



Institut de Formation

En

Ergothérapie

- TOULOUSE -



## Mémoire d'initiation à la recherche :

Raisonnement clinique de l'ergothérapeute et  
élaboration du processus d'évaluation des fonctions  
exécutives de la personne traumatisée crânienne

*Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de  
l'UE 6.5 S6 et en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute*

Directeur de mémoire : Maëlle Biotteau

JUSTEAU MANON

Mai 2021



*« Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises décisions, il n'existe que des décisions prises dans des contextes particuliers ».*

*- Anonyme.*

# Engagement et autorisation

Je soussignée Manon Justeau, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

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

Fait à Toulouse.  
Le : 10 mai 2021

Signature de la candidate :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Justeau', written in a cursive style.

# Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire

# REMERCIEMENTS

Avant de vous proposer la lecture de ce mémoire, je tenais à remercier l'ensemble des personnes ayant participé, de près ou de loin, à son écriture. Ces remerciements sont aussi l'occasion de témoigner toute ma reconnaissance aux gens qui étaient là durant ces trois ans.

Je remercie ma directrice de mémoire, Maëlle Biotteau, pour ses précieuses remarques, son aide et les prises de conscience qu'elle m'a permis d'avoir.

Je remercie tous les professionnels ergothérapeutes m'ayant accueillie en stage ou ayant participé à cette étude. Merci pour votre partage de savoir.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse. Merci pour ces trois belles années, merci pour votre bien belle vision de ce merveilleux métier qu'est l'ergothérapie. Merci pour l'ouverture d'esprit que vous nous avez offerte.

Par « nous », j'entends toute la promotion 2018-2021. Ce « nous », c'est avant tout un regroupement de personnes toutes plus fantastiques les unes que les autres. Merci pour ces fou-rires, merci pour ces instants de flemme, merci pour les petits coups de boost, merci pour tout. Je vous souhaite à tous le meilleur.

Je tenais à remercier tout spécifiquement cinq filles un peu à part dans cette promotion. Elles se reconnaîtront. Merci pour ce journal intime interactif, merci pour toutes ces fois où vous m'avez sortie du brouillard, merci pour tous ces doutes partagés, pour tous ces débats enflammés, pour tous ces moments de joie. Ce n'est que le début et non pas la fin de quelque chose.

Je ne pourrai clore cette page sans remercier ma famille, bien que trop grande pour être citée en intégralité. Merci à ma maman, à mon papa, à tous mes frères et sœurs. C'est fou comme vous me manquez, et si vous saviez à quel point je m'en veux souvent d'être loin de vous tous. Une fois ce mémoire rendu, je vous le promets, je file vous rejoindre pour un beau week-end.

Pour finir, malgré toute ma pudeur, je ne peux que te remercier, toi Nicolas Bailles, pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci de m'avoir sortie de la petite cabane que je m'étais construite, merci d'avoir pris le temps de me laisser en sortir. Je ne le regrette absolument pas. Je n'ai pas réellement les mots pour décrire tout le soutien que tu m'apportes, dans tous les domaines de la vie. Merci d'être là malgré toutes mes failles. J'aimerais t'être aussi utile que tu l'es pour moi.

J'en ai enfin fini avec cet instant « émotion », et c'est maintenant avec une petite larme à l'œil que je vous souhaite une bonne lecture de ce mémoire.

# Table des matières

Introduction .....	1
Partie exploratoire.....	3
Partie 1 : Le patient traumatisé crânien .....	3
1.1 : Définitions et classification des traumatismes crâniens .....	3
1.2 : Epidémiologie.....	4
1.3 : Etiologies et populations touchées.....	5
1.4 : Parcours de soin du traumatisé crânien .....	6
1.4.1 : La prise en charge aiguë et la phase d'éveil de coma .....	7
1.4.2 : La phase de rééducation intensive.....	8
1.4.3 : La phase de réadaptation et de réinsertion sociale .....	9
1.5 : La vie après un traumatisme crânien .....	9
1.5.1 : Les déficiences motrices .....	10
1.5.2 : Les déficiences cognitives et comportementales .....	10
1.5.3 : Autres déficiences fréquentes .....	11
Partie 2 : Le processus d'évaluation des fonctions exécutives.....	12
2.1 : Conceptualisation des fonctions exécutives et critères diagnostiques du syndrome dysexécutif.....	12
2.2 : La place de l'ergothérapeute dans l'évaluation des fonctions exécutives .....	14
2.3 : Un outil à la disposition de l'ergothérapeute : le Cognitive Functional Evaluation Process (CFE) .....	16
2.3.1 : L'évaluation du profil occupationnel de la personne (étape 1 du CFE) .....	17
2.3.2 : Le dépistage cognitif (Etape 2 du CFE).....	17
2.3.3 : L'évaluation générale des fonctions cognitives sur tâches fonctionnelles.....	18
2.3.4 : L'évaluation de fonctions cognitives spécifiques (Etape 2bis du CFE) .....	18
2.3.5 : Evaluation de fonctions cognitives spécifiques sur tâches fonctionnelles (Etape 3bis du CFE).....	19

2.3.6 : L'évaluation environnementale (Etape 4 du CFE).....	19
Partie 3 : Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute .....	21
3.1 : Définitions du raisonnement clinique .....	21
3.2 : Facteurs de variabilités du raisonnement clinique .....	21
3.3 : Les formes de raisonnement clinique .....	22
3.3.1 : Les raisonnements cliniques scientifiques .....	22
3.3.2 : Les raisonnements cliniques antinomiques .....	24
Partie expérimentale .....	27
1.1 : Méthodologie .....	27
1.2 : Participants .....	28
1.3 : Analyse des résultats.....	29
1.2.1 : Analyse globale des formes et contenus de raisonnement clinique des ergothérapeutes.....	30
1.2.2 : Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute en pôle de post-réanimation (phase de post-réanimation).....	31
1.2.3 : Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute en service de Soins de Suite et de Réadaptation (phase subaiguë).....	33
1.2.4 : Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute en intervention à domicile (phase chronique).....	34
1.2.5 : Principaux résultats de cette étude .....	35
1.3 : Discussion.....	36
Conclusion .....	38
Bibliographie .....	37



# TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau récapitulatif des évaluations validées des fonctions exécutives en ergothérapie

ANNEXE 2 : Questionnaire général réalisé auprès des professionnels.

ANNEXE 3 : Trame entretien « instructions aux sosies »

ANNEXE 4 : Guide d'analyse de pratique (nécessaire à l'entretien)

ANNEXE 5 : Analyse textuelle entretien ergothérapeute 1

ANNEXE 6 : Analyse textuelle entretien ergothérapeute 2

ANNEXE 7 : Analyse textuelle entretien ergothérapeute 3

ANNEXE 8 : Retranscription entretien ergothérapeute 1

ANNEXE 9 : :\_Retranscription entretien ergothérapeute 2

ANNEXE 10 : Retranscription entretien ergothérapeute 3

# GLOSSAIRE

ACS : *Activity Card Sort*

AMPS : *Assessment of Motor and Process Skills*

ARTC : Association Réseau Traumatisé Crânien

AVQ : Activité de vie quotidienne

BADS : *Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome*

BIT : *Behavioral Inattention Test*

CFE : *Cognitive Functional Evaluation*

CPT : *Cognitive Performance Test*

CRS : *Coma Recovery Scale*

EF2E : Evaluation des fonctions exécutives en ergothérapie

ENOTHE : *European Network of Occupation Therapy in Higher Education*

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GREFEX : Groupe de Réflexion sur les Evaluations des Fonctions exécutives

HOEA : *Home Occupational Environmental Assessment*

LOTCA : *Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment*

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCRO : Mesure Canadienne du rendement Occupationnel

MET : *Multiple Errances Test* (test des errances multiples)

MMSE : *Mini Mental State Examination*

MOCA : *Montréal Cognitive Assessment*

MPR : Médecine Physique et Réadaptation (ancien SSR).

OQ : Occupational Questionnaire

PAVQ : Profil des Activités de Vie Quotidienne

PRPP : Perceive, Recall, Plan and Perform

RTI : *Routine Task Inventory*

SADI : *Self Awareness Deficit Interview*

SAFER : *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation*

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social des adultes handicapés

SAVS : Service d'aide à la Vie Sociale

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TEA : *Test of Everyday Attention*

TMT : *Trail Making Test*

UEROS : Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle

WHIM : *Wessex Head Injury Matrix*

# Introduction

Depuis le début de ma formation, j'envisage ma future pratique d'ergothérapeute dans un service accueillant des patients cérébrolésés. J'ai donc volontairement orienté une part importante de mes stages vers des structures accueillant cette population à différents moments de leurs parcours de soin (service de médecine et réadaptation, clinique de soins de suite et réadaptation, équipe mobile d'intervention auprès de personnes cérébrolésées). Par conséquent, je suis fréquemment intervenue auprès de patients avec des troubles des fonctions exécutives, d'abord accompagnée de mes tuteurs, puis en autonomie. L'objectif premier était souvent d'évaluer l'impact de ces troubles sur l'activité. Certains professionnels décidaient d'évaluer les fonctions exécutives par des mises en situation, d'autres avaient recours à des bilans standardisés, ou des bilans faits maison. Dans chacune de ces situations, les questionnements autour du choix, de la prise de décision étaient nombreux : *Comment faisaient-ils pour faire ce choix ? Et moi une fois seule, confrontée à la nécessité d'évaluer mes patients, comment faire pour élaborer mon processus d'évaluation ?*

C'est prise dans tous ces questionnements que j'ai saisi l'importance du raisonnement clinique, cet outil si utile à la prise de décision et nécessaire à la construction de toute intervention. En tant que stagiaire observatrice de ces tuteurs, il m'était imperceptible car il résonne dans les pensées de la personne, pas dans ses actes. Puis en tant que stagiaire intervenant pour la première fois auprès de patients en autonomie, j'ai ressenti le besoin de formaliser à l'écrit ma pensée afin de mettre des mots sur ce que je ne savais pas encore être « le raisonnement clinique ». Si ces différentes expériences m'ont appris une chose, c'est qu'il existe au moins autant de bonnes décisions que de thérapeutes, toutes justifiées par un raisonnement clinique propre.

Cette prise de conscience a motivé la réalisation de mon mémoire sur ce sujet, et plus précisément sur la question de recherche suivante : **Dans quelle mesure le raisonnement clinique nécessaire à l'élaboration du processus d'évaluation des fonctions exécutives chez une personne traumatisée crânienne varie-t-il selon la phase du parcours de soin à laquelle intervient l'ergothérapeute ?**

Cette question semble primordiale d'autant plus que le traumatisme crânien représente un enjeu de santé publique. On compte près de 150 000 cas supplémentaires par an. Cette affection représente la première cause de décès et de handicap chez l'adulte de moins de 35 ans

(Santé Publique France, 2019). Les séquelles variées, à la fois motrices, cognitives et comportementales, rendent la réinsertion socio-professionnelle des personnes complexe. Il semblerait même que la participation dans les activités de vie quotidienne soit perturbée, notamment causée par la présence de troubles de fonctions exécutives (Erez, Rothschild, Katz, Tuchner, & Hartman-Maeir, 2009).

Par conséquent, l'ergothérapeute, ce professionnel du paramédical dont la mission est de permettre à « toutes personnes de participer à ces occupations significatives » (ANFE, 2019), trouve entièrement sa place dans l'accompagnement des personnes souffrant de ce trouble. Son intervention débute dès la phase d'évaluation, quel que soit la phase du parcours de soin auquel il intervient.

Dans cette étude, je vais donc cibler les professionnels ergothérapeutes intervenant auprès de personnes traumatisées crâniennes à différentes phases de leur parcours de soin. Plus précisément je questionnerai leur raisonnement clinique nécessaire à l'élaboration du processus d'évaluation des fonctions exécutives de leur patient. Cette étude permettra de comparer le contenu et les formes de raisonnements cliniques entre les différents professionnels. La finalité de ce travail est de constituer un outil guidant l'élaboration du processus d'évaluation des fonctions exécutives à destination des jeunes professionnels ergothérapeutes soucieux de le construire de la manière la plus raisonnée possible.

Pour cela, je vais d'abord vous décrire le contexte théorique dans lequel se déroule mon étude. J'apporterai donc des connaissances sur le traumatisme crânien, sur les fonctions exécutives et leurs évaluations en ergothérapie. Puis nous ferons le lien avec le raisonnement clinique et ses contenus et formes possibles.

Dans une seconde partie, dite expérimentale, je vous décrirai la méthodologie utilisée pour répondre à ma question de recherche, et je vous en présenterai les résultats.

# Partie exploratoire

## Partie 1 : Le patient traumatisé crânien

### 1.1 : Définitions et classification des traumatismes crâniens

Le traumatisme crânien est caractérisé par une importante hétérogénéité de définitions, bien que des travaux de standardisation aient été effectués (Peeters, Van Den Brande, Polinder, & Brazinova, 2015). C'est notamment la prise en compte du traumatisme crânien léger, et de sa diversité de séquelles qui rend la tâche complexe (Carroll, Cassidy, Peloso, Borg, & Von Holst, 2004). Plusieurs grandes instances proposent donc leurs propres définitions, sur la base de critères cliniques.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le définit comme : « **La survenue d'une blessure à la tête à la suite d'un traumatisme fermé ou ouvert ou à la suite d'un phénomène d'accélération et/ou de décélération, avec :**

- **Une altération observée ou déclarée de l'état de conscience ou une amnésie due au traumatisme**
- **Et/ou des manifestations neurologiques ou neuropsychologiques (objectivé par examen médical)**
- **Et/ou un diagnostic de fracture du crâne ou de lésions intracrâniennes (objectivés par des examens radiologiques ou d'autres procédures de diagnostic neurologique) qui sont consécutives au traumatisme à la tête » (OMS, d'après Thurman, Kraus, & Romer, 1995) ;**

En 2010, un groupe d'experts (*The Demographics and Clinical Assessment Working Group of the International and Interagency Initiative toward Common Data Elements for Research on Traumatic Brain Injury and Psychological Health*) a travaillé à l'amélioration de cette définition, avec comme principale priorité l'inclusion des traumatismes crâniens légers. Ainsi, le consensus scientifique des experts s'est fait autour de la définition suivante : « **Le traumatisme crânien correspond à une altération du fonctionnement cérébral, ou autre pathologie cérébrale prouvée, causée par une force externe** » [traduction libre] (Menon, Schwab, Wright, & Maas, 2010).

Les traumatismes crâniens sont **classés selon trois niveaux de sévérité**, selon la gravité initiale. L'OMS recommande de l'évaluer selon l'échelle de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974). Il s'agit d'un score compris entre 3 à 15 et calculé selon trois critères : l'ouverture des yeux, la réponse motrice, et la réponse verbale. Plus le score de la personne est faible sur l'échelle de Glasgow, plus l'état de conscience de la personne est altéré (Teasdale & Jennett, 1974). Pour permettre l'identification clinique de la gravité du traumatisme, il est également conseillé de recueillir la durée de la perte de connaissance initiale, la durée de l'amnésie post-traumatique, et les lésions radiologiques intra-cérébrales. On peut globalement retenir les critères suivants pour catégoriser la sévérité du traumatisme crânien :

- Le traumatisme crânien sévère correspond à un coma initial, évalué à moins de 8 sur l'échelle de Glasgow, à une perte de connaissance supérieure à 30 minutes et à une amnésie post-traumatique supérieure à 24h (Julien, 2019).
- Le traumatisme crânien modéré correspond à un niveau de conscience évalué entre 9 et 12 sur l'échelle de Glasgow, une perte de connaissance initiale inférieure à 30 minutes et une durée d'amnésie post-traumatique inférieure à 24 heures (Julien, 2019).
- Le traumatisme crânien léger correspond à un niveau de conscience entre 13 et 15 sur l'échelle de Glasgow, et la présence d'au moins un signe d'atteinte neurologique parmi : la confusion, la désorientation, la crise comitiale, un trouble de la conscience inférieur à 30 minutes, une amnésie post-traumatique inférieure à 24 heures, un déficit neurologique focal transitoire, une lésion intracérébrale ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale (Carroll, Cassidy, Peloso, Borg , & Von Holst, 2004 dans Julien, 2019).

## 1.2 : Epidémiologie

Les données épidémiologiques des traumatismes crâniens sont mal renseignées, du fait de la diversité de définitions de la pathologie, de la sévérité des cas, des méthodes de diagnostic, des populations abordées, et même des territoires et des époques concernés. Chaque étude ne prenant pas les mêmes critères d'analyse, les résultats obtenus sont très variés (Bruns & Hauser, 2003 ; Barker-Collo & Feignin, 2009 & Roozenbeek, Maas, & Menon, 2013).

