise en échec du patient sont favorisées dans cette unité. Cela permet donc d'étayer notre discours.

5. Les limites de cette recherche

Cette recherche a cependant des limites que nous vous présentons.

Pour débiter, nous commençons par la taille de notre échantillon. En effet, nous n'avons pu interroger que cinq ergothérapeutes, l'échantillon interrogé est relativement restreint, il ne permet donc pas de généraliser nos résultats à une plus grande échelle.

Ensuite, nous remarquons que les ergothérapeutes interrogés avaient entre un et sept ans d'expériences, cela peut avoir limité les situations rencontrées et notamment l'utilisation de diverses méthodes pour réduire l'anosognosie.

Nous mentionnons également le fait que les ergothérapeutes n'ont pas tous la même pratique sur l'élaboration des objectifs, ce qui rend la pratique relativement hétérogène et difficile à analyser.

Cette recherche est également limitée dans le sens où les patients sont tous singulier avec leur propre personnalité, nous ajouterons que l'anosognosie est un trouble variable et qu'il n'y a pas de « protocole » fixe. Ainsi les situations sont différentes et les modalités de prises en charge également. Cela rend l'homogénéisation d'un accompagnement difficile.

Enfin, il aurait été intéressant d'avoir des données quantifiables sur ce sujet, afin d'avoir une plus grande étendue des pratiques professionnelles réalisées. Il serait lucratif d'élargir notre étude à un plus grand panel afin d'observer les moyens qu'utilisent d'autres ergothérapeutes pour favoriser la participation du patient à l'élaboration des objectifs de rééducation.

6. Les perspectives pour la pratique

Dans cette partie, nous abordons une notion que les ergothérapeutes ont souvent mentionnée et qui nous semble intéressante à approfondir : le rôle de la famille dans l'accompagnement des patients anosognosiques.

En effet, pour tous les enquêtés, il est important de considérer la famille dans la prise en soin. Certains ergothérapeutes ont avoué que la famille était facilitatrice alors que d'autres, ont rencontré des situations où les familles étaient plutôt un obstacle. L'ergothérapeute E3, considère qu'ils peuvent être à la fois la clé pour faciliter la réduction de l'anosognosie et à la fois un obstacle à la prise en soin. En s'appuyant sur ces propos, la famille par sa culture et ses valeurs, va aider son proche dans les actes quotidiens, l'empêchant de se rendre compte de ses difficultés. Cependant, nos ergothérapeutes confirment que la famille peut être aidante, lorsqu'elle comprend les objectifs et qu'elle stimule le patient. De plus, elle peut limiter les échecs lors des sorties thérapeutiques.

À contrario, elle peut être non aidante lorsqu'elle ne comprend pas le trouble anosognosique de leur proche. L'ergothérapeute E3 suggère que la famille peut-être limiteur dans la réduction de l'anosognosie, puisqu'il n'y a pas de mises en échec, la famille réalisant tout à sa place.

Malgré quelques réticences notées par les ergothérapeutes, la famille peut s'avérer être un allier à considérer, et à impliquer dans la rééducation du patient. La famille doit comprendre les objectifs et faciliter par leur présence le travail des thérapeutes.

VI. Conclusion

Par cette étude, nous avons essayé de montrer avec quels moyens, l'ergothérapeute fait participer le patient à l'élaboration des objectifs, point essentiel dans son accompagnement. Nous avons constaté qu'il est préférable de favoriser la réduction de l'anosognosie pour faciliter sa participation. Nous avons validé le fait que les activités significatives et les mises en situations amenant à des mises en échec sont des moyens relativement efficaces pour favoriser cette participation.

Nous constatons avec cette recherche que, malgré un trouble relativement complexe et partiellement inconnu, les ergothérapeutes interrogés arrivent à réduire l'anosognosie avant le retour du patient à son domicile. Le travail est d'autant plus délicat puisqu'il faut tenir compte de la singularité de l'individu, le besoin d'un diagnostic et l'emploi de moyens différents pour chaque patient.

Ce travail d'initiation à la recherche, nous permet d'envisager notre future pratique professionnelle. Nous apprenons qu'il est possible de nous retrouver en écueil, en ne sachant pas toujours comment accompagner un patient, mais nous inculque qu'il est toujours possible de s'adapter en essayant divers moyens que nous avons décrits le long de ce mémoire.

D'un point de vue professionnel, cette recherche nous a permis d'acquérir des connaissances sur la méthodologie d'une recherche scientifique, s'appuyant sur des recherches dans la littérature existante, la conception d'un cadre conceptuel, expliquant les notions importantes du sujet. Nous avons appris à concevoir, à réaliser et à analyser des entretiens afin d'en déduire une conclusion.

Cette recherche nous a permis de comprendre qu'il existe plusieurs pratiques ergothérapeutiques et qu'il est important de développer sa propre pratique tout en tenant compte de la pluridisciplinarité de notre métier. Nous avons approfondi différents points techniques de notre profession avec l'aide d'ergothérapeutes qui nous ont apportés leurs expériences et conseils dans le travail sur le terrain.

Enfin, il est intéressant de préciser et d'élargir notre étude sur le rôle de l'ergothérapeute dans l'éducation faite aux familles, en définissant le trouble anosognosique et notamment l'impact qu'il peut avoir sur le quotidien de leur proche. L'intérêt serait de permettre à la famille de devenir un moyen facilitateur, permettant au patient la prise de conscience de ses difficultés et l'incitant à participer à sa rééducation en élaborant avec le thérapeute ses objectifs.

VII. Bibliographie

- ❖ Adandé, M. (2014). *Être en confiance dans la rencontre thérapeutique*. Consulté le 04/05/2020, à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2014-2-page-29.htm>. (Page 33).
- ❖ Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Consulté le 17/04/2020, à l'adresse http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisations/metho_sc_soc_organisations.pdf
- ❖ ANFE. (2019). *Définition*. Consulté le 06/02/2020, à l'adresse : <https://www.anfe.fr/definition>.
- ❖ ARS. (2020). *C'est quoi un AVC*. Consulté le 21/02/2020, à l'adresse <https://masante.ois.re/portal/thematiques/avc/tout-savoir-sur-l-avc/c-est-quoi-un-avc,192,460.html>.
- ❖ ARS Normandie. (2020). *Reconnaitre les signes d'alerte de l'Accident Vasculaire Cérébral*. Consulté le 02/05/2020, à l'adresse : <https://www.normandie.ars.sante.fr/reconnaitre-les-signes-dalerte-de-laccident-vasculaire-cerebral-avc>.
- ❖ Béjot, Y. (2016). *LES AVC*. Consulté le 03/04/2020, à l'adresse : <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2015/09/2016-Accident-vasculaire-cerebral.pdf>.
- ❖ Boireau, M. (2011). *Qu'est-ce que l'anosognosie? Comment ça marche*. Consulté le 28/05/2019, à l'adresse : <https://www.caminteresse.fr/sante/quest-ce-que-lanosognosie-111654/>.
- ❖ Brillaud, R. (2018, novembre 19). *Qu'est-ce que la conscience ?*. Consulté le 17/12/2019, à l'adresse : <https://www.science-et-vie.com/archives/qu-est-ce-que-la-conscience-34832>.
- ❖ Campus de neurochirurgie. (s. d.). *Le système nerveux central*. In *Campus de neurochirurgie*. Consulté le 1 mai 2020, à l'adresse <http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article162>.
- ❖ Castelein, P. (2015). *La participation sociale : Un enjeu interdisciplinaire pour nos institutions*. La persagotière. Consulté le 12/01/2020, à l'adresse : <https://www.la-persagotiere.fr/wp-content/uploads/cdlp-n63-2015-la-participation-sociale.pdf>. (Page 9)
- ❖ Castella, E. (2019). *L'anosognosie : Activité et prise de conscience des troubles*. Consulté le 22/05/2019, à l'adresse : https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=706.

- ❖ Célérier, M.-C. (2004). Le déni du corps dans la maladie. *Champ psy*, 33(1), 87. Consulté le 29/05/2020, à l'adresse <https://doi.org/10.3917/cpsy.033.0087>.
- ❖ Cellard, C., East-richard, C., & Guay, K. (s. d.). Les fonctions cognitives. *AQNP - Association Québécoise des Neuropsychologues*. Consulté le 4 mai 2020, à l'adresse <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>.
- ❖ *Cente National de Ressources Textuelles et Lexicales*. (s. d.). Consulté à l'adresse : <https://www.cnrtl.fr/>.
- ❖ Clavreul, H. (février 2020). *Participation sociale*. Cours présenté à l'IFE CHU Rouen Normandie.
- ❖ Codol, Jean-Paul. *Qu'est-ce que le cognitif* (C.N.R.S éditions, p. 172-178). (1988). Consulté le 03/04/2020, à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-1988-3-page-172.htm>
- ❖ Combessie, J.-C. (2007). *II. L'entretien semi-directif: Vol. 5e éd.* (p. 24-32). La Découverte; Cairn.info. Paris. Consulté le 13/01/2020, à l'adresse : <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>
- ❖ Déroutesné. (2009). *La méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences dans les affections cérébrales : Un phénomène complexe et multidimensionnel*. *PsycholNeuroPsychiatr Vieil*, 7(4).
- ❖ Dumez, H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Le Libellio d'ÆGIS*, 7(4), 47-58. Consulté le 15/04/2020, à l'adresse https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00657925/file/pages_47_A_58_-_Dumez_H._-2011_-_Qu_est-ce_que_la_recherche_qualitative_-_Libellio_vol.7_nA_4.pdf.
- ❖ E Sorita, Tastet-Girard, & Fleming J.M et al. (1996). *Traduction en français du SADI : Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury : How best to measure ? Brain injury*. CHU de Bordeaux.
- ❖ Ehrlé, N. (2016). Anosognosie : Concepts et prise en charge. *La lettre du Neurologue*, 20(3), 53-58. Consulté le 15/01/2020, à l'adresse : <https://www.edimark.fr/lettre-neurologue/anosognosie-concepts-prise-charge>
- ❖ European Dana Alliance. (2018). *Anatomie du cerveau*. Consulté le 20/04/2020, à l'adresse : <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-voyage-cerveau-525/page/2/>
- ❖ Formarier, M., & Poirier-Coutansais, G. (1986). *Le cadre conceptuel dans la recherche*. Consulté le 16/04/2020, à l'adresse <http://promothee2004.free.fr/Documents/cadreconceptueletrecherche.pdf>

- ❖ Fougeyrollas, P., Gaucher, C., & Fortin, P. (2004). *Développement humain, handicap et changement social*. 13(1-2), 9-10. Consulté le 13/01/2020, à l'adresse https://ripph.qc.ca/wp-content/uploads/2017/11/2004_Revue_integration_parti_sociale_inclusion_vol_13_no_1-2_oct_2004_tr.pdf#page=11
- ❖ Fougeyrollas, P., & Roy, K. (2005). Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social*, 45(3), 31-54. Consulté le 04/05/2020, à l'adresse : <https://doi.org/10.7202/706736ar>
- ❖ Futura science. Image du cerveau, consulté le 20/04/2020, à l'adresse : <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-voyage-cerveau-525/page/2/>
- ❖ GENeP, service de psychologie. (2004). *Carte neuropsychologique du cerveau*. Consulté le 02/05/2020, à l'adresse : http://www.freestutteringbooks.com/uploads/3/2/1/1/32111425/carte_cerveau50x36.pdf
- ❖ Hartman-Maeir, A., Soroker, N., & Katz, N. (2001). Anosognosia for Hemiplegia in Stroke Rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 15(3), 213-222. Consulté le 27/09/2019, à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/11421364_Anosognosia_for_Hemiplegia_in_Stroke_Rehabilitation
- ❖ HAS. (2018). *Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs*. Consulté le 20/03/2019, à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf
- ❖ HAS. (2019). *Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC*. Consulté le 04/05/2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc
- ❖ HEREDIA. (2019). *Méthodologie de recherche qualitative*. Présentation à IIFE CHU Rouen Normandie.
- ❖ Imbert, G. (2010). *L'entretien semi-directif: À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. 102, 23-34. Consulté le 17/04/2020, à l'adresse : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwj07u3btbXpAhU6TRUIHT-QBDsQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Fload_pdf.php%3F

[download%3D1%26ID_ARTICLE%3DRSI_102_0023&usg=AOvVaw1G1e4m9CPexB
UUuLEJu0Hn](https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc)

- ❖ INSERM. (s. d.). *Accident vasculaire cérébral*. Consulté le 15/03/2020, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>
- ❖ Izard, M.-H., Nespoulous, R., & Abric, M. (2001). Syndrome Frontal, Anosognosie et ergothérapie. In *Expériences en ergothérapie : Quatorzième série* (p. 219-223). Sauramps médical.
- ❖ Katz, N., Fleming, J., Keren, N., Lightbody, S., & Hartman-Maeir, A. (2002). Unawareness and/or Denial of Disability: Implications for Occupational Therapy Intervention. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 281-292. Consulté le 06/02/2020 à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/000841740206900504>
- ❖ Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67. Consulté le 13/01/2020, à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- ❖ Krasny-Pacini, A., Daudey, E., François, P., Vidal, C., Vautravers, P., & Bagot, E. (2015). Utilisation du Goal Attainment Scaling en rééducation cognitive et applicabilité à la rééducation de l'aphasie. *Aphasie et domaines associés*, 3, 10. Consulté le 09/05/2020, à l'adresse : <http://www.aphasie.org/de/3-fachpersonen/3.1-fachzeitschriften/fachzeitschrift-no3-2015/3-12.pdf>
- ❖ Kullmann, B., Hesse, S., Polet, K., Louchart de la Chapelle, S., & Pesce, A. (2017). Anosognosie et action. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(97), 58-62. Consulté le 22/05/2020, à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.02.007>
- ❖ *Larousse encyclopédie*. (2019). Larousse. <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/d%c3%a9ni/12429>
- ❖ Lejeune, P. (1980). *Je est un autre : L'autobiographie de la littérature aux médias*. Seuil. Consulté le 15/05/2020, à l'adresse : <http://books.google.com/books?id=3ElmAAAAMAAJ>
- ❖ Meyer, S. (1990). *Le Processus de L'ergothérapie* (EESP). Consulté le 20/03/2020, à l'adresse : https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/publications/media_07_Le_processus_de_l_ergotherapie.pdf