Dans son récent rapport de 2019, Santé Publique France répertorie les différentes études épidémiologiques menées sur le traumatisme crânien à différentes échelles (Santé Publique

France, 2019). Deux grandes études ont été réalisées en Europe, l'une en 2006, la seconde en 2015. Toutes deux s'appuient sur le nombre d'hospitalisations et le nombre de décès. **En 2006, le taux d'incidence moyen des traumatismes crâniens en Europe était de 243/10<sup>5</sup>/an** (Tagliaferri, Compagnone, Korsic, Servadei, & Kraus, 2006). **L'étude de 2015 conclut sur une valeur moyenne de 275/10<sup>5</sup> /an** (Peeters, Van Den Brande, Polinder, & Brazinova , 2015). Globalement l'incidence des traumatismes crâniens ne semble pas se modifier au cours du temps en Europe, mais des évolutions sont visibles selon l'âge des victimes et la cause de survenue (Tagliaferri, Compagnone, Korsic, Servadei, & Kraus, 2006 & Peeters, Van Den Brande, Polinder, & Brazinova , 2015)

Concernant la France, l'étude à plus grande échelle a été réalisée en Picardie en 1986, puis remise à jour dix ans plus tard. Cette étude permet de comptabiliser **environ 150 000 nouveaux cas par an en France, soit une incidence de 281/10<sup>5</sup>/an**. Cette étude a également permis de comptabiliser les proportions de cas selon la sévérité du traumatisme. Ainsi on note que sur l'ensemble des cas, environ 80% des traumatismes crâniens sont légers, 11% modérés et 9% sévères (Masson, Thicoipe, Aye, Mokni, & Senjean, 2001). Cette étude, bien qu'ancienne de plus de 30 ans, reste l'étude à plus grande échelle jamais effectuée en France.

Plus récemment, une étude épidémiologique a été réalisée à partir de la base de données des PMSI des hôpitaux de France métropolitaine entre 2011 et 2016. Elle a permis de répertorier tous les actes médicaux classés sous le code "*S06: blessure intra crânial*" de la classification internationale des maladies. **Ainsi en 2016, 152 262 patients ont été hospitalisés pour traumatisme crânien, révélant une stabilisation de l'incidence au cours du temps depuis 2011** (excepté pour la catégorie d'âge des plus de 65 ans marquée par une incidence de TC en constante hausse). **La majorité des patients était des hommes, et l'âge médian était de 63 ans**. 76% des cas concernaient des TC légers (Paget, Pedrono, & Thélot, 2018). L'incidence calculée était de 229/10<sup>5</sup>/an. Cette donnée doit être nuancée étant donné que, là encore, seuls les TC hospitalisés sont pris en considération.

### 1.3 : Etiologies et populations touchées

L'étude de Masson et al. (2001) a également permis de mettre en lumière les causes principales de traumatismes crâniens, toutes gravités confondues. Il apparaît que près de la moitié sont liés à **des accidents de la route (48%), des chutes de sa propre hauteur (24%)** et



**de grande hauteur** (17%) et **des agressions** dans moins de 10% des cas (Masson, Thicoipe, Aye, Mokni, & Senjean, 2001).

Il est important de noter que les étiologies principales de traumatismes crâniens varient selon la catégorie d'âge considérée (Andelic, Anke, Skandsen, Sigurdardottir, & Sandhaug, 2012 ; Walder, Haller, Rebetez, Delhumeau, & Bottequin, 2013 & Quayle, Powell, Hoyle, & Nadel, 2014 dans Santé Publique France, 2019).

Toutes les études épidémiologiques menées dans différents pays à différentes périodes s'accordent sur le fait que **la majorité des victimes de traumatismes crâniens sont des hommes**, quel que soit la tranche d'âge (Bruns & Hauser, 2003 & Paget, Pedrono, & Thélot, 2018). Les principales catégories d'âges de population touchées sont les jeunes enfants (0 à 4 ans), les jeunes adultes (15-25 ans) et les personnes âgées (+ de 65 ans) (Bruns & Hauser, 2003 & Faul, Wald, & Coronado, 2010). En France, en 2016, 55% des personnes hospitalisées pour traumatisme crânien étaient des hommes et **l'âge médian était de 63 ans** (Paget, Pedrono, & Thélot, 2018).

## 1.4 : Parcours de soin du traumatisé crânien

Le parcours de soin du patient traumatisé crânien correspond à l'ensemble des étapes d'accompagnement entre l'accident et la réinsertion. Le déroulé du parcours de soin est complexe et difficilement prévisible, du fait de la diversité des évolutions possibles (Julien, 2019).

Il est courant de distinguer trois phases dans la prise en charge du patient traumatisé crânien : **l'éveil de coma, la phase de rééducation intensive** (en SSR/MPR) **et la phase de réinsertion sociale au domicile** (Julien, 2019). Il est primordial d'éviter les ruptures de soin dans l'accompagnement des personnes traumatisées crâniennes. Chaque transition dans le parcours doit donc être préparée et coordonnée, comme l'indique la circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires.

### 1.4.1 : La prise en charge aiguë et la phase d'éveil de coma

Tout d'abord, après son accident, la personne traumatisée crânienne sera prise en charge par une équipe du SMUR, qui dirigera le patient vers un établissement adapté avec plateau neurochirurgical et une expertise dans la réanimation des TC (Société française d'anesthésie et de réanimation, 2016).

La phase d'éveil de coma débute à l'ouverture des yeux de la personne, avec un niveau de conscience variable selon les cas (Julien, 2019).

Le retour à un niveau de conscience normal va évoluer en trois phases, plus ou moins longues selon les cas (Association des Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébrolésés de Gironde, 2021) :

- **La phase végétative** où la personne ne répond pas aux stimuli extérieurs.
- **La phase pauci-relationnelle** où la personne répond de manière fluctuante aux stimuli extérieurs. On peut constater un suivi du regard et une communication simple peut se mettre en place par clignement des yeux ou serrage de mains.
- **La phase des premiers échanges relationnels** au cours desquels les échanges simples sont possibles sans stimulation, mais la personne reste confuse, agitée. Des troubles mnésiques sont présents, c'est l'amnésie post-traumatique.

A la suite du réveil de la personne, une évaluation globale de la situation de la personne (évaluation physique, cognitive et du contexte de vie de la personne) est réalisée par le médecin MPR, et permet d'orienter la personne vers la bonne structure de rééducation (Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires, 2004).

Selon l'état clinique de la personne, elle sera dirigée vers des services hospitaliers spécifiques (neurochirurgie, neurologie, orthopédie, pédiatrie), une Unité d'Eveil, un Service de Rééducation Post Réanimation (SRPR) ou en Soins de Suite et de Réadaptation spécialisée en cérébrolésions.

- **L'Unité d'éveil** prend en charge les patients sortis du coma, ne nécessitant donc plus de soins de réanimation mais pour qui la conscience reste fluctuante. Ces services ont

pour mission d'intervenir sur la stimulation de l'éveil de la personne, et sur l'accompagnement et l'écoute des familles (Julien, 2019).

- **Les SRPR** permettent à des patients ne nécessitant plus de soins de réanimation, mais conservant des besoins médicaux importants (trachéotomie, par exemple) de débiter un travail de rééducation pluridisciplinaire (Julien, 2019).

#### 1.4.2 : La phase de rééducation intensive

Après l'éveil de coma et si le patient est stabilisé médicalement, le médecin MPR ayant réalisé l'évaluation globale de la personne peut décider de l'orienter vers un SSR. Cette orientation est même indiquée par la circulaire de 2004 relative aux patients traumatisés crâniens graves, qui stipule que **“Tout traumatisé crânio-cérébral grave doit bénéficier d'une prise en charge en structure de MPR spécialisée pour les pathologies neurologiques cérébrales »**. L'objectif est de débiter **une rééducation intensive, précoce et multidisciplinaire** (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, neuropsychologues, psychomotriciens, orthoptistes, assistants sociaux, médecin MPR) dont l'efficacité est grandement prouvée dans la littérature scientifique (Turner-Stokes, Disler, Nair, & Wade, 2005 & Cicerone, 2000).

La réalisation de bilans moteurs et cognitifs complets par les différents professionnels permet d'établir des objectifs d'intervention, et de discuter du projet de vie de la personne (Julien, 2019). Cette rééducation débute en hospitalisation complète et peut ensuite évoluer vers une hospitalisation de jour, selon l'indépendance et l'autonomie de la personne aux actes de la vie quotidienne, et son environnement physique et social de vie.

A partir du moment où la récupération du patient plafonne, où les objectifs se transforment progressivement en objectif de réadaptation et non plus de récupération, la personne entre alors dans la phase de réadaptation et de réinsertion sociale. **La sortie du SSR est toujours préparée bien à l'avance afin de s'assurer que les capacités de la personne, ainsi que son environnement humain et physique permettent un retour à domicile ou en structure en sécurité** (Julien, 2019).

### 1.4.3 : La phase de réadaptation et de réinsertion sociale

Dans cette phase, l'objectif est de **permettre à la personne de pouvoir mener la vie qu'il souhaite malgré la présence de séquelles résiduelles**. Son environnement physique et humain sera adapté en conséquence. Comme le recommande la Circulaire de 2004, il est prévu que chaque personne dispose **d'un référent désigné** afin de faciliter l'homogénéisation du parcours de soin. Des consultations de suivi systématique ont aussi été mises en place (Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires, 2004).

Selon les capacités à la sortie et son environnement de vie, le patient pourra poursuivre la phase de réadaptation **à domicile ou entrera en institution** (Foyer d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Spécialisée). Dans le cas d'un retour à domicile, il est primordial de conserver un suivi de la personne (Julien, 2019). En effet la persistance d'un handicap invisible dégrade la participation et les relations sociales et peut parfois être synonyme d'isolement social (Mazaux, et al., 1997 ; Quintard et al, 2002 ; Le Gall et al, 2007 et Cohadon & Castel, 2008). **Le recours aux Services d'Accompagnement Médico-Social des adultes handicapés (SAMSAH), aux Service d'aide à la Vie Sociale (SAVS), aux Unités d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle (UEROS) est donc primordial** (Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires, 2004).

### 1.5 : La vie après un traumatisme crânien

Bien que n'étant qu'un incident à un moment donné, le traumatisme crânien impacte sur le long terme la vie des personnes, à tel point que la communauté scientifique milite pour qu'il soit reconnu comme maladie chronique (Masel & Dewitt, 2010). Les arguments des auteurs se centrent sur la réduction de l'espérance de vie des personnes, la multitude de troubles associés (troubles psychiatriques, troubles urinaires, troubles du sommeil, troubles sexuels, etc.) qui persistent des mois et des années après l'accident ; ainsi que les séquelles résiduelles à l'accident.

### 1.5.1 : Les déficiences motrices

Les déficiences motrices consécutives à un traumatisme crânien peuvent être classées de la manière suivante :

- Déficiences motrices **directement liées à la lésion cérébrale**. Elles peuvent se manifester sous la forme de paralysie ou de parésie à gravité et localisation variable. On constate aussi souvent de la spasticité, plus ou moins marquée selon les cas (Julien, 2019).
- Déficiences motrices **liées à des traumatismes secondaires**, que ce soient des blessures médullaires ou toutes autres fractures (Julien, 2019).

### 1.5.2 : Les déficiences cognitives et comportementales

Les déficiences cognitives sont particulièrement fréquentes dans la cadre de traumatisme crânien et constituent **la principale source de handicap chez les personnes traumatisées crâniennes**. Leur persistance à la suite de la rééducation impacte grandement la réinsertion sociale, professionnelle et familiale (Azouvi P. , 2009). Le diagnostic des séquelles cognitives résiduelles est relativement simple dans les cas les plus sévères, mais peut s'avérer complexe dans le cadre de séquelles légères (Azouvi P. , 2009).

Toujours selon Azouvi (2009), à la suite d'un traumatisme crânien, il est fréquent de constater :

- **Des troubles du langage**. Ils comprennent aussi bien des troubles de la communication verbale (dysarthrie, dysprosodie), des troubles de la construction du discours. Les aphasies massives restent peu fréquentes.
- **Des troubles de la mémoire**. On distingue l'amnésie post-traumatique, qui est régressive, des déficits persistants de la mémoire (atteinte de la mémoire à long terme et/ou à court terme, selon les cas). Les deux troubles sont très fréquents.
- **Des troubles de l'attention et du traitement de l'information**. Les troubles de la concentration et de l'attention concernent 30 à 50% des cas de TC sévères (Leclercq, Couillet, & Azouvi, 2000 dans Azouvi, 2009).
- **Des troubles de la mémoire de travail**, souvent en cause dans de nombreuses difficultés décrites par les personnes (Azouvi P. , 2009).

- **Des troubles des fonctions exécutives** (syndrome dysexécutif), qui comprennent à la fois des troubles de l'initiative, de l'organisation de stratégies, et de l'adaptation de celle-ci (Azouvi, Peskine, & Vallat-Azouvi dans Godefroy, 2007).
- **Des troubles du comportement et de la personnalité**, impactant l'équilibre de vie familial (Brooks & McKinlay, 1983).
- **De l'anosognosie**, c'est-à-dire une conscience amoindrie de leurs difficultés cognitives et comportementales, rendant leur diagnostic difficile (pas de plaintes de la personne) (Azouvi P. , 2009).

### 1.5.3 : Autres déficiences fréquentes

A la suite d'un traumatisme crânien, il est également fréquent de retrouver des troubles sensoriels (visuelles, vestibulaires, auditives), des céphalées, des épilepsies secondaires (Julien, 2019). Les personnes victimes de traumatisme crâniens sont également à plus fort risque de troubles psychiatriques : l'anxiété et les syndromes dépressifs sont fréquents dans cette population (Singh, Mason, Lecky, & Dawson, 2019 & Ruet, 2019).

La détermination du handicap définitif de la personne est difficilement prévisible puisque des progrès peuvent se manifester à distance de l'accident et de la rééducation. **La récupération analytique a tendance à se stabiliser autour de 18 mois post-accident, mais des progrès fonctionnels peuvent perdurer bien plus longtemps dans le temps, participant à réduire la situation de handicap de la personne** (Ruttan, Martin, Liu, Colella, & Green, 2008 ; Jacobsson, Westerberg, Söderberg, & Lexell, 2009 & Jourdan, 2017). **Les troubles moteurs évoluent souvent plus rapidement et laissent moins de séquelles que les troubles cognitifs**. La bonne récupération physique et la persistance de déficiences cognitives participent donc à créer ce qu'on appelle le « handicap invisible » (Dikmen, Machamer, Powell, & Temkin, 2003 & Ponsford, 2014).

## Partie 2 : Le processus d'évaluation des fonctions exécutives

### 2.1 : Conceptualisation des fonctions exécutives et critères diagnostiques du syndrome dysexécutif

Dans la littérature scientifique, les fonctions exécutives revêtent différentes définitions selon les auteurs et les disciplines. De manière générale, les fonctions exécutives sont définies comme **“des fonctions élaborées impliquées dans le contrôle cognitif intervenant dans les situations nécessitant une articulation des actions ou pensées dirigées vers un but finalisé.”** (Groupe de Reflexion sur l'évaluation des fonctions exécutives, 2004). En ergothérapie, elles sont parfois définies comme **“un ensemble de compétences nécessaires à un engagement réussi dans des activités ou des tâches qui sont complexes, non routinières, nouvelles, dynamiques, et/ou non structurées.”** [Traduction libre] (Maeir, Krauss, & Katz, 2010 & Cramm, Krupa, Missiuna, Lysaght, & Parker, 2013). Elles comprennent **la fixation de but, la planification, l'élaboration de stratégies, de la flexibilité, de la régulation** (Elliott, 2003 ; Groupe de Reflexion sur l'évaluation des fonctions exécutives, 2004 & Lezak, Howieson, Hannay, & Fischer, 2004).

Comme c'est souvent le cas en neurologie, c'est par l'étude d'une altération des fonctions exécutives que l'on a pu enrichir nos connaissances sur ces dernières. On parlait alors de syndrome frontal, décrit pour la première fois en 1868 par le docteur Harlow, lors de sa rencontre avec son célèbre patient Phineas Gage (Harlow, 1868). Harlow décrit des modifications d'ordre comportementales et thymiques chez son patient, à la suite d'une perforation du lobe frontal gauche. C'est la genèse de l'étude de ce syndrome par son versant comportemental (Harlow, 1868).

Les travaux en neuropsychologie ont ensuite permis d'enrichir son versant cognitif, grâce au développement de tests neuropsychologiques (Godefroy, Jeannerod, Allain, & Gall, 2008). Ainsi, Luria a pu identifier quatre fonctions distinctes : la formulation d'un but, la planification, l'exécution et la vérification (Luria, 1966). Ces recherches ont également permis de se rendre compte **que ce type de trouble pouvait se retrouver dans des atteintes non-frontales**, fait confirmé par de nombreux autres auteurs par la suite (Packwood, 2011). Et c'est en 1982 dans un écrit de Lizek que l'on retrouve pour la première fois le terme « fonctions

exécutives » et « syndrome dysexécutif » (Godefroy, Jeannerod, Allain, & Gall, 2008 et Packwood, 2011).