- ❖ Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck. (Page 233)
- ❖ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2016). *Santé publique France*. Consulté le 16/02/2020, à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/agences-et-operateurs/article/sante-publique-france>
- ❖ Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- ❖ Morin, C. (2013). 8. Anosognosie. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* (p. 167-179). ERES; Cairn.info. Consulté le 13/01/2020, à l'adresse : <https://www.cairn.info/schema-corporel-image-du-corps-image-speculaire--9782749237404-p-167.htm>
- ❖ Orfei, M. D., Robinson, R. G., Bria, P., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2008). Unawareness of Illness in Neuropsychiatric Disorders : Phenomenological Certainty versus Etiopathogenic Vagueness. *The Neuroscientist*, 14(2), 203-222. Consulté le 13/01/2020, à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/1073858407309995>
- ❖ Pierquin, L., André, J.-M., & Farcy, P. (1980). *Ergothérapie*. Masson.
- ❖ Pradat-Diehl, P., Poncet, F., Migeot, H., & Taillefer, C. (2010). Conséquences dans la vie quotidienne des troubles de la représentation corporelle. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 231. Consulté le 29/05/2019, à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/rne.023.0231>
- ❖ Picq, C. (Juin 2017). Les troubles cognitifs consécutifs à un AVC. Présentation consulté le 19/05/2020, à l'adresse http://www.crfct.org/images/Troubles-cognitifs_cons%C3%A9cutifs_AVC_PICQ-Christine.pdf.
- ❖ Réseau Canadien contre les accidents cérébrovasculaires. (s. d.). *Ressources sur les soins actifs de l'AVC aigu : Types d'AVC et anatomie et physiologie de l'AVC aigu*. Consulté 03/04/2020, à l'adresse <https://slideplayer.fr/slide/1572233/>
- ❖ Rode, G., Vallar, G., Jacquin-Courtois, S., Revol, P., Farné, A., & Rossetti, Y. (2010). Manipulations sensorielles et troubles de représentation du corps. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 235. Consulté le 29/05/2019, à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/rne.023.0235>
- ❖ Skidmore, E. R., Swafford, M., Juengst, S. B., & Terhorst, L. (2017). Self-Awareness and Recovery of Independence With Strategy Training. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 7201345010p1. Consulté le 29/05/2019, à l'adresse : <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.023556>
- ❖ Starkstein, S., Ricardo, J., & Robert, R. (2010). *The frequency, Clinical Correlates, and*

- Mechanism of Anosognosia After Stroke*. 55(6), 355-361. Consulté le 15/01/2020, à l'adresse <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371005500604>
- ❖ Stirati-Buron, S. (2007, 25/05). *Évaluation de l'anosognosie des patients déments pris en charge en hôpital de jour de neuropsychogériatrie*. Congrès des hôpitaux de jour, Rennes. Consulté le 06/02/2020, à l'adresse http://www.aphjpa.org/IMG/pdf/communication_anosognosie.pdf
 - ❖ Stirati-Buron, S., Koskas, P., & Drunat, O. (2008). Anosognosie : Définitions, caractéristiques, méthodes d'évaluation, exemple de l'hôpital de jour de neuropsychogériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8(45), 30-34. Consulté le 22/05/2019, à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.01.013>
 - ❖ Tammam, D., Bensa, P., & Vion-Dury, J. (2013). Phénoménologie des démences (3) : Du savoir à l'anosognosie. *PSN*, 11(1), 53/54. Consulté le 29/05/2019, à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-psn-2013-1.htm>
 - ❖ Tournebise, T. (2017). *Confiance thérapeutique. Le patient, le praticien, le soignant*. Consulté le 09/05/2020, à l'adresse : <https://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/confiance.htm>
 - ❖ Université de Liège. (2013, juin 20). *Faut-il soigner l'anosognosie ?* Consulté le 28/12/2019, à l'adresse : https://www.youtube.com/watch?v=MU_ImHZ4P84
 - ❖ Vocat, R. (2009). Anosognosie de l'hémiplégie : Une perspective multifactorielle et temporelle. *Université de Genève*. Consulté le 28/05/2019, à l'adresse : <https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:5101>
 - ❖ VOCAT-R. (2018). *L'anosognosie de l'hémiplégie*. Omniscryptum.
 - ❖ VUAILLE, B. (2011, septembre 5). *L'anosognosie peut être associée à différents syndromes*. Consulté le 28/05/2019 : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2011/09/05/lanosognosie-peut-etre-associee-differents-syndromes_580727

VIII. Annexes

SOMMAIRE :