Par la suite, Shallice s'appuiera sur la théorie de Luria pour construire la sienne, dans laquelle il décompose les tâches en trois grandes catégories :

- Les tâches automatiques gérées par le répertoire de schémas d'actions
- Les tâches semi-automatiques sous contrôle du gestionnaire de conflits, dont l'objectif est de permettre la sélection du schéma le plus adapté à la situation.
- Les tâches nouvelles qui nécessitent l'intervention du Système Attentionnel Superviseur (SAS)

Le SAS décrit par Shallice correspond aux fonctions décrites par Luria deux décennies plus tôt : il s'agit d'un système de programmation, de réalisation et de contrôle de l'action. Le SAS correspond à un contrôle attentionnel permettant d'inhiber les schémas d'actions habituels et d'en concevoir de nouveaux plus adaptés à la situation (Shallice, 1982 et Shallice & Burgess, 1998).

La conceptualisation des fonctions exécutives n'a cessé de s'enrichir depuis les travaux de Luria (1966) et Shallice (1986). **La liste des troubles exécutifs retrouvés dans la littérature et des épreuves permettant de les évaluer est grande, et rend la tâche du diagnostic du syndrome dysexécutif complexe pour les cliniciens** (Godefroy, Jeannerod, Allain, & Gall, 2008).

Le GREFEX se propose donc d'élaborer des critères diagnostiques de ce syndrome (Goderoy, 2003 et Roussel & Godefroy, 2008). Nous vous les résumons dans le tableau suivant :

Syndrome dysexécutif comportemental	Syndrome dysexécutif cognitif
<p>Spécifique au syndrome :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypoactivité globale caractérisée par une apathie et/ou une aboulie.</li> <li>- Hyperactivité globale caractérisée par une désinhibition et/ou distractibilité et/ou une impulsivité et/ou une agressivité</li> <li>- Persévération de règles opératoires et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficits d'initiation et d'inhibition de l'action</li> <li>- Déficit de planification et résolution de problèmes</li> <li>- Déficit de division de l'attention et coordination entre deux tâches</li> <li>- Déficit de flexibilité</li> <li>- Déficit de génération d'informations</li> </ul>



<p>comportement stéréotypé -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndrome de dépendance à l'environnement</li> </ul> <p>En faveur de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confabulation et paramnésies réductives</li> <li>- Anosognosie et anosodiaphorie - Troubles émotionnels et du comportement social</li> <li>- Troubles du comportement alimentaire, sexuel et sphinctérien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit de résolution de problèmes, déduction, maintien et commutation de règles</li> <li>- Déficit de la mémoire épisodique</li> </ul>
<p>Non expliqué par un trouble perceptif, moteur, sensitif, aphasique ou un syndrome psychiatrique</p>	

*Figure 1 : Tableau récapitulatif des critères diagnostiques du syndrome dysexécutif proposés par le GREFEX (Goderoy, 2003 et Roussel & Godefroy, 2008).*

Initialement uniquement évalué par des épreuves analytiques, il est dorénavant préconisé d'utiliser également des épreuves écologiques pour évaluer les fonctions exécutives. **Les épreuves écologiques semblent plus sensibles à la complexité du syndrome dysexécutif**, notamment par la prise en compte du versant comportemental (Godefroy, 2001).

## 2.2 : La place de l'ergothérapeute dans l'évaluation des fonctions exécutives

Selon l'Association Nationale Française des ergothérapeutes **“l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé”** (ANFE, 2019). Il a pour objectif de **favoriser la participation de la personne**, c'est à dire selon l'OMS « l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle » (Organisation Mondiale de la Santé, 2001). Le groupe ENOTHE (*European Network of Occupational Therapy in Higher Education*) confirme cette définition, en la reliant à des concepts clés de

l'ergothérapie et la définit comme étant « l'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées » (Meyer, 2013).

**A la suite d'un traumatisme crânien d'importantes restrictions de participation sont constatées, en raison des séquelles neuropsychologiques et comportementales** (Mazaux, et al., 1997 ; Quintard, et al., 2002 ; Gall, et al., 2007 et Cohadon & Castel, 2008 dans Sorita, 2013). Plus précisément, il semblerait qu'une corrélation significative existe entre persistance d'un syndrome dysexécutif et restriction de participation dans les activités de vie quotidienne (Erez, Rothschild, Katz, Tuchner, & Hartman-Maeir, 2009).

Nous nous arrêtons sur l'étude de Quintard et al. (2002) qui a étudié une cohorte de 79 patients traumatisés crâniens graves hospitalisés dans les hôpitaux d'Aquitaine en 1993. Cette étude a permis de questionner les personnes par entretien en abordant leur autonomie et satisfaction dans les domaines de la vie sept ans après leur hospitalisation. Elle conclut une importante restriction de participation des personnes, principalement dans les activités à prédominance cognitive. En effet on apprend que la grande majorité des personnes interrogées se disent autonomes pour les actes de soins personnels de base : se laver (65,8%), manger (84,2%), réaliser ses transferts (74,7%), se déplacer (70%) ; mais tout juste la moitié sont capable "d'écrire une lettre" et de "faire leur course seul" (respectivement 51,9% et 53,2%) et seulement 35,9% sont autonomes sur la gestion administrative. La reprise du travail n'a été possible que pour 35% d'entre eux (dont 18% en secteur adapté).

Lors du colloque de l'Association Réseau Traumatisme Crânien (ARTC) intitulé "*Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée*", toutes les interventions insistaient sur le fait que **"la participation doit être au cœur des préoccupations de tous les professionnels accompagnant les personnes cérébrolésées quelles que soient les étapes de leur parcours, qu'il s'agisse de mettre en place un projet de soins, d'insertion ou même de vie"** (ARTC Ile de France, 2013). La place de l'ergothérapeute dans ses équipes d'accompagnement est donc nécessaire, et leur rôle primordial (ARTC Ile de France, 2013). **L'ergothérapeute par ses évaluations va déterminer si la personne est capable de rentrer au domicile et dans quelles conditions et si elle est en mesure de réaliser ses activités signifiantes** (Baum & Edwards, 1998 dans Maeir, Krauss, & Katz, 2010).

Dans le prochain paragraphe, nous vous présenterons différents outils utilisables par l'ergothérapeute pour y parvenir.

## 2.3 : Un outil à la disposition de l'ergothérapeute : le Cognitive Functional Evaluation Process (CFE)

**Le Cognitive Functional Evaluation est une méthode permettant d'évaluer les personnes avec suspicion de troubles cognitifs** (Maeir, Krauss, & Katz, 2010). Pour cela, l'auteur décrit un processus d'évaluation en six étapes principales :

- Les trois premières explorent globalement le fonctionnement cognitif de la personne.
- Les deux suivantes permettent d'investiguer spécifiquement certaines fonctions cognitives.
- Une étape supplémentaire aborde l'évaluation environnementale, indissociable des facteurs intrinsèques lorsque l'on s'intéresse aux performances dans les activités.

Ce processus d'intervention est utilisable pour l'évaluation de tout type de fonctions cognitives, y compris les fonctions exécutives (Sorita, 2013).

**Le Cognitive Functional Evaluation Process présente l'avantage de décrire les étapes indispensables à toutes évaluations cognitives, mais propose également des outils pour y parvenir** (bilans validés, entretien, observation) (*cf. annexe 1*). Il est véritablement spécifique à la pratique de l'ergothérapeute puisque chacune des étapes inclut l'expression des fonctions cognitives dans un contexte fonctionnel (excepté l'étape 1 de screening) (Maeir, Krauss, & Katz, 2010). Il peut être modélisé de la manière suivante.

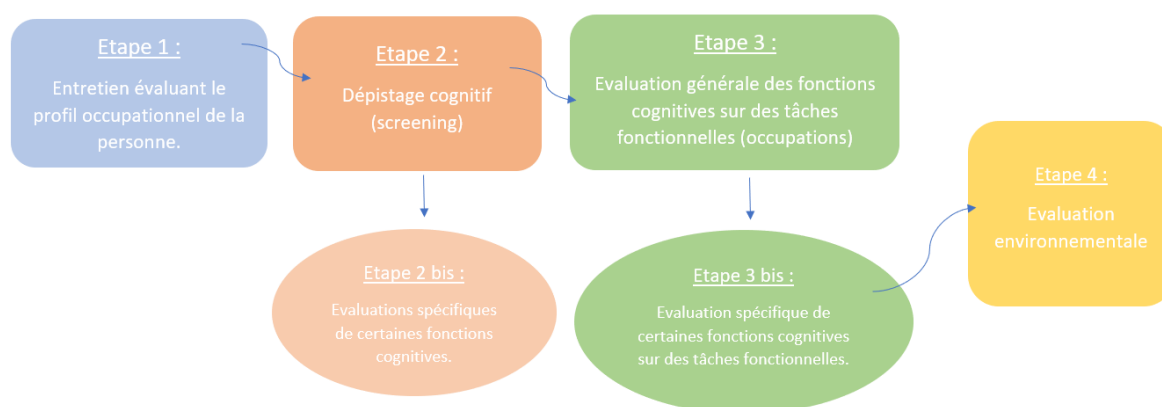


Figure 2 : Schéma récapitulatif du Cognitive Functional Evaluation  
(Maeir, Krauss, & Katz, 2010)

Nous allons dorénavant vous décrire chacune des étapes proposées, ainsi que les outils d'évaluation proposés par l'auteur.

### 2.3.1 : L'évaluation du profil occupationnel de la personne (étape 1 du CFE)

**L'étape 1 correspond à l'entretien initial réalisé en ergothérapie, qui permet de définir le profil occupationnel de la personne**, c'est-à-dire l'évaluation des occupations passées, actuelles et futures de la personne et le sens qu'elle leur donne. **L'anosognosie doit aussi être évaluée**, c'est-à-dire l'état de conscience de la personne vis-à-vis de ses troubles (Maeir, Krauss, & Katz, 2010).

L'évaluation de l'anosognosie peut être effectuée par des entretiens avec questionnaires, par comparaison des réponses de la personne et celle d'un proche, par auto-évaluation des performances dans les activités après observation. L'outil conseillé par l'auteur est le *Self Awareness Deficit Interview* (SADI), mais non traduit en français (Fleming, Strong, & Ashton dans Maeir, Krauss, & Katz, 2010). L'utilisation de l'échelle de Catherine de Bergego semble également adaptée (Bergego, et al., 1995).

L'évaluation du profil occupationnel de la personne peut être faite à l'aide de différents outils, tels que *l'Occupational Questionnaire* qui répertorie les activités réalisées par la personne en une journée (Smith, Kielhofner, & Watts, 1986). Il est également possible d'utiliser *l'Activity Cart Sort* (ACS : Baum & Edwards, 2001), ou encore la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO : Law, et al., 1998) qui permet de définir les objectifs occupationnels prioritaires de la personne.

### 2.3.2 : Le dépistage cognitif (Etape 2 du CFE)

**L'étape 2 renvoie à l'utilisation d'épreuves standardisées afin d'évaluer de manière globale les déficiences et les capacités cognitives préservées de la personne.** Le choix du bilan le plus adapté se fera selon l'âge, la pathologie, les troubles associés de la personne. On parle d'outils de screening, c'est-à-dire des outils qui permettent un dépistage rapide d'un ensemble de fonctions cognitives (Maeir, Krauss, & Katz, 2010). Par exemple, le *Mini Mental State Examination* (MMSE : Folstein & Folstein, 1975), la *Montréal Cognitive Assessment* (MoCA : Nasreddine, Philips, & Charbonneau, 2005) ou la *batterie Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment* (LOTCA : Cermak, et al., 1995 et Itzkovich, Averbuch, Elazar, & Katz, 2000) peuvent être utilisés par le thérapeute au cours de cette étape du processus d'évaluation.

### 2.3.3 : L'évaluation générale des fonctions cognitives sur tâches fonctionnelles (Étape 3 du CFE)

**Cette étape du CFE permet l'évaluation fonctionnelle des déficits cognitifs sur la réalisation d'une activité de vie quotidienne.** Elle permet également d'identifier certains troubles cognitifs qui n'avaient pas pu être identifiés lors du dépistage plus analytique (fonctions exécutives notamment). Les outils correspondent à des évaluations proposant d'évaluer la cognition dans la performance (Maeir, Krauss, & Katz, 2010). Ainsi l'auteur propose l'utilisation du *Cognitive Performance Test* (CPT : Burns, 2006) et du *Routine Task Inventory* (RTI : Katz, 2006). Le premier propose une batterie de six tâches simulant des activités de la vie quotidienne, alors que le second répertorie 30 tâches dans quatre domaines d'occupations. L'auteur conseille également l'utilisation de *l'Assessment Motor and Process Skills* (AMPS : Fisher, 2006) un bilan qui propose de mettre la personne en situation sur un panel de 130 tâches. L'analyse de la mise en situation se fait ensuite à l'aide d'une grille évaluant les habiletés procédurales et motrices de la personne. Le *Kettle Test* (Hartman-Maier, Armon, & Katz, 2007) peut aussi être utilisé. Il permet de mettre la personne en situation sur une tâche simple (préparation de boissons chaudes) et d'analyser les typologies d'erreurs effectuées. Non cité par l'auteur, il nous semble cependant pertinent d'ajouter à cette étape la possibilité d'avoir recours au *Perceive, Recall, Plan & Perform System Assessment* (PRPP : Chapparo & Nott, 2012). Il s'agit notamment d'une grille d'analyse de l'activité évaluant les stratégies cognitives mises en place par la personne pour mener à son terme l'activité.

### 2.3.4 : L'évaluation de fonctions cognitives spécifiques (Étape 2bis du CFE)

**L'étape 2 bis s'intéresse à l'évaluation plus spécifique de certaines fonctions cognitives.** Les scores obtenus lors des épreuves de screening indiquent certaines fonctions cognitives à explorer plus spécifiquement : attention, mémoire, fonctions langagières, fonctions exécutives. Les épreuves proposées restent analytiques mais sont conçues pour simuler les exigences d'une tâche réelle. Par exemple, pour évaluer spécifiquement l'attention de la personne, l'auteur propose l'utilisation du *Behavioral Inattention Test* (BIT : Wilson, Cockburn, & Halligan, 1987) et du *Test of Everyday Attention* (TEA : Robertson, Ward, Ridgeway, & Nimmo-Smith, 1994), deux bilans visant l'évaluation des troubles de l'attention. Si l'on considère uniquement les fonctions exécutives, il existe notamment les tests de Stroop (Stroop, 1935), le *Wisconsin Sorting Test* (Grant & Berg, 1948), le test de la tour de Londres

(Shallice, 1982), le *Trail Making Test* (Reitan, 1958), le test des commissions (Martin, 1972) et le *Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome* (BADS : Wilson, Cockburn, & Halligan, 1996). **Les tests neuropsychologiques classiques sont indispensables à l'évaluation des troubles des fonctions exécutives, mais ils ne sont pas toujours prédictifs du fonctionnement en dehors de la situation de test. Parfois il existe même une dissonance majeure entre performance dans les tests neuropsychologiques classiques et performance en situation** (Godefroy, 2001 ; Allain & Gall, 2004 et Chevignard, Taillefer, Picq, & Pradat-Dielh, 2008). C'est pour cette raison que l'étape 3bis, d'évaluation spécifique de fonctions cognitives spécifiques en situation réelle est indispensable (Maier, Krauss, & Katz, 2010).

### 2.3.5 : Evaluation de fonctions cognitives spécifiques sur tâches fonctionnelles (Etape 3bis du CFE)

L'objectif de cette étape du CFE est **d'évaluer l'impact de déficits cognitifs spécifiques** (attention, mémoire, fonctions exécutives, communication) **sur la performance occupationnelle**. L'évaluation se déroule **lors de mises en situation dans des AVQ en milieu écologique** et l'analyse de la tâche est spécifiquement orientée sur certaines fonctions cognitives. Si l'on considère les fonctions exécutives, de nombreux bilans validés remplissent cette mission : le Test des Errances Multiples version française et sa variante réalisable en milieu hospitalier (MET : Shallice & Burgess, 1991, validation française par Thiec, Jokic, & Enot-Joyeux, 1999), l'épreuve du gâteau au chocolat (EF2E : Chevignard, Taillefer, & Picq, 2008), le Profil des Activités de Vie Quotidienne (PAVQ : Dutil, Forget, & Vanier, 1990). Également certaines structures choisissent d'utiliser des bilans "faits-maison", adaptés aux moyens matériels et environnementaux de la structure (Hérissant, 2016).

### 2.3.6 : L'évaluation environnementale (Etape 4 du CFE)

L'étape finale du *Cognitive Functional Evaluation* est l'évaluation environnementale qui vise à identifier l'environnement matériel et humain dans lequel la personne réalise ces activités. L'objectif est **de déterminer les facteurs facilitateurs et les obstacles présents dans l'environnement de la personne et d'adapter le domicile si besoin** (Maier, Krauss, & Katz, 2010). Cette évaluation peut se faire par une évaluation domiciliaire. Hartman-Maier propose également des outils validés en anglais : tels que la *Home Occupational Environmental*

*Assessment* (HOEA : Baum & Edwards, 1998), la *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation* (SAFER Tool : Chui, et al., 2006).