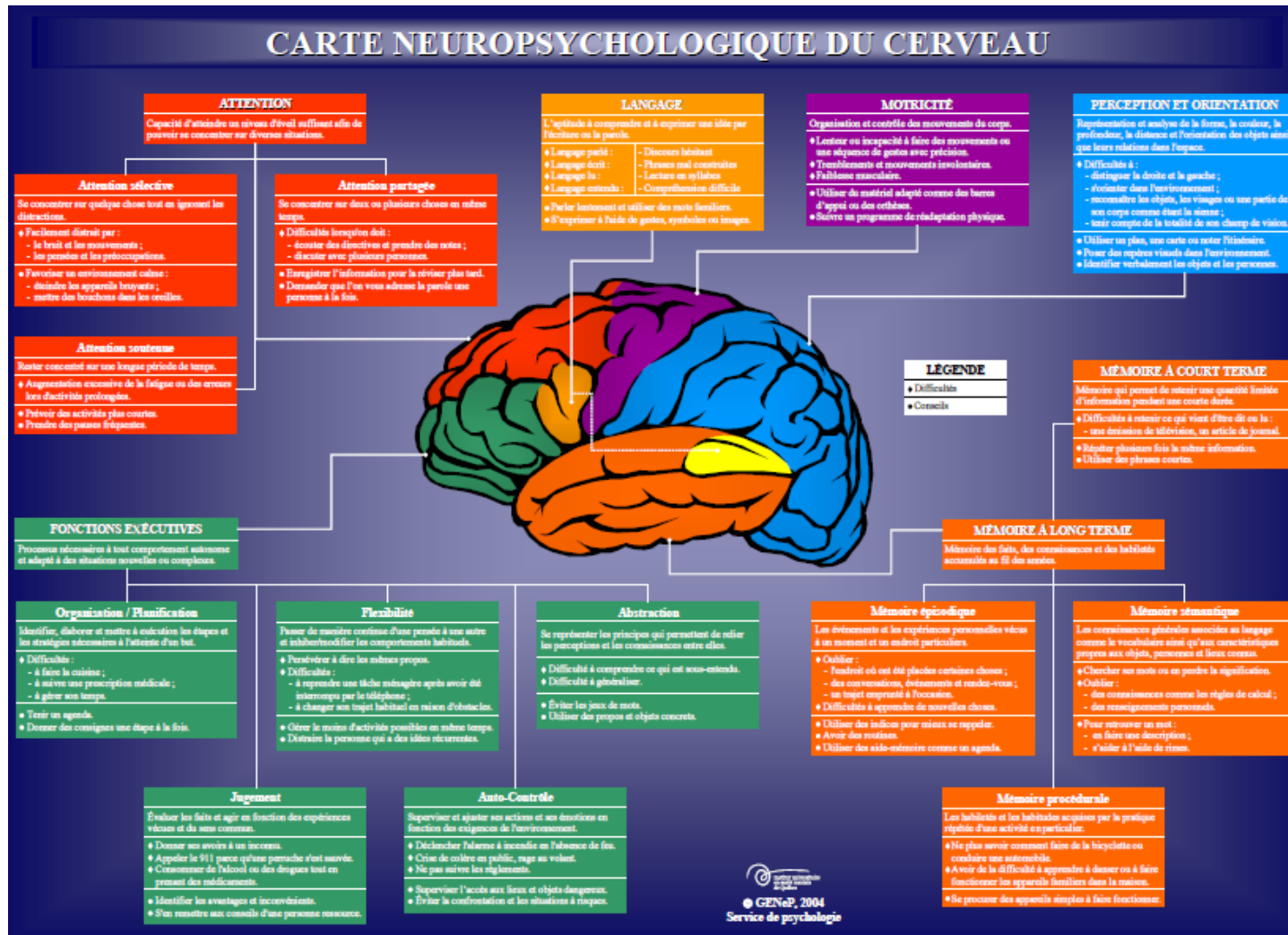
Annexe I : Affiche AVC	II
Annexe II : Affiche rôles des lobes du cerveau, d'un point de vue neuropsychologique (GENeP, service de psychologie, 2004).....	III
Annexe III : Traduction du « SADI ».....	IV
Annexe IV : Tableau « The evaluation of anosognosia in stroke patients ». Maria Donata Orfei, Carlo Caltagirone et Gianfranco Spalletta. Avril 2014.....	VI
Annexe V : MCRO-P : liste des activités classées en domaines.....	VII
Annexe VI : Questionnaire exploratoire – Octobre 2019.....	X
Annexe VII : Guide d'entretien.....	XI
Annexe VIII : Analyse verticale.....	XIV

Annexe I : Affiche AVC



*Moyens mnémotechniques des symptômes d'un AVC –
<https://www.mcommemutuelle.com/magazine/avc-le-reconnaitre-vite-pour-reagir-vite>*

Annexe II : Affiche rôles des lobes du cerveau, d'un point de vue neuropsychologique (GENeP, service de psychologie, 2004)



GENeP, 2004
Service de psychologie

Self Awareness of Deficits Interview

1. Conscience des troubles

Constatez-vous aujourd'hui des différences avec ce que vous étiez avant votre accident ? dans quels domaines ? Pensez-vous que quelque chose sur vous ou vos capacités à changer ? Connaissez-vous des personnes qui ont noté quelque chose de différent sur vous depuis l'accident ? qu'est-ce qu'elles ont remarqué ? qu'identifiez-vous comme problème, s'il en existe, qui résultent de votre traumatisme ? quelle est la chose principale dont vous avez besoin pour travailler, ou pour aller mieux ?

Actuellement :

- Les incapacités physiques ?
- Mémoire ? confusion ?
- Concentration ?
- Résoudre un problème ? prendre une décision ? organiser et planifier des choses ?
- Contrôler son comportement ?
- Communiquer ?
- Maintenir une relation avec d'autres personnes ?
- Avez-vous changé de personnalité ?
- Y a-t-il d'autres problèmes que je n'ai pas mentionnés ?

2. Conscience des répercussions fonctionnelles de ces troubles

Est-ce que votre lésion a eu quelques influences sur votre vie quotidienne ? Dans quels domaines ?

Actuellement :

- Capacité à vivre indépendamment ?
- Gérer votre argent ?
- S'occuper de sa famille ? gérer le fonctionnement de la maison ?
- Conduire ?
- Travailler ? étudier ?
- Les loisirs, la vie sociale ?
- Y a-t-il d'autres habitudes de vie que vous sentez qui ont changé ou qui auraient pu changer ?

3. Capacité à organiser des projets réalistes

Qu'espérez-vous réaliser dans les six prochains mois ? avez-vous des objectifs ? quels sont-ils ? Dans les six mois prochains, que pensez-vous être en mesure de faire ? où pensez-vous que vous serez ? pensez-vous que votre traumatisme crânien aura encore quelques influences sur votre vie dans les six mois à venir ? si oui, comment ? si non, êtes-vous sûr ?