Ce processus permet une évaluation exhaustive des fonctions cognitives de la personne. **Elle présente cependant la limite d'être difficilement applicable sur des personnes en éveil de coma, pour qui la réalisation d'épreuve papier-crayon et de tâches fonctionnelles est pour le moment impossible.** Cependant il faut prendre en compte que pour le moment, il ne s'agit pas d'une priorité d'intervention. Les évaluations se centreront surtout sur l'évaluation de l'état de conscience et de vigilance de la personne (Pellas, Kieffer, Weiss, & Pelissier, 2008) avec l'utilisation d'échelle validées telles que :

- La *Coma Recovery Scale* (CRS : Laureys, Faymonville, Degueldre, & Fiore, 2002)
- La *Wessex Head Injury Matrix* (WHIM : Laureys, et al., 2000)
- L'échelle de Glasgow (Katz, Haig, Clark, & DiPaola, 1992)

## Partie 3 : Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute

### 3.1 : Définitions du raisonnement clinique

Par raisonnement clinique, on entend « **les processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de proposer une prise en charge dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé** ». (Higgs & Jones, 2000). Le raisonnement clinique est au cœur de la démarche professionnelle de l'ergothérapeute, **puisqu'il correspond au processus complexe de réflexion et de décision préalable à toute intervention**. Il permet au thérapeute de recueillir les bonnes informations, de fixer les bons objectifs, et de mener l'intervention la plus adaptée possible auprès de la personne (Benamy, 1996 ; Chapparo & Ranka, 2000 et Mattingly & Fleming, 1994). Le raisonnement correspond à la pensée qui précède l'action, mais également à tous les ajustements comportementaux et perceptions réalisés par le professionnel de manière plus ou moins consciente. Ainsi les cadres et les modèles théoriques d'intervention sont parfois nécessaire à son élaboration, mais ne s'y limitent pas (Mattingly, 1991 ; Mattingly & Fleming, 1994 et Benamy, 1996). **Un raisonnement est par définition non-observable, et seuls ces résultats, les actions menées à partir de celui-ci, sont perceptibles par l'observateur**. Le seul moyen de rendre compte du raisonnement clinique d'un professionnel est de l'interroger sur ces processus de pensée préalable à toutes actions (Chapparo & Ranka, 2000 et Mattingly & Fleming, 1994).

### 3.2 : Facteurs de variabilités du raisonnement clinique

**La logique de pensée liée au raisonnement clinique est propre à chaque profession**, dans la mesure où ils s'inscrivent dans des contextes propres à chaque profession (Mattingly & Fleming, 1994 ; Benamy, 1996 et Chapparo & Ranka, , 2000). En réalité, ce mode de pensée est **même propre à chaque professionnel** dans une même profession (Mattingly & Fleming, 1994 et Meyer, 2013). Une étude menée auprès d'une population de médecin révèle les facteurs susceptibles d'influencer le raisonnement clinique : l'âge, le sexe, la formation, l'expérience, stéréotypes au sujet de certaines populations, la technique d'entretien, la relation thérapeutique tissée avec le patient (Alencastro, Clair, Locatelli, Ebell, & Senn, 2017). En prenant l'exemple de l'expérience, on se rend compte que moins les thérapeutes sont expérimentés, plus ils ont besoin de recourir à des procédures formalisées (Robertson, 1996). Avec l'expérience, le



raisonnement devient de plus en plus évident, si bien qu'il en devient imperceptible pour le professionnel lui-même.

Le raisonnement peut également varier en formes et en contenu. Les diverses formes de raisonnement ne sont pas employées dans la même mesure selon les connaissances théoriques, le contexte d'intervention, les caractéristiques de l'utilisateur et de l'ergothérapeute (Meyer, 2013 ; Robertson, 1996 et Chapparo & Ranka, 2000). Nous allons maintenant vous décrire les différentes formes de raisonnements cliniques.

### 3.3 : Les formes de raisonnement clinique

Lorsque l'on aborde l'étude des raisonnements cliniques, il est couramment décrit selon deux grands types : un raisonnement scientifique et un autre catégorisé d'antipositiviste. **Le premier s'appuie sur la théorie et fonctionne de manière hypothético-déductive alors que le second s'appuie sur la compréhension de la personne en tant que personne évoluant dans un contexte de vie particulier** (Mattingly & Fleming, 1994).

Le concept du « *three track mind* » décrit par Flemming (1991) met en avant le fait que l'ergothérapeute pense à la fois à la condition de santé du patient, à son contexte de vie et aux interventions à privilégier. Cette triple pensée l'oblige donc à naviguer entre les différentes formes de raisonnements et à ne pas se limiter à l'une d'entre elles (Fleming, 1991). Nous allons dorénavant vous décrire les différentes formes de raisonnements cliniques existantes.

#### 3.3.1 : Les raisonnements cliniques scientifiques

##### 3.3.1.1 : Le raisonnement diagnostique

**On parle de raisonnement diagnostique dans la mesure où la portée de ce type de raisonnement est de comprendre la condition de santé de la personne** (déficit moteurs, cognitif), **d'évaluer l'impact de cette condition sur les performances et mettre en place des objectifs globaux** (Rodgers & Holm, 1991). Il fonctionne selon un raisonnement hypothético-déductif qui se décompose en quatre étapes : deux inductives, et deux autres déductives.

- Une première étape d'acquisition d'informations. On parle de recueil de données à partir de la prescription médicale, de l'entretien initial avec la personne et les autres professionnels intervenant auprès de cette dernière (Rodgers & Holm, 1991).

- Une seconde étape de génération d'hypothèses, construite à partir des informations recueillies et qui permettent de supposer les difficultés de la personne dans la réalisation de ses activités. Ces hypothèses supposent le statut occupationnel de la personne (Rodgers & Holm, 1991).
- Une troisième étape d'interprétation d'informations qui se base sur l'utilisation d'outils pour obtenir des certitudes supplémentaires vis-à-vis de l'état de la personne (Schell B, 2003).
- Une dernière étape d'évaluation des hypothèses qui se base sur la confrontation des hypothèses aux nouvelles informations recueillies (Rodgers & Holm, 1991)

**L'objectif de ce type de raisonnement en ergothérapie est la description détaillée des limitations purement corporelles, des limitations fonctionnelles et des facteurs environnementaux de la personne** (Meyer, 2010).

### 3.3.1.2 : Le raisonnement procédural

Un second type de raisonnement scientifique vient compléter le premier considéré : le raisonnement procédural. A la différence du raisonnement diagnostique, il ne se limite pas à la phase d'évaluation (Mattingly & Fleming, 1994). Il nécessite :

- La sélection d'un modèle de pratique
- Un recueil systématique de données, à partir d'outils, de procédures standardisées
- Une génération d'hypothèse liées aux problèmes de performance occupationnelle, aux fonctions corporelles strictes ou à l'environnement.
- La sélection d'objectifs, et la sélection des moyens d'intervention
- L'évaluation répétée des hypothèses au fil de l'intervention

**L'objectif est donc d'identifier les problèmes de la personne et de construire un plan d'intervention pour les résoudre** (Fleming, 1991). Le raisonnement procédural a pour base le raisonnement diagnostique et s'en saisit pour construire l'intervention auprès de la personne (Mattingly & Fleming, 1994).

Ces deux premiers types de raisonnement trouvent leurs origines dans le développement du paradigme biomédical en ergothérapie, fortement présent et considéré comme légitime lorsque l'ergothérapeute exerce dans le milieu hospitalier (Alnervik & Sviden, 1996 et Mattingly & Fleming, 1994).

### 3.3.2 : Les raisonnements cliniques antinomiques

Lorsque l'on considère les métiers de la santé, une grande part d'incertitude s'impose aux professionnels : les objectifs, les évolutions d'intervention sont peu prévisibles et varient d'une personne à une autre. **Le choix d'intervention ne se base donc pas uniquement sur des critères scientifiques** (Higgs & Jones, 2000). C'est d'autant plus vrai lorsque l'on considère la pratique de l'ergothérapie, profession qui s'intéresse à l'impact de la maladie sur la réalisation des activités de la personne, sur la singularité de l'expérience de la maladie et du contexte dans lequel elle est vécue (Meyer, 2010). **Dans cette perspective plusieurs formes de raisonnement plus élusifs ont été décrit successivement : le raisonnement interactif, conditionnel et narratif** (Mattingly & Fleming, 1994), **le raisonnement pragmatique** (Schell & Cervero, 1993) **et le raisonnement éthique** (Rodgers J. , 1983). Nous allons vous les décrire successivement.

#### 3.3.2.1 : Le raisonnement interactif

**Le raisonnement interactif correspond aux interactions qui se créent entre le thérapeute et la personne et qui permettent d'ajuster l'intervention d'un point de vue comportemental et émotionnel** (Meyer, 2010). Cet aspect du raisonnement clinique renvoie aux capacités d'analyse et de relation qui guident la pensée du thérapeute lorsqu'il va chercher à entrer en relation avec la personne (Meyer, 2010). **L'objectif de ce type de raisonnement est de comprendre la personne en tant que telle et non pas comme un patient porteur de symptômes, de faciliter son engagement dans l'intervention, de créer un rapport de confiance et d'ajuster finement les objectifs et moyens d'intervention** (Mattingly & Fleming, 1994). Ce raisonnement prend forme dans des paroles, dans des gestes, dans des propositions d'exercices à destination du patient. En pratique les ergothérapeutes sont assez peu conscients que ce type de raisonnement participe à l'efficacité de leur intervention (Meyer, 2010).

#### 3.3.2.2. : Le raisonnement conditionnel

**Le raisonnement conditionnel permet de se représenter les habitudes de vie, l'environnement de la personne**, sans pour autant avoir recours à des instruments de mesure. Cette représentation de l'image de la personne s'applique au contexte présent, actuel et futur. (Meyer, 2010). Elle va guider indirectement l'ergothérapeute dans la construction de ces séances. Il va anticiper le devenir de la personne à partir des représentations qu'ils se construit

vis-à-vis du mode de vie de la personne (Mattingly & Fleming, 1994). Au départ peu reconnu, ce raisonnement anticipatoire fait maintenant l'objet de nombreuses recommandations par les associations professionnelles d'ergothérapeutes (American Occupational Therapy Association, 2002 ; Association canadienne des ergothérapeutes, 2002). Dans la pratique moderne de l'ergothérapie, ce type de raisonnement est devenu de plus en plus explicite, dans la mesure où les sorties d'hospitalisation sont anticipées à l'avance et où l'on utilise des outils visant à se renseigner sur l'histoire de la personne et ses conditions de vie (Meyer, 2010).

#### 3.3.2.3 : Le raisonnement narratif

**Le raisonnement narratif renvoie à un ensemble de réflexions, exprimées sous la forme de récits qui visent à comprendre l'expérience de la maladie vécue par la personne** (Mattingly & Fleming, 1994). Il s'agit d'une manière de penser utilisée par le thérapeute lorsqu'il est concerné par l'expérience de la maladie et non par la maladie elle-même. Cette forme de raisonnement met en avant la vision humaniste de la relation de soin, plutôt que la vision purement biomédicale (Meyer, 2010). **L'objectif de ce raisonnement est de donner du sens à l'histoire de la personne, et de construire la progressivité de l'intervention** (Mattingly, 1991 & Polkinghorne, 1996). Ces récits, explicitement énoncés ou implicites, **permettent également de replacer la personne en tant qu'acteur de sa propre histoire**, et lui redonnent confiance en un avenir choisi (Spencer, Davidson, & White, 1997).

#### 3.3.2.4 : Le raisonnement pragmatique

**Le raisonnement pragmatique est la part de raisonnement du thérapeute qui intègre la prise en compte de l'environnement matériel, hiérarchique, financier, réglementaire dans lequel a lieu l'intervention** (Schell & Cervero, 1993). Il convient de s'adapter aux contraintes locales (contraintes matérielles, temporelles, financières, contraintes en termes d'attentes fixées par les supérieurs hiérarchiques) mais également à des échelles plus grandes (contraintes socio-économiques : par exemple, le non-remboursement de l'ergothérapie dans le système de santé français (Schell, 2003).

#### 3.3.2.5 : Le raisonnement éthique

**Le raisonnement éthique permet de choisir ce qu'il est « bon » de faire dans l'intervention** (Schell, 2003). A la suite du raisonnement diagnostique, un nombre important d'interventions possibles semblent indiquées. Le choix final se fait selon les valeurs du

thérapeute, la considération des risques et des bénéfiques, et non plus sur des bases purement scientifiques et diagnostiques (Rodgers, 1983). Une étude menée par Fondiller et al. (1990) auprès de 9 ergothérapeutes a démontré que les thérapeutes privilégient, dans la construction de leur intervention, la centration sur l'usager, l'approche globale et le recours à des activités thérapeutiques qui ont du sens pour la personne. **Plus que des valeurs personnelles, on se rend compte que ce sont des valeurs construites professionnellement qui permettent de faire des choix en matière de buts et de moyens d'interventions** (Chapparo & Ranka, 2000 et Fondiller, Rosage, & Neuhaus, 1990). **Les valeurs personnelles entrent parfois également en jeu et prennent donc naissance dans un raisonnement éthique inconscient** (Lewinter & Steward, 1995 et Chang & Hasselkuss, 1998)

Nous venons donc de mettre en exergue l'existence de différentes formes et contenus de raisonnement clinique. Pour élaborer son processus d'évaluation des fonctions exécutives d'une personne traumatisée crânienne, l'ergothérapeute va pouvoir s'appuyer sur cette diversité de raisonnement clinique.

Dans la suite de ce mémoire, nous allons étudier les raisonnements cliniques de différents ergothérapeutes intervenant chacun à des phases différentes du parcours de soin des personnes traumatisées crâniennes. L'objectif sera de mettre en lumière, par le biais d'entretiens, leur raisonnement clinique face à cette tâche. Plus précisément, **nous nous demanderons dans quelle mesure le raisonnement clinique nécessaire à l'élaboration d'un processus d'évaluation des fonctions exécutives chez une personne traumatisée crânienne varie-t-il selon la phase du parcours de soin à laquelle intervient l'ergothérapeute ?**

# Partie expérimentale

## 1.1 : Méthodologie

### **Ma méthodologie de recherche se base sur la méthode de l'instruction aux sosies.**

Cette méthodologie d'entretien a été initialement développée par Ivar Oddone à l'Université de Turin dans les années 1970 pour la formation ouvrière des opérateurs des usines Fiat. Elle visait « à identifier les règles de conduites et les stratégies individuelles des travailleurs, de manière à accéder au plan-programme de chacun » (Oddone, 1981). Elle a ensuite été reprise par Yves Le Clot dans un objectif de formation et d'analyse de l'activité en sciences de l'éducation. Cette méthode d'analyse d'une situation de travail présente l'avantage de **rendre accessible toutes les prises de décisions, toutes les réflexions, tous les rapports humains, tous les rapports à l'activité « travail » habituellement invisible à l'observateur par une simple observation de la situation de travail** (Veyrac, 2017).

L'instructions aux sosies se déroule en trois temps (Bronckart, 2012) :

- **Un temps d'entretien entre un instructeur-interviewé et un apprenant-intervieweur (le sosie).** L'intervieweur initie l'entretien par la question suivante : « *Suppose que je sois ton sosie demain dans une situation de travail précise que tu vas m'indiquer. Dis-moi exactement ce que je dois faire et comment je dois le faire pour faire comme toi. L'idée est que personne ne s'aperçoive de la substitution entre toi et moi (ton sosie)* ». Il faut que la situation de travail interrogée soit bien définie au préalable et ne soit pas trop vaste, au risque de rendre l'entretien trop imprécis. Au cours de cet entretien initial, **l'élève-intervieweur ne prend la parole que pour guider la description de l'instructeur-interviewé.** L'entretien entre eux est donc construit sur la base de **l'entretien libre.** L'élève-intervieweur peut s'appuyer sur un début d'entretien formalisé et un guide de questionnement (*cf. annexe 2,3 et 4*).
- Un temps de retranscription de l'entretien par écrit et transmission à l'instructeur-interviewé (*cf. annexe 8, 9 et 10*)
- Une seconde entrevue au cours de laquelle l'instructeur peut proposer des rectifications, des ajouts, des modifications à la retranscription de l'entretien. Le sosie peut également demander des éclaircissements et reposer certaines questions.

Grâce à ses questionnements très concrets, le sosie permet à l'instructeur de questionner profondément sa pratique. **Dans le cadre d'une pratique clinique, l'instruction au sosie**

**apparaît donc comme l'outil idéal pour rendre accessible le raisonnement clinique des professionnels.**

Les entretiens ont ensuite été analysés grâce à la méthode de l'analyse catégorielle de contenu décrite par Laurence Bardin. Elle définit cette méthode comme «un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs quantitatifs et/ou qualitatifs permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production (et de réception) de ces messages » (Bardin, 2013). L'analyse catégorielle permet donc de dégager le sens d'un discours, entretien, d'un questionnaire, d'une observation. La méthode se décompose en trois grandes étapes.