Cotation SADI

1. Conscience des troubles	
0	Problème cognitif/psychologique rapporté par le patient en réponse aux questions générales ou facilement identifié en réponse aux questions spécifiques.
1	Des problèmes cognitifs / psychologiques rapportés, mais d'autres sont niés ou minimisés. Le patient aurait tendance à se focaliser sur des changements physiques relativement mineurs et identifier des problèmes cognitifs / psychologiques seulement sur des questions spécifiques concernant les troubles.
2	Des troubles physiques sont seulement identifiés ; le patient nie, minimise, ou est incertain en ce qui concerne les changements cognitifs / psychologiques. Le patient reconnaît des problèmes qui apparaissent dans certains états, mais nie l'existence de troubles persistants ou formulerait que d'autres personnes pensent qu'il y a des troubles, mais lui ou elle ne pense pas la même chose.
3	Aucune identification des troubles (autre que des troubles physiques évidents) est obtenue ou le patient identifiera seulement des problèmes qui lui sont imposés (ex : pas d'autorisation de conduire, pas d'autorisation de boire de l'alcool).
2. Conscience des répercussions fonctionnelles de ces troubles	
0	Le patient décrit avec précision son rôle actuel (dans sa vie, travail / études, loisirs, tenue de la maison, la conduite) et spécifie comment les problèmes suite à son traumatisme crânien limitent ses fonctions, et imposent des compensations pour résoudre ces problèmes.
1	La formulation des répercussions fonctionnelles est reportée après des questions ou des exemples de problèmes, dans les AVQ, le travail, la conduite, les loisirs etc... Le patient n'est pas sûr d'autres répercussions fonctionnelles. Par exemple, il n'est pas capable de dire pourquoi il / elle n'a pas tenté de réaliser telle ou telle activité.
2	Le patient identifierait les répercussions fonctionnelles de ses troubles mais minimise l'importance des problèmes identifiés. D'autres répercussions fonctionnelles peuvent être activement niées par le patient.
3	Une petite reconnaissance des conséquences fonctionnelles peut être obtenue ; le patient n'identifiant pas certains problèmes : excepté qu'il / elle ne peut pas accomplir certaines tâches. Il / elle peut activement ignorer le traitement médical et s'engager pas dans des conduites à risque (ex : alcoolisme, conduite).
3. Capacités à réaliser des projets	
0	Le patient organise des buts à sa portée, et identifie que le traumatisme crânien continuera probablement à avoir un impact sur ses habitudes de fonctionnement, c'est pourquoi ses projets futurs ont été modifiés dans certaines directions, depuis son traumatisme.
1	Le patient organise des buts qui sont parfois irréalisables ou, il est incapable de déterminer un but, mais reconnaît qu'il / elle aurait encore des problèmes dans quelques habitudes, c'est pourquoi il / elle voit que les buts futurs nécessiteraient quelques modifications, même s'il / elle ne les a pas encore réalisés.
2	Le patient organise des buts irréalisables ou, est incapable de déterminer un but, et ne sait pas comment sera son fonctionnement dans six mois, mais espère qu'il / elle retournera à son état antérieur au traumatisme, c'est pourquoi aucune modification de ses buts ne s'est produit.
3	Le patient envisage que dans six mois il / elle aura le même niveau de fonctionnement qu'avant le traumatisme.

Traduction en français du SADI, E Sorita, SMPR Tastet-Girard, CHU de Bordeaux, issu de Fleming J.M. et al. (1996) *Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: how best to measure? Brain Injury.* 10(1) : 1-15

Annexe IV : Tableau « The evaluation of anosognosia in stroke patients ». Maria Donata Orfei, Carlo Caltagirone et Gianfranco Spalletta. Avril 2014

Dimensions to investigate	How to investigate	Existing scales investigating the dimension
Anosognosia		
Awareness of sensorimotor deficits	Structured questions addressed to the patient to compare with clinical evidence	Bisiach's scale, SAI, SADI, PCRS, Anosognosia Questionnaire [8], Anosognosia for Hemiplegia Questionnaire [52]
Awareness of cognitive deficits	Structured questions to compare with neuropsychological performances	PCRS, AQ, SADI, Impaired Self-Awareness Scale [64]
Awareness of emotional and interpersonal deficits	Structured questions to compare with psychopathological and behavioural scales and with caregiver's reports	PCRS, AQ, HIBS, SADI
Implicit knowledge	Clinical trials and requests to perform actions, in order to compare verbal and procedural knowledge	SAI, Anosognosia Questionnaire
Possible modality specificity of anosognosia	Separate items for different deficits (e.g. paresis of the arm and/or leg, aphasia, cognitive abilities)	Bisiach's scale, SAI, PCRS
Neighbouring delusional phenomena (anosodiaphoria, somatoparaphrenias, misoplegia, confabulation)	Semi-structured questions addressed to the patient to let emerge possible strange sensations and feelings about the deficit	SAI, Anosognosia Questionnaire, Anosognosia for Hemiplegia Questionnaire
Correct evaluation of functional implications of sensorimotor/cognitive/behavioural deficits in activities of daily living	Structured questions addressed to the patient to compare with clinical evidence	SADI, PCRS, AQ, HIBS
Degree of unawareness	Likert scales	SADI, PCRS, AQ, SAI, Anosognosia Questionnaire, Anosognosia for Hemiplegia Questionnaire
Correct causal attribution	Structured questions addressed to the patient	SADI, SAI
Correct evaluation of prognosis	Structured questions addressed to the patient to compare with clinical evidence	SADI, LDIS
Compliance to rehabilitation	Structured questions addressed to the patient and to compare with staff's and caregiver's reports	LDIS
Detection of differential signs of anosognosia and/or psychological denial	Structured questions to let emerge possible peculiar behavioural aspects of psychological denial	Clinician's Rating Scale for Evaluating Impaired Self-Awareness and Denial of Disability [64], LDIS
Neglect	Specific tests to assess possible association with neglect phenomena	Line crossing, letter cancellation, figure and shape copying, and line bisection tests, trials to assess non-visual neglect forms [72]
Behaviour		
Alexithymia	Scale to assess unawareness of emotions	TAS-20
Mood, anxiety and apathy symptoms	Semi-structured scales to assess severity of depression, anxiety states and apathy	HAM-D, HAM-A, Apathy Evaluation Scale [73]
Aggressiveness	Structured scale to assess state and trait aggressiveness	STAXI
Cognition		
Global cognitive level and IQ	Tests to assess general cognitive impairment	MMSE, Raven's Coloured Progressive Matrices Test, WAIS-R
Mnemonic functions	Tests to assess possible mnemonic impairment	Digit Span, Corsi Block Test, Rey Auditory Verbal Learning Test
Language functions	Tests to assess possible associated language disorders	Phonological and semantic verbal fluency tests
Executive functions and attention	Tests to assess possible attention impairment	WCST, Stroop Test

SAI = Structured Awareness Interview [18]; PCRS = Patient Competency Rating Scale [74]; SADI = Self-Awareness of Deficit Interview

Annexe V : MCRO-P : liste des activités classées en domaines

➤ Soins personnels :

**Hygiène
personnelle**

- sortir les vêtements des placards et des tiroirs
- manipuler les fermoirs de vêtements
- retirer ses vêtements
- ouvrir des contenants
- verser des liquides
- utiliser les toilettes
- se laver
- se brosser les dents
- entretenir ses ongles
- se raser
- se maquiller
- avoir des rapports sexuels
- prendre des médicaments
- dormir
- doser les activités

**Mobilité
fonctionnelle**

- se retourner dans le lit
- s'extraire d'un fauteuil roulant
- entrer dans la baignoire et en sortir
- monter des escaliers
- monter dans une voiture ou un taxi et en descendre
- tolérance quant à la station debout / à la marche

**Vie
communautaire**

- conduire un véhicule
- utiliser les transports publics
- utiliser le téléphone
- faire appel à des services (faire venir un plombier)
- prendre des rendez-vous
- préparer un budget
- payer des factures
- gérer l'argent, compter la monnaie
- remplir des formulaires d'impôts
- faire des courses

➤ Productivité :

Travail rémunéré ou non

- chercher un emploi
- rédiger un CV
- s'organiser en vue d'entrevues
- passer des entrevues
- choisir un emploi
- travailler le temps prévu
- apprendre de nouvelles tâches
- gérer des responsabilités
- tisser des liens avec les collègues
- respecter les règles de sécurité
- être ponctuel
- gérer les problèmes et les conflits

Gestion du foyer

- faire l'épicerie
- prévoir les repas
- suivre une recette
- préparer à manger
- débarrasser la table
- faire la vaisselle
- nettoyer la cuisine
- épousseter et nettoyer les meubles
- balayer le plancher
- utiliser un aspirateur
- disposer des ordures
- nettoyer la salle de bain
- faire la lessive
- repasser
- faire de petites réparations (remplacer des ampoules)
- s'occuper d'enfants

Jeu/travail scolaire

- découvrir et manipuler des objets
- escalader, lancer des objets, courir, sauter
- jouer avec des camarades
- jouer à des jeux d'équipes
- partager
- attendre son tour
- participer à des sports
- jouer à des jeux de rôle, jeux imaginaires
- s'exprimer de manière créative
- être séparé d'un parent
- dessiner, découper, coller
- écrire en script / écriture cursive
- soustraire, multiplier, etc.
- raconter sa journée
- se rappeler des consignes
- faire les devoirs

➤ Loisirs :

Activités récréatives paisibles

- écouter de la musique
- regarder la télévision
- lire des livres, des journaux ou des magazines
- tricoter, coudre, crocheter
- avoir des passe-temps, collectionner des objets
- participer à des activités artistiques, culturelles
- jouer aux cartes, à des jeux de société

Loisirs actifs

- pratiquer un sport
- s'occuper d'un animal domestique
- aller au cinéma ou au théâtre
- aller au restaurant
- sortir dans des bars ou des boîtes de nuit
- conduire, visiter des lieux (tourisme)
- aller au parc, à la plage, au terrain de jeux
- assister à des services religieux
- prendre des cours
- se rendre au musée ou à la bibliothèque
- voyager
- assister à des événements sportifs

Vie sociale

- rendre visite à des amis, des membres de la famille
- converser au téléphone
- assister à des fêtes
- organiser des fêtes
- écrire des lettres
- planifier des rencontres sociales
- assister à des réunions de groupe

Annexe VI : Questionnaire exploratoire – Octobre 2019

Les questions ci-dessous sont adressées aux ergothérapeutes D.E. L'objectif étant de récolter des informations sur leurs expériences autour des patients anosognosiques, et d'affiner mon sujet d'initiation à la recherche.

Ces questions me permettront uniquement d'affiner mon sujet, les réponses ne seront pas utilisées à d'autres fins.

En vous remerciant du temps que vous m'avez accordé pour répondre à ce questionnaire.

Cordialement,

ONNO Maëlys.

- Dans quel milieu/ établissement travaillez-vous ?
- Avec quel profil de public ? (âge, population)
- Avez-vous déjà rencontré des patients anosognosiques ?
- Suite à quel type de pathologies, l'anosognosie fait-elle figure ?
- Avez-vous dans ces cas, ressenti des difficultés à les prendre en soin ?
 - o Si oui, pour quelles raisons ?
- Selon vous, en quoi l'anosognosie et le refus de soins ont un impact sur la réalisation des AVQ ?
- Changez-vous de méthode de prise en soin lorsque vous faites face à ce profil de patient ?
 - o Oui
 - o Non
 - o Ça dépend de la situation
- Que faites-vous de spécifique avec ces patients ?
- Pensez-vous que l'ergothérapeute est un rôle à part entière, dans l'interprofessionnalité qu'il peut exister, dans la prise en soin de patient anosognosique en refus de soin ?
- Avez-vous des remarques supplémentaires à ajouter ?

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc0zh8XO5yilvqV8P3VaXEUUqUUj7ZRkocSC6VFgDORc_jLRA/viewform?usp=sf_link

Annexe VII : Guide d'entretien

<u>Thématique</u>	<u>Questions</u>	<u>Réponses attendues</u>	<u>Indicateurs recherchés</u>
Informations sur l'enquêté(e)	Pouvez-vous me parler de vous professionnellement ? Depuis quand êtes-vous ergothérapeute ? Dans quels services avez-vous travaillé ? Quel profil de patient rencontrez-vous ?	L'ergothérapeute se présente et explique son expérience en tant qu'ergothérapeute Suivant les expériences, des pratiques peuvent différer.	Connaitre l'histoire professionnelle de l'enquêté(e)
Anosognosie	Pouvez-vous donner une définition avec vos termes de l'anosognosie ?	L'ergothérapeute exprime sa connaissance sur le trouble	Connaissance du trouble, limiter les incompréhensions
	À quelle fréquence rencontrez-vous des patients anosognosiques dans la structure où vous travaillez ? Combien d'entre eux souffrent d'anosognosie vis-à-vis de leurs troubles cognitifs ?	Approximation de fréquence	Fréquence dans le centre, peut avoir une influence sur les pratiques
	Avez-vous été mis en échec lors de l'accompagnement de ces personnes et si oui, dans quelle mesure ?	Pertinence du choix du sujet dans la pratique	Anosognosie frein dans l'accompagnement
	Essayez-vous de réduire l'anosognosie chez ce profil de patients post AVC?	Ergothérapeute parle de la pratique dans la structure ou dans sa pratique professionnelle	
	Comment construisez-vous les objectifs thérapeutiques ? Arrivez-vous à prendre en compte le patient dans la construction des objectifs ?	Ergothérapeute parle de sa pratique professionnelle en lien	Pratique professionnelle

	<p>Visez-vous sa participation lors de la conception des objectifs ?</p> <p>Que priorisez-vous dans la prise en soin de ce profil de patient ?</p> <p><i>Quels objectifs sont choisis en priorité : l'anosognosie (qui peut avoir un impact sur la gestion des AVQ et des situations de mises en dangers) ou les déficits dus à l'AVC ?</i></p>	avec ce profil d'individus	
	<p>Quel accompagnement proposez-vous aux patients ayant ce profil ?</p> <p>Utilisez-vous des techniques, des moyens thérapeutiques spécifiques ?</p>		Moyens thérapeutiques
	<p>Comment vous organisez-vous avec l'équipe professionnelle pour prendre en soin un patient anosognosique ?</p> <p>Qui passe des bilans dans votre structure vis-à-vis de l'anosognosie ?</p> <p>Vous-même utilisez-vous des bilans ?</p>		Pluridisciplinarité
Modèle conceptuel	<p>Pour prendre en soin ce profil de patient, utilisez-vous un modèle conceptuel ?</p>	Influence la pratique professionnelle vis-à-vis du patient	Utilisation d'un modèle conceptuel ergothérapeutique
	<p>Rencontrez-vous des freins pour utiliser certains modèles conceptuels ou principe d'accompagnement ?</p>		
Activités significantes	<p>Vous appuyez-vous sur des activités significantes pour prendre en soin ces patients ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, pour quelles raisons ? - Si non, pour quelles raisons ? 	Réponse H1	Utilisation d'activités significantes dans l'accompagnement des patients anosognosiques

	Avez-vous identifiez une participation plus importante de la part des patient lorsque vous leur proposer des activités signifiantes en lien avec leur anosognosie sur les troubles cognitifs ? Et vis-à-vis des objectifs ?		Identification d'une meilleure participation
Mise en situation	Utilisez-vous avec ce profil de patient des mises en situation ?	Réponses H2 ou H3	Utilisation mises en situations dans l'accompagnement des patients anosognosiques
	Avez-vous identifiez une participation plus importante de la part du patient lorsque vous leur proposer des mises en situation en lien avec leur anosognosie sur les troubles cognitifs ?	Réponse H2	Identification d'une meilleure participation
	Ces mises en situation suivent-elles des activités signifiantes ou des activités élémentaires de la vie quotidienne ?	Réponse H3	
Ouverture	Avez-vous appliqué d'autres moyens auprès des personnes souffrants de ce genre de trouble ?		Existence d'autres pratiques ?