1. Le découpage du discours en unités de sens. Ces unités de sens peuvent être des mots, des thèmes, même des contextes entiers (on peut par exemple retenir une phrase entière car elle donne du sens à un mot) pouvant donner sens au discours de la personne (Bardin, 2013).
2. L'énumération des unités de sens, selon différentes méthodes possibles. Dans cette étude, nous comptabiliserons les fréquences d'apparition des unités de sens (Bardin, 2013).
3. La catégorisation des unités de sens. Le regroupement est facilité par l'élaboration de critères de catégorie (dits indicateurs). Dans le cadre de notre étude, ces catégories étaient préexistantes puisqu'issues de nos recherches théoriques sur le raisonnement clinique. Les catégories se doivent d'être exclusive (unités classables dans une seule catégorie), exhaustive (prendre en compte la totalité du texte), pertinente (répondre à la problématique posée) et fidèle (fidélité Inter-évaluateur) (Bardin, 2013).

Le détail de notre méthode est présenté en *annexe 5, 6 et 7*.

## 1.2 : Participants

Pour cette étude, j'ai eu l'occasion d'interroger trois ergothérapeutes intervenant auprès de patients traumatisés à différents moments de leurs parcours de soin. Avant de débiter l'entretien sous la forme d'une instruction aux sosies, nous avons pris le temps de recueillir certaines informations professionnelles les concernant, notamment celles que nous avons

désignées comme à l'origine d'une variation de raisonnement clinique (expériences, formations complémentaires) (cf. annexe 2). Nous vous présentons les réponses à ce questionnaire ci-dessous.

Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
<p>Homme Diplômé en 2018</p> <p>Travaillant dans le secteur sanitaire au sein d'un MPR/SSR et d'un service de rééducation post-réanimation depuis 2018.</p> <p>Moyenne de 2 personnes traumatisées crâniennes accompagnées par semaine (phase aiguë d'intervention)</p> <p>Formations complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formé à la passation du bilan AMPS</li> <li>• Formé à l'éducation thérapeutique du patient</li> <li>• Formé à l'accueil des stagiaires.</li> </ul> <p>Habitué à recevoir des stagiaires</p>	<p>Femme Diplômée depuis 1994</p> <p>Travaillant pendant 20 ans au sein d'un MPR/SSR de 1997 à 2017.</p> <p>Moyenne de 3 personnes traumatisées crâniennes accompagnées par an (phase subaiguë).</p> <p>Formations complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DEUG de Psychologie</li> <li>• Formation sur les méthodes de rééducation sensorimotrice.</li> <li>• Formée au positionnement.</li> </ul> <p>Habituee à recevoir des stagiaires.</p>	<p>Homme Diplômé depuis 2015.</p> <p>Travaillant dans le secteur médico-social, au sein d'une équipe mobile intervenant au domicile des patients, depuis 2015.</p> <p>Moyenne de 10 à 15 personnes traumatisées crâniennes accompagnées par semaine (phase chronique d'intervention)</p> <p>Formations complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DU Droit et dommages d'indemnisation et du préjudice corporel.</li> <li>• Formation curatelle et tutelle</li> <li>• Formation sur la lésion cérébrale</li> </ul> <p>Habitué à recevoir des stagiaires</p>

*Figure 3 : Tableau de présentation des professionnels interrogés*

### 1.3 : Analyse des résultats

L'analyse des entretiens réalisés avec les différents ergothérapeutes a permis de révéler les formes et le contenu du raisonnement clinique de ces professionnels, intervenant chacun à des phases différentes du parcours de soin des personnes traumatisées crâniennes.



Cette recherche ne constitue qu'une étude pilote. Pour réellement obtenir des résultats significatifs sur le contenu des raisonnements cliniques selon les circonstances d'intervention du professionnel, il serait nécessaire de la reproduire sur une plus grande population de professionnels et de croiser les méthodes d'analyse de contenu.

### 1.2.1 : Analyse globale des formes et contenus de raisonnement clinique des ergothérapeutes.

Le tableau suivant récapitule les formes de raisonnements cliniques retrouvées dans le discours des professionnels à la suite de l'analyse catégorielle de contenu. Vous y trouverez également le nombre d'unités de sens et les principales idées évoquées dans chacune des formes de raisonnement, que nous détaillerons plus précisément dans les parties 1.2.2 à 1.2.4.

<i>Raisonnement clinique de l'ergothérapeute 1</i>						
<b>R. Diagnostique</b>	<b>R. Procédural</b>	R. Interactif	R. Conditionnel	R. Pragmatique	R. Narratif	R. Ethique
19 unités de sens	29 unités de sens	4 unités de sens	1 unité de sens	3 unités de sens	0 unité de sens	1 unité de sens
Importance de la prescription médicale, du recueil de données médicales auprès des médecins.	Importance accordée à l'utilisation de cadre de pratique, de procédures standardisées.	Evoque le fait d'ajuster son comportement aux souhaits/objectifs du patient.	S'intéresse aux occupations passées de la personne pour guider son intervention.	Manque de bilans validés en français.		Fait référence à la nécessité d'évaluer la personne en sécurité.
<i>Raisonnement clinique de l'ergothérapeute 2</i>						
<b>R. Diagnostique</b>	<b>R. Procédural</b>	R. Interactif	R. Conditionnel	R. Pragmatique	R. Narratif	R. Ethique
13 unités de sens	23 unités de sens	7 unités de sens	6 unités de sens	5 unités de sens	0 unités de sens	1 unité de sens
Importance de la prescription médicale et du recueil de données auprès des soignants.	Importance accordée aux évaluations validés (analytiques ou écologiques) et travail pluripro. indispensable.	Importance de construire la relation de confiance avec la personne + prise en compte des troubles du comportement.	Effectue un récit de vie avec la personne afin de cerner son mode et ses conditions de vie.	Manque matériel de la structure en termes de bilan et d'environnement permettant des évaluations écologiques.		Considère un bilan comme idéal.

<i>Raisonnement clinique de l'ergothérapeute 3</i>						
R. Diagnostique	R. Procédural	R. Interactif	R. Conditionnel	R. Pragmatique	R. Narratif	R. Ethique
14 unités de sens	12 unités de sens	7 unités de sens	13 unités de sens	11 unités de sens	0 Unités de sens	0 unités de sens
Pas d'évocation de la prescription médicale en premier lieu.  Importance du recueil de données auprès des autres professionnel, mais pas forcément sur des données médicales.	Evoque le fait de devoir adapter des bilans validés.  Utilise aussi des évaluations non standardisées : observations informelles.	Tisser la relation de confiance est l'objectif premier.  Prise en compte de ses souhaits dans l'évaluation.	Importance accordée au récit de vie, aux conditions de vie, aux occupations passées pour adapter la batterie de bilan à faire passer à la personne.	Evoque les limites matérielles de la structure : pas de bilans, pas d'argent.  Evoque les limites organisationnelles de la structure : faible fréquence d'intervention, objectif à long terme.		

Figure 4 : Tableau récapitulatif des résultats de l'analyse catégorielle de contenu

### 1.2.2 : Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute en pôle de post-réanimation (phase de post-réanimation)

**Le raisonnement diagnostique** se révèle par l'importance que l'ergothérapeute 1 accorde à la prescription médicale, sans laquelle il ne peut intervenir (« *je vais voir le médecin pour avoir la prescription parce qu'on intervient sur prescription médicale, même au sein du MPR* » [l.58]). Cet indicateur est en effet repérable cinq fois dans le discours de l'ergothérapeute 1. L'ergothérapeute s'engage dans un recueil de données via le dossier médical et les autres professionnels du service (notamment l'interne), puisque l'on retrouve cet indicateur 17 fois dans le discours du professionnel. Il se renseigne principalement sur l'anamnèse de la personne, les facteurs de risques et l'état physique et cognitif de la personne (« *[Je demande à l'interne] l'histoire de la pathologie, si ce n'est pas noté dans le dossier, la date de survenue et les facteurs de risque* » [l. 74]). L'ergothérapeute complète son raisonnement diagnostique par ses propres observations lors de l'entretien initial avec la personne et repère notamment des indices sur les troubles cognitifs de la personne (fatigabilité, troubles de l'attention, troubles de la communication, persévération) (« *J'essaye un petit peu en*

*posant des questions brèves, de savoir si, au niveau cognitif, quel profil de patients auxquels je peux m'attendre. Parce que quand on lit sur le dossier médical et la réalité, parfois, il y a quand même quelques décalages. » [l. 76-80]).*

**Le raisonnement procédural** se révèle par l'utilisation de processus d'intervention standardisé (« *Alors si je suis très studieux, j'ai le temps et j'utilise le processus CFE qui existe de Mme Ruiz à Bordeaux, donc j'ai toutes mes étapes à respecter* » [l. 169-170]) et de cadres de pratique, dont l'ergothérapeute fait quatre fois l'évocation dans son discours. L'ergothérapeute 1 met en avant la nécessité d'utiliser des évaluations, des grilles d'analyse d'activité validées et normées, qui permettent de donner une légitimité à l'observation clinique. Son évocation a dix-neuf reprises témoigne de l'évidence que ce raisonnement est pour lui (« *Ça reste des bilans validés, donc ça permet de confirmer et d'apporter du poids à tes observations. Déjà, d'un point de vue du regard de tes pairs, ça donne du poids à cette évaluation en plus de ton observation, même si ton observation, elle sera respectée et aura du poids aussi. C'est quand même bien avoir des bilans normés parce que ça te permet d'avoir une réévaluation standardisée* » [l.393-396]). Il coordonne sa phase d'évaluation avec les neuropsychologues et les orthophonistes, afin d'obtenir une évaluation analytique et fonctionnelle des fonctions exécutives.

**Les raisonnements interactifs et conditionnels** prennent forme l'importance accordée à la création d'une relation de confiance, évoquée une seule fois par l'ergothérapeute 1, et l'ajustement fait selon le comportement et les souhaits de la personne (« *je sens que lui, le patient a envie aussi de faire des choses et d'être plus actifs parce qu'une phase de bilan, c'est long aussi.* » [l. 281]).

**Le raisonnement éthique** de ce professionnel révèle un souhait de ne pas mettre la personne en danger ou en échec sur des activités trop importantes à ses yeux (prise en compte de l'état mental de la personne), évoqué une seule fois (« *mais je sais que cette activité-là sera peut-être moins mal vécue si elle est mal réalisée que la vraie activité car il y aura mis moins de sens pour lui.* » [l. 285-286]).

**Le raisonnement pragmatique** chez ce professionnel aborde le manque de bilans validés disponibles, non pas dans la structure, mais en général, dans la littérature (« *Si tu es en éveil de coma, tu vas réussir à en faire un ou deux, parce qu'il n'y en a pas beaucoup pour cette population-là* » [l. 355-356]).

### 1.2.3 : Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute en service de Soins de Suite et de Réadaptation (phase subaiguë)

**Le raisonnement diagnostique** de l'ergothérapeute 2 prend forme dans la grande importance accordée à la prescription du médecin, qui est réellement à la base de son intervention. Dans son discours, on retrouve une double négation lorsque j'évoque la possibilité de ne pas suivre scrupuleusement la prescription (« *Non non, dans la construction de mon évaluation, elle va partir de la prescription médical* » [l. 130-131]), ce qui témoigne de l'importance qu'elle a. Il effectue un recueil de données auprès des autres rééducateurs et des soignants au sujet des bilans effectués et de leurs résultats ; de l'autonomie et de l'indépendance des patients au sein du service et de la construction de l'intervention. On retrouve cet indicateur à 6 reprises dans le discours de cet ergothérapeute, et constitue sa toute première action dans l'élaboration de son processus d'évaluation (« *Je vais voir les autres professionnels, pour savoir s'ils ont déjà évalué quelque chose, notamment le neuropsychologue, l'orthophoniste.* » [l.43-44]). Son raisonnement diagnostique prend également en compte les séquelles comportementales du syndrome dysexécutif, évoqué à cinq reprises dans son discours (« *Oui, parce que c'est extrêmement complexe un trauma crânien et que nos bilans vont peut-être évaluer, on va dire des performances... euh... qui ne vont pas prendre en compte le trouble du comportement.* » [l.297-299]).

**Le raisonnement procédural** de ce professionnel prend forme dans l'utilisation d'éléments de modèle d'intervention spécifique à l'ergothérapie dans son entretien initial ; et dans l'importance accordée aux évaluations standardisées des fonctions exécutives. Ce professionnel met également en avant la nécessité d'avoir recours à l'interprofessionnalité. Il évoque à 17 reprises le besoin de réaliser un recueil de données par l'utilisation d'évaluations (propres ou celle d'autres professionnels) (« *C'est une concertation. C'est ce qu'on fait en réunion. Puis à l'époque, en revanche, on faisait beaucoup de réunions neuropsychos avec nos patients, c'est à dire le vendredi, on prenait tel cas de patients et on était ortho kiné pour parler de ce patient* » [l.221-223]).

**Le raisonnement interactif** de ce professionnel est révélé par l'importance donnée à la création d'une relation de confiance avec le patient, très présente chez ce professionnel (évoqué 6 fois dans son discours). Notamment il insiste sur la nécessité de se présenter à la personne et de décrire son intervention même si la personne a des troubles cognitifs et ne comprend pas forcément (« *Oui, créer cette relation qui va être importante dans le cadre d'un trauma crânien.*

*Puis de lui expliquer quelle va être notre relation, même si on peut penser qu'il va oublier. Mais, ce n'est pas grave, c'est quelque part dans sa mémoire. » [l.335-336]).*

**Le raisonnement clinique conditionnel** est permis grâce à l'entretien sous forme de récits de vie que fait l'ergothérapeute 2, et qui permet de se renseigner sur le mode et les conditions de vie de la personne (« *Bah c'est un peu le truc général. Qui il est, dans sa sphère d'identité. Qui il est dans sa sphère plus élargie, plus familiale ? Et dans son environnement de vie : architectural, humain, professionnel et de loisirs. Et comme ça, je cerne la personne au niveau de son fonctionnement et de son mode de vie » [l.112-116]).*

**Le raisonnement pragmatique** est présent lorsque la personne évoque le manque de bilan disponible dans son service, et les limites d'une structure hospitalière pour effectuer des mises en situation, faits évoqués à 5 reprises dans le discours de ce professionnel (« *A l'époque, on faisait ça et c'était déjà bien parce qu'auparavant, on n'avait rien du tout » [l.212] « Et après tu vas plutôt toi, en raison des conditions du service. On travaille dans un hôpital, on n'a pas le choix » [l.339]).*

#### 1.2.4 : Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute en intervention à domicile (phase chronique)

**Le raisonnement conditionnel** de l'ergothérapeute 3 est présent dans l'intérêt qu'il porte au récit de vie de la personne (mode et condition de vie) nécessaire à la compréhension des projets et besoins de la personne, évoqué huit fois dans son discours. Il s'appuie également sur les occupations significatives de la personne pour construire son processus d'évaluation. On le retrouve notamment dans la citation : « *Je peux m'appuyer sur les occupations de la personne [...] On a aussi pas mal de jeunes, de jeunes hommes, par exemple, qui aiment pas du tout cuisiner, parce qu'à la maison c'est encore la maman qui fait à manger. Dans ce cas-là ce n'est pas forcément une mise en situation qui va être la plus adaptée parce que l'envie et la motivation de la personne va aussi entrer en compte dedans. » [l.330-334] et dans quatre supplémentaires.*

**Le raisonnement pragmatique** prend forme lorsque le thérapeute évoque des limites matérielles à la réalisation de sa batterie d'évaluation (manque de bilan, de formation), problème qu'il dit récurrent dans le secteur médico-social On retrouve à sept reprises l'évocation de limites matériels (bilans) ou financières (« *Le médico-social, c'est un gros frein. De base, on est moins bien doté que le sanitaire, de façon historique. Que ce soit en matériel,*

*en professionnel ou de manière globale. Mais nous, on fait avec de la récup, c'est pour ça qu'on axe énormément notre travail sur de l'observation et de la mise en situation parce que ça ne demande pas d'argent, ça ne demande pas de formation » [l. 390-394]) ; et à quatre reprises l'abord des limites organisationnels (« Vu qu'on travaille sur un temps qui est beaucoup plus long, entre 3 à 5 ans. On ne fait pas passer les bilans toutes les trois semaines ou mois parce qu'on ne travaille pas aussi efficacement, aussi rapidement. On ne voit pas les personnes à la même fréquence » [l.238-241]).*

**Le raisonnement interactif** se révèle dans l'importance accordé à la création d'une relation de confiance. Elle est mise en lumière par six évocations lors de son discours, et le fait qu'elle se situe en premier dans l'élaboration du processus d'évaluation (« *La première fois que je rencontre la personne, je préfère dans un premier temps aller me présenter* » [l.116-117] ; « *Dans un premier temps, pour que le bilan puisse se passer au mieux et que la personne soit la plus confiante possible, c'est vrai que la relation thérapeutique et la relation de confiance qui doit être créée est plus importante* » [l.119-121] ; « *D'abord, rencontrer la personne, échanger avec elle* » [l.128]).