Annexe VIII : Analyse verticale

	E1	E2	E3	E4	E5
Professionnel	Diplômé depuis août 2019, et travaille depuis dans un SSR.	Diplômé depuis 2018 et travaille depuis dans un SSR.	Diplômé depuis 2016 et travaille actuellement dans un SSR.	Diplômé depuis 2013, travaille actuellement dans un SSR.	Diplômé depuis 2018, a travaillé dans un SSR et travaille actuellement en EHPAD.
Anosognosie (connaissance et fréquence)	« fait de ne pas se rendre compte de ses troubles et impact dans la vie quotidienne ». 20 à 30% des patients post – AVC ont un trouble anosognosique	« une personne qui n'est pas consciente de ses incapacités ou de ses troubles. Pour elle c'est comme s'il elle avait ses capacités comme avant » Fréquence très variable, mais fréquence anosognosie des troubles cognitifs que moteurs.	« La non conscience de ses troubles ». 2/3 c'est vraiment souvent. Après la durée de récupération n'est pas la même. C'est quasi tout le temps anosognosie cognitive	« La non-conscience de sa pathologie. » 1 patient anosognosique sur 12/13 que l'on voit chaque semaine en post-AVC. En fait ils voient que la motricité c'est important dans les actes quotidiens, du coup ils s'en rendent plus vite compte. Comparé aux troubles cognitifs. C'est assez fréquent qu'ils se rendent compte de leurs difficultés fonctionnelles plutôt que cognitif.	« La personne n'est pas consciente de sa maladie, ne la comprend pas, ne pense pas être malade » Différent degré : des anosognosies passagères et vrai anosognosie. Vrai anosognosie = important à traiter pour pouvoir vraiment faire de la rééducation lié à l'AVC. Entre 10 et 15% après y en a plus qui ont des « petites anosognosies ». Plus des troubles cognitifs que des troubles moteurs qui sont inconscient. Parce que

					les troubles moteurs ça se voit plus
Freins dans l'accompagnement	Handicap invisible. Difficulté quand le patient ne voit pas l'intérêt.	Difficulté quand il n'y a pas de « déclat ». Famille peut être un frein, notamment s'ils sont dans le déni. Mais dépend des familles. Trouble du comportement.	Anosognosie « bloque la récupération ». Patient « ne vas pas travailler ». Cognitif : problème empêche amélioration, absence de progrès visible.	« à un instant T oui, après on rebondit ». Troubles du comportement, notamment quand c'est frontal. Bénéfices secondaires : famille aide parfois de trop.	« Colère » « Ne comprennent pas ».
Prise en charge pluriprofessionnelle	En lien avec le neuropsychologue surtout. Discours unique pour qu'au moins un puisse faciliter la réduction de l'anosognosie.	Travail en collaboration avec le neuropsychologue. Collaboration avec tous les soignants. Pour faire des argumentations et des explications.	Réflexion commune pour lever l'anosognosie. Utilisation d'un discours commun.	Travail en interprofessionnalité.	Discours identique entre les différents professionnels pour que le patient comprenne.
Objectif ergo	Réduire l'anosognosie rapidement (« facilite la rééducation »). En	Priorité : récupération motrice et cognitive.	1 ^{ère} objectif : réduire l'anosognosie puis ensuite récupération.	Réduire l'anosognosie. Car si anosognosie il est difficile d'établir une prise en charge	Réduire l'anosognosie cognitive car cycle vicieux. Les patients se rendent compte rapidement des

	parallèle de la rééducation des troubles moteurs liés à l'AVC.	Anosognosie dans un second plan (pas à la phase aigu). Pallier ses difficultés puis récupérer. En phase aigu : anosognosie n'est pas la priorité.		En parallèles veiller au trouble cutané-trophique, autonomie transfert/ déplacements.	troubles moteurs car visible. Mais rééducation en premier des séquelles puis anosognosie.
Pratique ergo	Mettre en échec volontairement sur une fonction ciblée. Objectifs du patient avec les objectifs du thérapeute Pour atteindre ses objectifs il faut lever l'anosognosie	Les objectifs sont l'axe de travail du thérapeute. Dans le centre : objectifs préétablis pour chaque pathologie. Essai de travailler les troubles cognitifs subtilement pour ne pas braquer les patients. Compensation si anosognosie persiste – « moyens palliatifs ».	Mise en situation et mise en échec. Feed-back visuel pour les troubles moteurs.	Élaboration d'un contrat de rééducation, qui favorise la participation du patient. Orienté dans un premier temps sur du fonctionnel = départ par les objectifs du patient. Puis amener le patient à penser aux cognitifs dans le contrat. Importance de la communication. Mise ensemble des mots sur la pathologie, sur les troubles.	Rééducation différentes : cible ce qui leur tenait le plus à cœur. Par ça, ils sont plus ouverts à la discussion. Quand anosognosie prise en charge adaptée. Il faut essayer différentes médiation : et voir laquelle s'adapte le mieux au patient. Cadre important à poser.

				Échange franc parfois nécessaire. Cherche à ce que la personne prenne de l'initiative.	
Implication du patient dans objectif	Recherche à impliquer le patient dès le début de l'accompagnement.	Quand passation du bilan : explique au patient. Voir si eux ont des objectifs.	Pas dans un premier temps, car objectif du patient peut être aberrant. Mais quand réduction de l'anosognosie oui.	Il faut que le patient formule lui-même ses objectifs. Souvent adhère d'un point de vue moteur/ fonctionnel mais ne se rend pas compte niveau cognitif.	Travail toujours en accord avec le patient.
Modèle conceptuel	Pas d'utilisation pure d'un modèle.	Pas d'utilisation d'un modèle. Parle plutôt en termes de capacités et d'incapacités donc orientation PPH et CIF.	MOHO : évaluation des objectifs. Pratique quand patient n'est pas volontaire au changement. Le MCRO est bien aussi, mais problème d'interdisciplinarité.	PPH = modèle commun à l'ensemble de l'établissement. Mais utilise un peu tous les modèles ergothérapeutiques.	Idées du MCRO, mais on ne s'appuie pas dessus. Permet approche par activités significatives.
Activités significatives	Utilisation des activités	Si proposition d'une activité qui	Plus le patient est anosognosique plus	Activités significatives et significatives. Essaye	Quand activités proposés ne sont pas concrètes

	<p>signifiantes le plus possible. Si activités signifiantes alors participation plus importante du patient.</p> <p>Si adhésion à la prise en charge, va adhérer plus à la négociation des objectifs.</p>	<p>n'est pas signifiante pour eux alors ne vont pas comprendre.</p> <p>Favorise la participation du patient car adhère à la rééducation.</p>	<p>il faut utiliser des activités signifiantes. Partir de ce que souhaite faire le patient. Activités signifiantes permet au patient d'être acteur.</p>	<p>que le patient propose de lui-même ses activités. Sinon donner des idées et il doit choisir.</p>	<p>pour le patient alors on observe une baisse d'investissement.</p> <p>Faire dans la mesure du possible des activités signifiantes.</p>
Mises en situations	<p>Rarement des mises en situation si anosognosie. Sauf si mise en échec.</p>	<p>Mise en situation du quotidien le plus possible, notamment pour pallier aux difficultés. Uniquement des activités qu'ils avaient l'habitude de faire.</p> <p>Participation quand patient est actif dans la prise en charge.</p>	<p>Dès la première semaine. Quasiment tout le temps.</p> <p>En lien avec les activités signifiantes (surtout cuisine, souvent révélateur pour eux). Rarement sur les loisirs comme le jardinage. Ce qui leur importe le plus, ce sont les activités</p>	<p>Mise en échec ; souvent phase de mise en échec pour que la personne adhère.</p> <p>Mise en situation écologique (pour évaluation, rééducation, réadaptation).</p> <p>Mise en situation activités signifiantes et élémentaires.</p>	<p>Mise en situation sur ce qu'ils aiment pour mettre en échec et qu'ils se rendent compte de leurs difficultés.</p> <p>Beaucoup avec personnes anosognosiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit pas de mise en échec : car compensation - Soit mise en échec : du coup accompagnement

		<p>Jamais dans des situations qu'ils ne font pas habituellement.</p> <p>Mise en échec pas dès le départ, sauf si le patient se met trop en danger.</p>	<p>signifiantes et inscrites dans leur habitude de vie.</p> <p>Favorise la participation du patient.</p>	<p>Cherche compréhension du patient et participation.</p>	<p>Les activités élémentaires sont aussi parfois nécessaires car c'est une base.</p>
Autres moyens	<p>Si anosognosie persiste utiliser autres activités mais diminue l'efficacité de l'exercice en elle-même.</p> <p>Voir avec la famille.</p>	<p>« Quand il n'y a plus de rééducation, alors on réalise de la réadaptation. Et s'il persiste des troubles cognitifs, on fait intervenir la famille ».</p> <p>Mise en situation si persévération => chercher la prise de conscience.</p>	<p>Famille : extrêmement aidante pour leur proche : peut limiter la réduction de l'anosognosie.</p> <p>Confrontation à l'environnement humain, matériel ?</p>	<p>Au domicile il y a plus de déclic.</p> <p>Très dépendant de la personnalité et de l'environnement du patient.</p> <p>Participation de la famille à l'adhésion du patient. « Il faut utiliser l'entourage pour aller dans le sens du patient ». « Parfois le niveau culturel peut être un biais ».</p>	<p>Inclusion de la famille pour loisirs</p> <p>Intéressant de voir si les week-ends thérapeutiques où le patient sort du centre, sans aide, dans son milieu écologique peuvent permettre au patient de prendre conscience de ses difficultés. Car souvent excuses : « Oui, mais je ne suis pas chez moi ».</p>

L'anosognosie dans la pathologie de l'Accident Vasculaire Cérébral : quel accompagnement en ergothérapie ?

Résumé : 10% des patients ayant eu un AVC souffriraient d'un trouble anosognosique. Or, ce trouble a un impact significatif sur l'indépendance et l'autonomie des patients dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. L'ergothérapeute travaillant avec ce profil de patients va devoir concevoir des objectifs de rééducation afin que le patient anosognosique puisse réaliser de nouveau pleinement ses habitudes de vie. Mais comment faire lorsque le patient n'a pas conscience de ses troubles et notamment ses troubles cognitifs ? L'objet de cette recherche est de savoir comment les ergothérapeutes peuvent favoriser la participation des patients anosognosiques vis-à-vis de leur trouble cognitif après un AVC, à élaborer les objectifs de rééducation afin que le patient soit acteur de sa prise en soin.

Pour cela, nous avons interrogé cinq ergothérapeutes, questionnant leurs pratiques professionnelles et l'importance qu'ils apportent à la participation du patient anosognosique dans l'élaboration des objectifs de rééducation. Nous avons pu démontrer que les activités significatives et les mises en situations sur des activités importantes et en lien avec les habitudes de vies, sont des moyens propres à l'ergothérapeute, pour favoriser la participation du patient à l'élaboration des objectifs de rééducation. En effet, elles favorisent, dans une première étape, la réduction de l'anosognosie, et donc facilitent dans une seconde étape, la compréhension du patient sur ses troubles, ce qui l'amènera à élaborer les objectifs de rééducation. Enfin, il serait intéressant d'étudier le rôle de l'ergothérapeute dans l'éducation de la famille afin de les aider à mieux comprendre leur proche anosognosique.

Mots-clés : anosognosie, AVC, ergothérapie, participation, objectifs de rééducation, activités significatives, mise en situation.

Anosognosia with stroke pathology: which kind of support within occupational therapy?

Abstract: It seems that 10% of stroke patients suffer from an anosognosic disorder. However, this disorder has a significant impact on the independence and autonomy of patients in their daily activities. Occupational therapists (OTs) who work with this kind of patients will have to develop rehabilitation goals for anosognosic patients, in order for them to achieve their usual lifestyle habits. However, how can OTs achieve such results and especially their cognitive disorders? This study's aim is to find out how OTs can improve the participation of anosognosic patients, taking into consideration their cognitive impairment after a stroke, and developing rehabilitation goals in order to involve patients in their treatment.

To do so, five OTs have been interviewed, and questioned on their professional practices and the importance they consider to the participation of anosognosic patients in the development of rehabilitation goals. These interviews have shown and proved that meaningful activities and scenarios which are linked with meaningful activities and lifestyle habits, are specific to OT's practice and help to improve patients' participation in the development of rehabilitation goals. Firstly, these activities improve the reduction of anosognosia, and secondly, they facilitate patients' comprehension of their disorder, which will motivate them to develop rehabilitation goals. Finally, it would be interesting to study OT's role in educating patients' family members to improve their understanding of their anosognosic relative.

Keywords: self-awareness, Stroke, occupational therapy, participation, rehabilitation goals, meaningful activities, scenario.