**Les raisonnements diagnostiques et procéduraux** sont présents dans le recueil de données fait auprès des autres professionnels du service, et à l'intérêt porté aux troubles associés qui pourrait interférer avec la passation de certains bilans. Mais une seule évocation de la prescription médicale n'est faite. Le discours de ce thérapeute aborde le raisonnement procédural mais dans le sens négatif, c'est-à-dire qu'il évoque ne pas respecter les procédures et ce à plusieurs reprises : par exemple il adapte certains bilans (bien que validés et standardisés) afin de les rendre accessible à ses patients (« Et là, se pose la question de savoir comment adapter notre bilan pour évaluer les fonctions exécutives ? » [l.224] ; « *C'est pour cela qu'on se sert vraiment de bilans qui peuvent exister, adaptés ou non à une population. Parce que ... pour les fonctions exécutives, cela peut être propre aux traumatismes crâniens. Mais on peut très bien utiliser des bilans qui sont orientés sur la personne âgée, sur l'enfant ou sur la santé mentale parce qu'il y a des éléments pertinents du bilan qu'on pourrait utiliser pour réussir à évaluer les séquelles de la personne* » [l.246-251]).

### 1.2.5 : Principaux résultats de cette étude

Cette analyse des différents raisonnements cliniques de chaque professionnel obtient les résultats principaux suivants.

- **Les raisonnements dits scientifiques (procédural et diagnostique) semblent primordiaux pour les ergothérapeutes 1 et 2, travaillant en structure hospitalière (Pôle de post-réanimation et MPR)**
- **Le raisonnement conditionnel est essentiel à l'ergothérapeute 3, puisqu'il intervient au domicile des personnes**, et doit s'adapter à leur mode et condition de vie. Cette forme de raisonnement n'est cependant pas négligée dans les interventions ayant lieu en structure hospitalière.
- **Le raisonnement pragmatique impacte énormément l'élaboration des processus d'évaluation de l'ergothérapeute 3**, notamment par des contraintes de nature matérielle et organisationnelle. L'ergothérapeute 2 évoque aussi cette limite à plusieurs reprises.
- **La création d'une relation de confiance, preuve d'un raisonnement clinique interactif, reste présente dans les raisonnements de tous les professionnels** lorsqu'ils interviennent auprès de patients traumatisés crâniens, mais seul l'ergothérapeute 3 l'évoque comme objectif premier.
- **Les raisonnements éthiques et narratifs apparaissent peu dans le discours de tous les professionnels.**

### 1.3 : Discussion

La présente étude a révélé que **les raisonnements dits scientifiques étaient bien plus présents chez l'ergothérapeute 1 et 2 en proportion des autres formes de raisonnements clinique**. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce sont **les deux seuls professionnels à travailler en structure hospitalière, un lieu où le paradigme biomédical est encore majoritairement utilisé**. Cette idée est en accord avec les résultats obtenus par Chaparro et Ranka (2000) au cours de laquelle elle avait obtenu une très importante part de raisonnement scientifique dans les structures qui posent le diagnostic médical comme élément clé de l'intervention. Nous constatons également que le recueil de données médicales évoqué par ces deux professionnels n'a pas lieu de la même manière en raison de la différence de période d'exercice du métier (période actuelle pour E1, début des années 2000 pour E2). L'ergothérapeute 1 évoque l'utilisation du logiciel de l'hôpital, alors que l'ergothérapeute 2 évoque des réunions pluriprofessionnelles.

Deuxièmement, **notre analyse d'entretien a révélé que l'ergothérapeute 3 accordait une grande importance à son raisonnement pragmatique, en évoquant des limites matérielles**

**et organisationnelles.** Nous pensons que cette élément est à mettre en perspective avec le fait que ce professionnel travaille dans le secteur médico-social et intervient au domicile des personnes. L'étude de Meyer menée en 2003 avait également souligné que **le raisonnement pragmatique prenait une part importante dans les décisions des professionnels d'autant plus lorsqu'il avait un impact négatif sur celles-ci.** Elle évoquait les contraintes temporelles, de possibilité d'évaluation et d'environnement, trois éléments qui sont ressortis du discours de l'ergothérapeute interrogé (Meyer, 2003). L'ergothérapeute 2 évoque plus de limites matérielles que l'ergothérapeute 1, là encore en raison des différences de temporalité d'exercice de la pratique. L'ergothérapeute exerçait une période où peu de bilans étaient validés et disponible dans son service. Ce n'est plus le cas pour l'ergothérapeute 1, qui présente également l'avantage de travailler dans une structure intégrant un service de recherche.

**Les raisonnements éthiques et narratifs sont peu ressortis des discours de nos trois professionnels, bien que très influents dans l'élaboration des interventions des ergothérapeutes** (Aguilar, Stupans, & King, 2013; Clair & Newcombe, 2014). Nous supposons que ces formes de raisonnements sont fortement inconscientes chez ces professionnels, si bien qu'elles ne transparaissent pas dans leur discours. Une étude spécifiquement orientée sur les valeurs personnelles et professionnelles des ergothérapeutes aurait été nécessaire pour les mettre en lumière, telle qu'ont pu le faire Désormeaux et Drolet en 2019.

Pour finir, nos résultats montrent que **l'ergothérapeute 3 accorde une plus grande importance au raisonnement conditionnel**, c'est-à-dire à l'adaptation aux conditions de vie de la personne. Nous nous attendions à ces résultats, étant donné que **c'est le seul des professionnels interrogés qui intervient au domicile de ces patients.** Ces résultats sont également en accord avec ceux de l'étude de Wainwright et Quinn qui avait démontré que ce raisonnement était **primordiale dans le cadre d'intervention sur le long terme**, comme c'est le cas pour ce professionnel (Wainwright & Quinn, 2009).



## Conclusion

Le traumatisme crânien est une pathologie complexe en raison de la diversité des séquelles qu'elle provoque. Le syndrome dysexécutif est l'une d'entre elles et constitue ce qu'on appelle un « handicap invisible », souvent incompris de l'entourage de la personne (Groupe de Reflexion sur l'évaluation des fonctions exécutives, 2004). Il se manifeste par des troubles cognitifs et comportementaux et place la personne en importante situation de handicap dans les activités sociales, familiales et professionnelles, voir même quotidiennes (repas, toilettes, déplacements) dans les cas les plus graves (Quintard, et al., 2002). Il est de la mission de l'ergothérapeute d'évaluer l'impact de ce trouble afin d'éviter les restrictions massives de participation et l'isolement de la personne. L'élaboration du processus d'évaluation est complexe et s'appuie sur l'utilisation d'outils (processus formalisés et bilans validés) (Maeir, Krauss, & Katz, 2010). En pratique, d'autres formes de raisonnement clinique entrent en jeu et permettent de le construire. Nous avons donc mené des entretiens auprès de trois professionnels, intervenant à différentes phases du parcours de soin de la personne traumatisée crânienne, au sujet de l'élaboration de leur processus d'évaluation des fonctions exécutives. L'analyse qualitative de ces entretiens a permis de révéler le contenu et la forme du raisonnement clinique de ces professionnels.

**Cette étude souligne que les points clés du raisonnement clinique ne sont pas les mêmes selon les phases auxquelles ont lieu les interventions.** Il apparaît que dans tous les cas, les raisonnements cliniques des professionnels sont multifactoriels, et utilisent tous des éléments à la fois des raisonnements diagnostique, procédural, éthique, pragmatique, interactif, narratif et conditionnel. **Ce sont les proportions qui varient selon les professionnels étudiés.** Dans notre étude, il se révèle que **les structures hospitalières sont plus amenées à construire leurs évaluations, selon les raisonnements dits scientifiques, tels que les raisonnements diagnostiques et procéduraux.** L'intérêt porté à la prescription et au recueil de données médicales est grand. Au contraire de **l'ergothérapeute pratiquant dans le secteur médico-social qui privilégie le raisonnement conditionnel et pragmatique pour construire son processus d'évaluation.** Le professionnel travaillant au domicile des patients doit faire avec les conditions de vie de la personne, et s'adapter au matériel qu'il a à disposition. **Chez nos trois professionnels, le raisonnement interactif est primordial et nécessaire pour créer cette relation de confiance avec la personne traumatisée crânienne.**

Les résultats obtenus sont à nuancer par les limites et biais que nous avons pu rencontrer, malgré la volonté de respecter au maximum les méthodologies de recherches les plus formelles possible. Tout d'abord, **la limite la plus importante de cette étude concerne l'échantillon d'ergothérapeutes interrogés**. Il est illusoire de prétendre pouvoir tirer des conclusions sur un échantillon d'uniquement trois personnes. Idéalement il aurait fallu poursuivre cette étude sur une population plus vaste, comme ont pu le faire Mattingly et Flemming en 1994 dans plusieurs services hospitaliers aux Etats Unis en utilisant la méthode de l'ethnographie et de la recherche-action (Mattingly & Fleming, 1994). Il est également important de noter **que l'entretien de type « instruction aux sosies » est une méthode qui requiert l'expérience du chercheur**, puisqu'elle ne se base sur aucune trame d'entretien préétablie et se construit au fur et à mesure de l'échange entre les interlocuteurs. De la même manière, **je ne suis pas formée à l'analyse qualitative de données textuelles**. Mes recherches m'ont permis d'acquérir des compétences dans l'utilisation d'outils d'analyse, mais celles-ci restent largement perfectibles afin de limiter les biais possibles d'analyse. Pour finir, **les circonstances sanitaires au cours desquelles mon étude a eu lieu, ont eu des conséquences d'ordre organisationnel sur le déroulé de ma phase expérimentale**. Certains de mes entretiens ont été annulés, d'autres ont eu lieu par téléphone, limitant l'interaction possible entre l'instructeur et le sosie. L'analyse qualitative peut également se nourrir du langage paraverbal de la personne, ce qui n'a pas été possible lors d'entretiens téléphoniques

Pour conclure, cette étude fut également enrichissante personnellement. Elle m'a permis de me rassurer sur ma future pratique d'ergothérapeute, et j'espère qu'elle pourra avoir les mêmes effets sur les futurs jeunes professionnels en mal de confiance en eux, qui la liront. Elle révèle que le processus d'évaluation idéal n'existe pas. Il est dépendant du contexte d'intervention. L'ergothérapeute soucieux de construire le meilleur processus d'évaluation possible doit s'appuyer sur son raisonnement clinique. Ces différents aspects maintenant accessibles à notre conscience guideront ces choix. Selon le contexte d'intervention, l'ergothérapeute pourra accorder une plus grande part à une certaine forme de raisonnement, facilitant ainsi la prise de décision. Par conséquent, ces choix se feront d'abord de manière très conscientisée, avec peut-être une nécessité de formaliser à l'écrit le raisonnement clinique. Puis progressivement, avec l'expérience, ce raisonnement clinique de plus en plus évident, de plus en plus inconscient, confirmant donc le fait que l'ergothérapeute se forme continuellement.

# Bibliographie

- Aguilar, A., Stupans, I., & King, S. (2013). Towards a definition of professionalism in Australian Occupational Therapy : using the Delphi Techniques to obtain consensus on essential values and behaviours. *Australian Occupational Therapy Journal*, pp. 206-216.
- Alencastro, L. D., Clair, C., Locatelli, I., Ebell, M., & Senn, N. (2017). Raisonement clinique : de la théorie à la pratique ... et retour. *Revue Medicale Suisse*, pp. 986-989.
- Allain, & Gall, D. L. (2004). Fonctions exécutives et scripts. In T. Meulemans, F. Coyette, & M. V. Linden, *Neuropsychologie des fonctions exécutives* (pp. 109-136). Marseille: Solal.
- Alnervik, A., & Sviden, G. (1996). On clinical reasoning : patterns of reflection on practice. *Occupational Therapy journal of research*, pp. 98-110.
- American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational Therapy Framework : Domain and Concern. *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 609-639.
- Andelic, N., Anke, A., Skandsen, T., Sigurdardottir, S., & Sandhaug, M. (2012). Incidence of hospital-admitted severe traumatic brain injury and in-hospital fatality in Norway: a national cohort study. *Neuroepidemiology*, pp. 259-267.
- ANFE. (2019). *La profession*. From Association nationale française des ergothérapeutes: <https://anfe.fr/la-profession/>
- ARTC Ile de France. (2013). Actes de la journée de l'Association Réseau Traumatisme Crânien Ile de France : Evaluation de la personne cérébrolésée.
- Association des Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébrolésés de Gironde. (2021). *Coma, éveil et reprise de conscience*. From Association des Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébrolésés de Gironde: <https://aftc-gironde.org/site/traumatisme-cranien-et-cerebrolesion-acquise/coma-veil-reprise-de-conscience/>
- Azouvi, P. (2009). Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*.
- Azouvi, P., Peskine, A., & Vallat-Azouvi, C. (2007). *Les troubles des fonctions exécutives dans les encéphalopathies posttraumatique et postanoxique*. Marseille: Solal.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
- Barker-Collo, S., & Feignin, V. (2009). Capturing the spectrum : suggested standards for conducting population-based traumatic brain injury incidence studies. *Neuroepidemiology*, pp. 1-3.
- Baum, C., & Edwards, D. (1998). *Home occupational environmental assessment : An environmental checklist for treatment planning*. St Louis: Washington University School of Medicine.
- Baum, C., & Edwards, D. (1998). *Home Occupational environmental assessment : an environmental checklist for treatment planning*. Saint Louis: Washington University School of Medicine.
- Baum, C., & Edwards, D. (2001). *Activity card sort (ACS)*. St Louis: Washington University School of Medicine.
- Benamy, B. (1996). *Developping clinical reasoning skills : strategie for the occupational therapist*. San Antonio: Therapy Skills Builders.
- Bergego, C., Azouvi, P., Samuel, C., Marchal, F., Louis-Dreyfus, A., & L Morin, P. P.-D. (1995). Validation d'une échelle d'évaluation fonctionnelle de l'héminegligence dans la vie quotidienne: l'échelle CB. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, pp. 183-189.

- Bronckart, J. (2012). De l'activité de travail à l'action didactique. *Séminaire de l'unité de recherche mixte Education, formation, Travail et Savoirs*. Toulouse.
- Brooks, D., & McKinlay, W. (1983). Personality and behavioural change after severe blunt head injury: a relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and psychiatry*, pp. 336-344.
- Bruns, J., & Hauser, W. (2003). The epidemiology of traumatic brain injury: a review. *Epilepsia*, pp. 2-10.
- Burns, T. (2006). *Cognitive performance test (CPT)*. Pequannock: Maddak.
- Carroll, L., Cassidy, D., Peloso, P., Borg, J., & Von Holst, H. (2004, Février). Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, pp. 84-105.
- Cermak, S., Katz, A., McGuire, E., Greenaum, S., Peralta, C., & Maser-Flanagan, V. (1995). Performance of American and Israeli individuals with CVA on the Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA). *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 500-506.
- Chang, L.-h., & Hasselkuss, B. (1998). Occupational Therapists' Expectations in Rehabilitation Following Strokes : sources of satisfaction and dissatisfaction. *American journal of occupational therapy*, pp. 629-637.
- Chapparo, C., & Nott, M. (2012). Exploring the Validity of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: Cognitive Strategy Use in Adults with Brain Injury. *British Journal of Occupational Therapy*, pp. 256-263.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2000). «Clinical Reasoning in Occupational. In J. Higgs, & M. Jones, *Clinical reasoning in the health profession* (pp. 128-137). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Chevignard, M., Taillefer, C., & Picq, C. (2008). Ecological assessment of the dysexecutive syndrome using execution of a cooking task. *Neuropsychology Rehabilitation*, pp. 461-485.
- Chevignard, M., Taillefer, C., Picq, C., & Pradat-Dielh, P. (2008). Evaluation écologique des fonctions exécutives chez un patient traumatisé crânien. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, pp. 74-84.
- Chui, T., Olivier, R., Ascott, P., Choo, L., Davis, T., & Gaya, A. (2006). *Safety assessment of function and the environment for rehabilitation*. Toronto: COTA Health.
- Cicerone, K. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, pp. 1596-1615.
- Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires. (2004, Juin 18).
- Clair, V. W., & Newcombe, D. (2014). Values and ethics in practice-based decision making. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, pp. 154-162.
- Cohadon, F., & Castel, J. (2008). *Les traumatisés crâniens: de l'accident à la réinsertion*. Wolters Kluwer.
- Cramm, H., Krupa, T., Missiuna, C., Lysaght, R., & Parker, K. (2013). Executive functioning: A scoping review of. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, pp. 131-140.
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. *Les représentations sociales*.
- Désormeaux, M., & Drolet, M. (2019). Valeurs liées à la profession d'ergothérapeute : les répertoire et les définir. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, pp. 8-18.
- Dikmen, S., Machamer, J., Powell, J., & Temkin, N. (2003). Outcome 3 to 5 years after moderate to severe traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, pp. 1449-1457.

- Dutil, E., Forget, A., & Vanier, M. (1990). Development of the ADL Profile: an evaluation for adults with severe head injury. *Occupational Therapy Health Care*, pp. 7-22.
- Elliott, R. (2003). Executive functions and their disorders: Imaging in clinical neuroscience. *British Medical Bulletin*, pp. 49-59.
- Erez, A., Rothschild, E., Katz, N., Tuchner, M., & Hartman-Maeir, A. (2009). Executive functioning, awareness and participation in daily life after mild traumatic brain injury : a preliminary study. *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 634-640.
- ergothérapeutes, A. c. (2002). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. From <https://www.caot.ca/index.html>
- Faul, M., Wald, M., & Coronado, V. (2010). *Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations and deaths 2002-2006*. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Fisher, A. (2006). *Assessment of Motor and Process Skills. Development, standardization, and administration manual*. Fort Collins: Three Star Press.
- Fleming, J., Strong, J., & Ashton, R. (n.d.). Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury : how best to measure ? *Brain Injury*, pp. 1-15.
- Fleming, M. H. (1991). The therapist with the three track mind. *The American Journal of Occupational Therapy*, pp. 1007-1014.
- Folstein, M., & Folstein, S. (1975). Mini mental state : A practical method for grading the cognitive state of patient for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, pp. 189-198.
- Fondiller, E., Rosage, L., & Neuhaus, B. (1990). Values Influencing Clinical Reasoning : an exploratory study. *Occupational Therapy Journal of Research*, pp. 41-54.
- Gall, C. L., Lamothe, G., Mazaux, J., Muller, F., Debelleix, X., Richer, E., & Barat, M. (2007). Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés : résultats à cinq ans du réseau UEROS-Aquitaine. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, pp. 5-13.
- Godefroy, O. (2001). L'évaluation des fonctions exécutives en pratique clinique. *Revue de Neurologie*, pp. 383-434.
- Godefroy, O., Jeannerod, M., Allain, P., & Gall, D. L. (2008). Lobe frontal, fonctions exécutives, et contrôle cognitif. *Revue Neurologique*.
- Goderoy, O. (2003). Frontal Syndrome and disorders of executive functions. *Journal of Neurology*, pp. 1-6.
- Grant, D., & Berg, E. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in Weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, pp. 404-411.
- Groupe de Reflexion sur l'évaluation des fonctions exécutives. (2004). Syndromes frontaux et dysexécutifs. *Revue de Neurologie*, pp. 899-909.
- Harlow, J. (1868). Recovery from the passage of an iron bar. *Medical and Surgical Journal Office*, pp. 327-346.
- Hartman-Maier, A., Armon, N., & Katz, N. (2007). The Kettle Test : a brief measure of cognitive-functional performance : reliability and validity in stroke rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*.
- Hérissant, A. (2016). Les évaluations dites écologiques réalisées, par des ergothérapeutes auprès de patients traumatisés crâniens sévères en service de soin de suite et de réadaptation. Quel choix entre une évaluation maison ou une évaluation validée ? Institut de Formation en Ergothérapie de Paris.
- Higgs, J., & Jones, M. (2000). *Clinical Reasoning in health professions*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

- Itzkovich, M., Averbuch, S., Elazar, B., & Katz, N. (2000). *Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (2nd ed.)*. Pequannock: Maddak.
- Jacobsson, L., Westerberg, M., Söderberg, S., & Lexell, J. (2009). Functioning and disability 6-15 years after traumatic brain injuries in northern Sweden. *Acta Neurologica Scandinavica*, pp. 389-395.
- Jourdan, C. (2017). Late Functional Changes Post-Severe Traumatic Brain Injury Are Related to Community Reentry Support: Results From the Paris-TBI Cohort. *Journal of Head Traumatic Rehabilitation*, pp. 26-34.
- Julien, A. (2019). Projet OPTIMIPS-TC : Optimiser le parcours de soins du patient traumatisé crânien en occitanie. *Avancées et perspectives*.
- Katz, N. (2006). *Routine Task Inventory*.
- Katz, R., Haig, A., Clark, B., & DiPaola, R. (1992). Long-term survival, prognosis, and life-care planning for 29 patients with chronic locked-in syndrome. *Archives of Medical Rehabilitation*, pp. 403-408.
- Laureys, S., Faymonville, M., Degueldre, C., & Fiore, G. (2002). Auditory processing of noxious somatosensory stimuli in the persistent vegetative state. *Neuroimage*, pp. 732-741.
- Laureys, S., Faymonville, M., Luxen, A., Lamy, M., Franck, G., & Maquet, P. (2000). Restoration of thalamocortical connectivity after recovery from persistent vegetative state. *Lancet*, pp. 1790-1791.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *The Canadian Occupational Performance Measure (3rd ed.)*. Toronto: CAOT.
- Leclercq, M., Couillet, J., & Azouvi, P. (2000). Dual task performance after severe diffuse traumatic brain injury or vascular prefrontal damage. *Journal of Clinical and experimental neuropsychology*, pp. 339-350.
- Lewinter, M., & Steward, D. (1995). Using environments to enable occupational performance. *Disability and rehabilitation*, pp. 211-216.
- Lezak, M., Howieson, D., Hannay, H., & Fischer, J. (2004). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Luria, A. (1966). *Higher Cortical Functions in Man*. New York: Basic Books Incorporation Publishers.
- Maeir, A., Krauss, S., & Katz, N. (2010). Ecological validity of the multiple errands test on discharge from neurohabilitation hospital. *Occupation, Participation and Health*.
- Martin, R. (1972). *Test des commissions. Épreuve d'adaptation méthodique (2nd ed.)*.
- Masel, B., & Dewitt, D. (2010). Traumatic brain injury: a disease process, not an event. *The Journal of NeuroTrauma*, pp. 1529-1540.
- Masson, F., Thicoipe, M., Aye, P., Mokni, T., & Senjean, P. (2001). Epidemiology of severe brain injuries: a prospective population-based study. *The Journal of Trauma*, pp. 481-489.
- Mattingly, C. (1991). What is Clinical Reasoning ? *The American Journal of Occupational Therapy*, pp. 979-986.
- Mattingly, C., & Fleming, M. (1994). *Clinical reasoning : forms of inquiry in therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Mazaux, J., Masson, F., Levin, H., Alaoui, P., Maurette, P., & Barat, M. (1997). Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, pp. 1316-1320.
- Menon, D., Schwab, K., Wright, D., & Maas, A. (2010, Novembre). Position Statement: Definition of Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, pp. 1637-1640.

- Meyer, S. (2003). Exploration des raisonnements produits par des ergothérapeutes intervenant auprès de personnes atteintes d'une hémiparésie consécutive à un accident vasculaire cérébral. Université de Montréal, Faculté d'études Supérieures.
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne: Les cahiers de l'école d'études sociales et pédagogiques.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris: De Boeck.
- Nasreddine, Z., N Philips, V. B., & Charbonneau, S. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MOCA) : a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, pp. 695-699.
- Oddone, I. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière : vers une autre psychologie du travail*. Paris: Editions sociales.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.
- Packwood, S. (2011). Conceptualisation des fonctions exécutives.
- Paget, L.-M., Pedrono, G., & Thélot, B. (2018). Epidemiology of Traumatic brain injury based on hospital reports in mainland France. *European Congress of Epidemiology*. Lyon.
- Pedarribes, G., & Lefeuvre, G. (2014). L'analyse des compétences infirmières lors d'une situation d'évaluation clinique et de diagnostic. *Santé Publique*, pp. 627-637.
- Peeters, W., Van Den Brande, R., Polinder, S., & Brazinova, A. (2015, Août). Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. *Acta Neurochirurgica*, pp. 1683-1696.
- Pellas, F., Kieffer, C., Weiss, J., & Pelissier, J. (2008). *Eveil de coma et états limites : états végétatifs, états pauci-relationnels et locked-in-syndrom*. Paris: Masson.
- Polkinghorne, D. (1996). Transformative Narratives : from victim to agent life pilots. *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 299-305.
- Ponsford, J. (2014). Longitudinal Follow-Up of Patients with Traumatic Brain Injury: Outcome at Two, Five, and Ten Years Post-Injury. *Journal of Neurotrauma*, pp. 64-77.
- Quayle, K., Powell, E., Hoyle, J., & Nadel, F. (2014). Epidemiology of blunt head trauma in children in U.S. emergency departments. *The New England Journal of Medicine*, pp. 1945-1947.
- Quintard, B., Croze, P., Mazaux, J., Rouxel, L., Joseph, P., Richer, E., & Barat, M. (2002). Satisfaction de vie et devenir psychosocial des traumatisés crâniens graves en Aquitaine. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, pp. 456-465.
- Réanimation, S. F. (1999). Management of severe head injuries in the . *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, pp. 15-22.
- Reitan, R. (1958). Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Perception of Motor Skills*, pp. 271-276.
- Robertson, I., Ward, T., Ridgeway, V., & Nimmo-Smith, I. (1994). *The Test of Everyday Attention Manual*. England: Times Valley Test Company.
- Robertson, L. (1996). Clinical Reasoning, Part 1 : the Nature of Problem Solving, a Literature Review. *British journal of occupational therapy*, pp. 178-182.
- Rodgers, J. (1983). Clinical Reasoning : the Ethics, Science and Art. *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 601-616.
- Rodgers, J., & Holm, M. (1991). Occupational Therapy Diagnostic Reasoning : a component of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 1045-1053.
- Roozenbeek, B., Maas, A., & Menon, D. (2013). Changing patterns in the epidemiology of traumatic brain injury. *Nature Reviews*, pp. 231-236.
- Roussel, M., & Godefroy, O. (2008). La batterie GREFEX : données normatives. In O. Godefroy, *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques* (pp. 231-252). Marseille: Solal.

- Ruet, A. (2019). A Detailed Overview of Long-Term Outcomes in Severe Traumatic Brain Injury Eight Years Post-injury. *Frontiers in Neurology*, p. 120.
- Ruttan, L., Martin, K., Liu, A., Colella, B., & Green, R. (2008). Long-term cognitive outcome in moderate to severe traumatic brain injury: a meta-analysis examining timed and untimed tests at 1 and 4.5 or more years after injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, pp. 69-76.
- Santé Publique France. (2019). *Epidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique*. Saint-Maurice: Santé Publique France.
- Schell, B. (2003). Clinical Reasoning : the basis of practice. In E. Crepeau, E. cohn, & B. B. Schell, *Willard and Spackman's Occupational Therapy (10ed.)* (pp. 131-139). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B., & Cervero, R. (1993). Clinical Reasoning in Occupational Therapy : an integrative review. *American Journal of occupational therapy*, pp. 605-610.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, pp. 199-209.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. In L. Weiskrantz, *The Neuropsychology of Cognitive Functions* (pp. 199-209). Londres: The Royal Society.
- Shallice, T., & Burgess, P. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, pp. 727-741.
- Shallice, T., & Burgess, P. (1998). Domain of supervisory process and temporal organization. In A. Roberts, & T. Weiskrantz, *The frontal cortex* (pp. 22-35). Oxford: Oxford University Press.
- Singh, R., Mason, S., Lecky, F., & Dawson, J. (2019). Comparison of early and late depression after TBI. *Brain Injury*, pp. 1-8.
- Smith, N., Kielhofner, G., & Watts, J. (1986). The relationship between volition, activity pattern and life satisfaction in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 278-283.
- Société française d'anesthésie et de réanimation. (2016). Actualisation des recommandations de la prise en charge des traumatisés crâniens graves à la phase précoce. *Anesthésie et réanimation*, pp. 421-430.
- Sorita, E. (2013). Impact fonctionnel des troubles cognitifs dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes cérébrolésées adultes : apports de la réalité virtuelle. Doctorat de l'université de Bordeaux 2.
- Spencer, J., Davidson, H., & White, V. (1997). Helping Clients to develop hopes for the future. *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 191-197.
- Stroop, J. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, pp. 643-662.
- Tagliaferri, F., Compagnone, C., Korsic, M., Servadei, F., & Kraus, J. (2006). A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochirurgica*, pp. 255-268.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness : A Practical Scale. *The Lancet*, pp. 81-84.
- Thiec, F. L., Jokic, C., & Enot-Joyeux, F. (1999). Evaluation écologique des fonctions exécutives chez les traumatisés crâniens : pour une meilleure approche du handicap. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, pp. 1-18.
- Thurman, D., Kraus, J., & Romer, C. (1995). *Standards for Surveillance of Neurotrauma*.
- Turner-Stokes, L., Disler, P., Nair, A., & Wade, D. (2005). Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database System Review*.
- Vantomme, P. (n.d.). Méthodologie de recherche., (p. 11).



- Veyrac, H. (2017). L'instruction au sosie pour la transformation du travail : la conduite du conseil de classe pa des chefs d'établissement. *Présent et futur de l'ergonomie, 52ème Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française*, (pp. 319-323). Toulouse.
- Wainwright, S., & Quinn, P. (2009). Factors that influence the clinical decision-making of rehabilitation professionals in long-term care settings. *Journal of Allied Health*, pp. 143-151.
- Walder, B., Haller, G., Rebetez, M., Delhumeau, C., & Bottequin, E. (2013). Severe traumatic brain injury in a high-income country: an epidemiological study. *Journal of NeuroTrama*, pp. 1934-1942.
- Wilson, B., Cockburn, A., & Halligan, P. (1996). *Behavioural Assessment of dysexecutive Syndrome*. St Edmunds: Thames Valley Test Company.
- Wilson, B., Cockburn, J., & Halligan, P. (1987). *Behavioural inattention test maunal*. Farehame: Thames Valley Test Company.

ANNEXE 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DES EVALUATIONS VALIDEES DES FONCTIONS  
EXECUTIVES EN ERGOTHERAPIE

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS, Fisher, 2006)	
Objectif :	Évaluer la personne dans la réalisation de deux activités de vie quotidienne dans le but de prédire l'indépendance de la personne.
Activités/ Tâches :	110 tâches standardisées classées par ordre de difficultés. Possibilité d'ajuster certains éléments des tâches afin de les rendre plus en lien avec les habitudes de vie de la personne.
Principe :	Observation de la personne, puis cotation a posteriori des habiletés opératoires (16 items) et procédurales (20 items) lors de la réalisation de la tâche.
Durée :	30 à 40 minutes selon les tâches choisies
Cotation	Cotation sur une échelle de 1 à 4 par chaque item. Score recueillis sur un logiciel de cotation, qui en déduit des scores d'indépendance de la personne.
Propriétés psychométriques :	<i>Excellente fidélité test-retest, excellente fidélité intra-juge. Excellente validité de critère et de construit</i>

Perceive, Recall, Plan & Perform System Assessment (PRPP, Chapparo & Nott, 2012)	
Objectif :	Observation de la personne dans la réalisation d'une activité significative et analyse des erreurs commises selon les modèles de traitement de l'information.
Activités/ Tâches :	Choix d'une à quatre tâches pour lesquelles la réalisation est difficile du fait des troubles, choisies après entretien.
Principe :	Observation de la tâche selon deux niveaux d'analyse : analyse fonctionnelle et analyse cognitive. L'analyse fonctionnelle permet d'observer si la réalisation des étapes de la tâche et les erreurs commises (omission, précision, répétition et durée). L'analyse cognitive permet d'évaluer la tâche selon quatre domaines : perception, rappel, planification et réalisation. Chaque domaine est analysé selon 34 descripteurs classés en 12 catégories.
Durée :	Une à deux heures pour quatre tâches.
Cotation	Analyse fonctionnelle : Erreurs exprimées en pourcentage d'erreurs selon le type.

	Analyse cognitive : Descripteurs cotés sur 3 points, pour un score total de 102 points. Un score inférieur à 87,2/102 considère une efficience cognitive faible.
Propriétés psychométriques :	Bonne fidélité inter-juges, intra-juges de la phase 1 Bonne validité de contenu.

Test des Errances Multiples . (MET : Shallice & Burgess, 1991, validation française par Thiec, Jokic, & Enot-Joyeux, 1999)	
Objectif :	Evaluer la présence d'un syndrome dysexécutif par la réalisation d'une activité écologique de réalisation de tâches enchaînées.
Activités/ Tâches :	Réalisation d'une série de 8 à 12 tâches selon les versions, comprenant des tâches d'achats, de recherches d'informations, d'envoi de courrier, d'appels téléphoniques.
Principe :	S'appuie sur le modèle de Norman et Shallice. Tâches non-routinières, réalisées dans un environnement nouveau pour la personne. Deux observateurs observent le déroulé des tâches, notent les événements. Pas de temps limite, possibilité d'organiser les tâches comme la personne le souhaite.  Existe en version hôpital, dans un quartier.
Durée :	Non-définie, mais environ 1h.
Cotation	Varie selon les versions. Dans la version initiale : cinq composantes, détaillées en trois indicateurs chacune. Chaque indicateur est évalué selon une échelle de 1 à 3 (3 = pas de troubles).
Propriétés psychométriques :	Validité discriminante et fidélité inter juges Validité discriminante et concurrente avec d'autres évaluations des fonctions exécutives.

L'épreuve du gâteau au chocolat (Cooking Task / EF2E, : Chevignard, Taillefer, & Picq, 2008)	
Objectif :	Evaluer la présence d'un syndrome dysexécutif par l'observation d'une tâche de cuisine
Activités/ Tâches :	Réalisation de deux tâches de cuisine : un gâteau au chocolat et une omelette, dans une cuisine classique.
Principe :	Observation de la réalisation de la tâche et analyse fonctionnelle des erreurs commises par la personne selon cinq catégories : omissions, additions, Inversion-substitution, erreurs d'estimation et questions-

	commentaires. Une seconde analyse neuropsychologique permet d'expliquer les erreurs commises : erreurs de vérification, absence de prise en compte du contexte, adhérence à l'environnement, errance-perplexité, demande d'aide, troubles du comportement.
Durée :	Environ 2h.
Cotation	Comptabilisation des erreurs selon analyse fonctionnelle et neuropsychologique. Prise en compte de la durée, du niveau de danger.
Propriétés psychométriques :	Bonne consistance interne, Fidélité test-retest et inter-juges. Validité concourant avec le DEX questionnaire Validité discriminante entre TC et groupe contrôle.

Profil des Activités de Vie Quotidienne (PAVQ-R : Dutil, Forget, & Vanier, 1990)	
Objectif :	Observer l'impact fonctionnel des troubles des fonctions exécutives sur la réalisation de tâches routinières pour la personne, réalisé à son domicile.
Activités/ Tâches :	20 tâches disponibles à choisir dans trois domaines : les activités personnelles, domiciliaires et communautaires.
Principe :	S'appuie sur les théories de Luria. Le thérapeute va observer la réalisation d'une activité en s'intéressant à la formulation de but, la planification, l'exécution et la vérification. Le bilan évalue
Durée :	Environ 1h par tâche observée
Cotation	Cotations sur 4 niveaux selon le niveau d'aide nécessaire.
Propriétés psychométriques :	Validité de construit, Fidélité intra et inter-juges, consistance interne.

Kettle Test (Hartman-Maeir, Harel & Katz, 2009).	
Objectif :	Mesure rapide de la performance, conçue pour évaluer les aptitudes cognitives dans un contexte fonctionnel
Activités/ Tâches :	Une tâche de préparation de deux boissons chaudes décomposée en 13 étapes succinctes.
Principe :	Le thérapeute demande à la personne de réaliser deux boissons : l'une pour lui et l'autre pour le thérapeute, dont deux ingrédients différents.
Durée :	De 5 à 20min
Cotation	Cotations des 13 étapes sur une échelle de 4 points.
Propriétés psychométriques :	Excellente fidélité inter-juges, excellente validité de construit.

ANNEXE 2 : Questionnaire général réalisés auprès des professionnels.

1. En quelle année as-tu eu ton diplôme ?
2. Quelle est ton expérience de pratique de l'ergothérapie auprès de patients traumatisés crâniens ?
3. Dans quel type de structure travailles-tu ?
4. A quelle fréquence as-tu des patients TC ? (Combien par semaine ?)
5. As-tu suivi des formations complémentaires à ton diplôme d'État ? Précisément sur les fonctions exécutives et leurs évaluations ?
6. As-tu l'habitude d'accueillir des stagiaires ?

ANNEXE 3 : Trame entretien « instructions aux sosies » : début codifié.

Sosie : Bonjour, nous allons débiter notre entretien qui se déroulera selon la méthode de l'instruction aux sosies. Pour cela, lors de cet entretien, je vais devoir vous tutoyer. Êtes-vous d'accord avec cela ?

Instructeur : ...

Sosie : Très bien. Suppose que je sois ton sosie demain dans une situation de travail précise que je vais te décrire. J'aimerais que dans la suite de cet entretien, tu me décrives exactement ce que je dois faire et comment je dois le faire pour faire comme toi. L'idée est que personne ne s'aperçoive de la substitution entre toi et moi (ton sosie) ».

Instructeur : ...

Sosie : La situation de travail que je vais te proposer est la suivante :

**Nous sommes un matin classique d'un jour de travail classique. Tu arrives dans le service à 8h30. Tu découvres sur ton bureau un dossier d'un nouveau patient ayant pour motif de suivi : Patient traumatisé crânien avec fonctions exécutives à bilanter. Tu vas le rencontrer à 9h, dans une demi-heure. Que fais-tu ?**

*ANNEXE 4 : Guide d'analyse de pratique (nécessaire à l'entretien)*  
(Pedarribes & Lefevre, 2014)

Outils utilisés	Quel modèle utilises-tu pour construire ton entretien ? Quel bilan utilises-tu pour évaluer les fonctions exécutives ?
Buts / Sous-buts	Dans quel but, fais-tu cela ? Que cherches-tu à savoir par ces questions ?
Anticipations	Quels éléments prends-tu en compte dans ton choix ? Quelles étaient tes attentes en posant cette question ?
Règles de prises d'informations	Comment sais-tu ce que tu dois demander à ce moment-là ? Qu'observes-tu à ce moment-là ? Quels types d'informations prend-tu en compte ?
Règles d'actions	Comment organises-tu ton entretien/ton intervention avec la personne ? Par quoi as-tu commencé ? Qu'as-tu fait ensuite ? Quelles règles respectes-tu ?
Concepts en acte	Qu'est-ce qui est pertinent de prendre en compte dans le dossier du patient/dans l'entretien ?
Théorème en actes	Qu'est-ce qui est important de savoir avant de sélectionner le bilan ?
Possibilités d'inférences	Qu'est-ce qui peut interférer dans le choix de l'évaluation (l'état du patient) ?

ANNEXE 4 : ANALYSE TEXTUELLE ENTRETIEN ERGOTHERAPEUTE 1

Catégorie : Le raisonnement diagnostique		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à la prescription médicale.</b></p> <p><b>Enumération = 5</b></p>	<p>E1 (58) : « 8H30 déjà, je vais voir le médecin pour avoir la prescription parce qu'on intervient sur prescription médicale, même au sein du MPR. »</p> <p>E1 (61) : « Ça me permet déjà d'avoir la prescription. »</p> <p>E1 (65) : « En même temps que je vais voir l'interne, je récupère la prescription »</p> <p>E1 (69) : « Je vais voir l'interne pour avoir la prescription ».</p> <p>E1 (85) : « ...et comme sur la prescription, j'aurai marqué "Fonctions exécutives à bilanter »</p>	<p>L’ergothérapeute prête une grande importance à la récupération de l’ordonnance, et n’interviendra pas sans.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à des connaissances médicales théoriques.</b></p> <p><b>Enumération = 2</b></p>	<p>E1 (106) : «Et ensuite une fois que j'ai toutes ces infos, je prends le temps de revenir dans mon bureau. Je me pose, je fais le point. »</p> <p>E1 (104) : « J'essaie de creuser un peu plus.” (Sous-entendu je peux faire des recherches internes et bibliographiques sur la pathologie) ».</p>	<p>L’ergothérapeute n’hésite pas à faire des recherches internet sur la pathologie.</p>
<p><b>L’ergothérapeute évoque un recueil de données auprès des autres professionnels et du dossier médical de la personne.</b></p> <p><b>Enumération = 7</b></p>	<p>E1 (81) : « J'essaie juste de poser des questions succinctes à l'interne ».</p> <p>E1 (93-94) : « J'essaie en fait de me faire une cartographie, de compléter ce que j'aurais pu lire avant, avec ce que va me dire l'interne qui lui aura vu le patient. »</p> <p>E1 (96) : « J'essaie de compléter ce qui a marqué sur le logiciel avec l'entretien que j'ai avec un tiers ».</p> <p>E1 (66-67) : « Mécaniquement, peut-être que je vais aller voir sur Orbis, le logiciel de l'hôpital et regarder le dossier clinique de la patiente. »</p> <p>E1 (68-70) : “ Donc je vais compléter les infos que je trouve sur Internet, sur</p>	<p>L’ergothérapeute se renseigne sur le patient grâce au dossier médical informatisé de la personne</p> <p>L’ergothérapeute complète ses informations par un entretien avec l’interne sur l’état physique, cognitif de la personne, sur l’anamnèse et les facteurs de risque.</p>



	<p>logiciel par rapport à la pathologie, ce qui lui est arrivé, son dossier médical. Je vais voir l'interne pour avoir la prescription et je demande des informations complémentaires.”.</p> <p>E1 (74) : « [Je demande à l'interne] l'histoire de la pathologie, si ce n'est pas noté dans le dossier, la date de survenue et les facteurs de risque »</p> <p>E1 (161-162) : « et moi, je commence à bilancer mon patient par rapport aux bilans que j'ai ciblé durant l'entretien et durant l'entretien que j'ai eu avec l'interne.”.</p>	
<p><b>L'ergothérapeute fait référence aux troubles de la personne et leur impact sur la performance.</b></p> <p><b>Enumération = 5</b></p>	<p>E1 (76-80) : “Je vais demander avec quel matériel le patient est arrivé. Est ce qu'il est alité, est-ce qu'il est communicant, est-ce qu'il est désorienté ? J'essaye un petit peu en posant des questions brèves, de savoir si, au niveau cognitif, quel profil de patients auxquels je peux m'attendre. Parce que quand on lit sur le dossier médical et la réalité, parfois, il y a quand même quelques décalages.”.</p> <p>E1 (86-89) : “[Je demande à l'interne ses observations sur le patient] Est-ce qu'il est communicant ? Est ce qu'il est cohérent ? Est-ce qu'il est désorienté ? Est-ce qu'il y a persévérations ? Est-ce qu'il est désinhibé ? Ça l'interne est censé l'avoir un peu remarqué lors de la discussion qu'il est censé avoir avec le patient.”.</p> <p>E1 (123-127) : “Ça nous permet déjà de voir s' il est capable de tenir une communication, s'il est capable de donner la date du jour pour savoir s'il est orienté. J'essaye un petit peu, par rapport à ce que j'ai lu, et ce que m'a dit l'interne de confirmer ce que je sais déjà avec des petites questions succinctes et brèves, pour déjà voir son niveau cognitif, voir si le patient est à peu près à peu près avec nous, on va dire.”.</p> <p>E1 (143-146) : « Puis le discours et le dialogue, ça aussi ça permet de voir si au niveau exécutif il y a du temps de latence, il y a des persévérations, des troubles de la mémoire, au niveau attentionnel est-ce qu'il décroche quand la porte s'ouvre, quand il y a du bruit. Ça me permet de continuer ma cartographie de mon patient et de recueillir des informations. »</p>	<p>L'ergothérapeute s'intéresse aux troubles physiques et cognitifs de la personne qu'a pu remarquer l'interne lors de son premier entretien.</p> <p>L'ergothérapeute obtient des informations sur les troubles lors du premier entretien : attention, mémoire, communication, persévérations.</p>

	E1 (377) “Ces échelles-là [...]restent très pathos-centré.” (Au sujet des échelles d’évaluation cognitifs pour les éveils de coma).	
--	---	--

Catégorie : Le raisonnement procédural		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’utilisation d’un modèle de pratique</b></p> <p><b>Enumération = 4</b></p>	<p>E1 (169-170) : “Alors soit je suis très studieux, j’ai le temps et j’utilise le processus CFE qui existe de Mme Ruiz à Bordeaux, donc j’ai toutes mes étapes à respecter”.</p> <p>E1 (200-202) : « ais je vais plutôt m’orienter vers des outils un peu plus fonctionnels, qui évaluent plus l’activité ou la participation par rapport à la CIF et dans lequel je pourrais conclure sur un niveau d’altération de la performance ».</p> <p>E1 (203-204) : « ça me permettra du coup de pouvoir établir un diagnostic qui sera véritablement ergo parce que j’aurai évalué la performance dans les activités, »</p> <p>E1 (241-244) : « soit moi, je vais me décider avec lui de partir directement sur une approche top down, je fais une mise en situation directe et je travaille dessus direct sur l’activité en développant de nouvelles habiletés »</p>	<p>L’ergothérapeute base son intervention sur un processus d’évaluation standardisé, dont il tente d’essayer de respecter le plus possible les étapes.</p> <p>L’ergothérapeute construit son évaluation sur des cadres théoriques interprofessionnels et spécifique à l’ergothérapie.</p> <p>L’ergothérapeute se donne comme objectif d’établir un diagnostic ergothérapeutique à la suite de l’évaluation.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à un recueil de données par utilisation d’évaluations et de procédures standardisées.</b></p> <p><b>Enumération = 19</b></p>	<p>E1 (151-153) : « Ouais, on observe toujours quand je vous ai dit en cours votre meilleur outil, votre meilleur bilan, surtout avec les patients post-REA, c’est votre observation.”.</p> <p>E1 (154-155) : « Donc, je fais mon bilan sur la première séance : recueil de données ».</p> <p>E1 (181-183) « Mais moi, je vais peut-être plutôt me concentrer sur l’impact des troubles en situation et je vais peut-être demander à mes collègues, qui</p>	<p>L’ergothérapeute se centre sur l’évaluation des fonctions exécutives en activité, et coordonne l’évaluation plus analytique à ses collègues orthophonistes et neuropsychologues.</p> <p>L’ergothérapeute débute sa phase de bilan par un rapide screening cognitif, qu’il complétera par des</p>

<p>ont l'habitude d'utiliser des bilans type neuropsych et BNP »</p> <p>E1 (191) : « Ce qui m'intéresse parce que moi, je vais évaluer les performances ».</p> <p>E1 (275-280) : « La deuxième solution, c'est est-ce qu'il faut que je continue ma phase de bilan pour mieux comprendre ce qu'il m'explique et mettre un mot sur ces observations. Voir quelles fonctions exécutives est plus touché que l'autre, et qui va donc faire que cette activité va le mettre en difficulté. Donc, soit je me dis qu'il faut que j'étaye ma phase de bilan parce qu'il y a des zones d'ombres et je sens que je n'ai pas tout bien cerné.»</p> <p>E1 (307-311) : « Donc soit je refais des bilans parce qu'il faut que j'étaye certaines zones d'ombres, par rapport aux bilans qu'ont fait mes collègues. Soit je juge que je n'ai pas besoin de continuer mes bilans, alors j'adapte l'activité. Ça pourrait être, par exemple utiliser CO-Virtua, mais peut être que ça, au début, c'est encore trop compliqué et trop rapide. Alors je vais peut-être partir sur un exercice un peu plus classique.»</p> <p>E1 (318) : « J'utilise l'activité comme évaluation. ».</p> <p>E1 (170-177): « La première, c'est j'utilise un outil de screening cognitive, soit la MOCA, soit la BREF [...] Une fois que j'ai screené au niveau cognitif des différentes dimensions, je vais essayer d'aller un peu plus en détail sur les séances d'après sur l'activité en elle-même. »</p> <p>E1 (191-192) : « Ce qui m'intéresse parce que moi, je vais évaluer les performances et je laisse à mes collègues la partie plus analytique ou là on va vraiment évaluer le degré de sévérité des troubles. »</p> <p>E1 (205-207) : « Donc ça va être par des bilans comme je te disais, le TEM, le AMPS, des mises en situations, l'EF2E si le patient est capable de faire ça, le Kettle test, le test de la bouilloire, et ça va passer aussi par des mises en situation en chambre. »</p>	<p>évaluations ciblant directement l'activité.</p> <p>Selon son niveau de compréhension des altérations de la personne l'ergothérapeute peut décider de rester sur une phase de bilan standardisée ou de poursuivre son évaluation par des observation de la personne en activité.</p> <p>L'ergothérapeute peut s'appuyer sur des bilans validés, ou des grilles d'analyse d'activité ou sa simple observation de clinicien</p> <p>Les bilans validés apportent plus de crédibilité à l'évaluation, et permettent de recontextualiser une observation.</p> <p>L'ergothérapeute s'appuie sur des bilans validés en post-réa, malgré qu'il en existe peu et qu'il soit peu centré sur l'activité.</p> <p>L'ergothérapeute préfère des bilans non-ergo à pas de bilan du tout.</p>
--	---

E1 : (207-210) “ Et du coup, les mises en situation qui sont entièrement standardisées aussi : mise en situation transferts, toilette, habillage qu'on aurait pu faire ici et voir où est ce que le patient a des difficultés dans ces activités-là ?”

E1 (324-330) « soit tu te la construis maison, c'est ce qu'on a fait avec l'activité cuisine. Quand on fait le EF2E, ok c'est bon. Le kettle test aussi, etc. Mais quand on fait une activité cuisine, tu as vu on a pris des éléments de la MCRO, il y a la satisfaction ; on a pris aussi un peu de Catherine Bergego par rapport aux cotations du thérapeute et du patient. Souvent ce sont des grilles qu'on nous a créé, mais là, si je te prends l'exemple de pédaler ou de conduire, ça va plutôt être de l'observation pure, en fait, sans grille d'activités validées. ».

E1 (331) : « Ton observation à toi, de thérapeute, ton expertise de clinicien. ».

E1 (337) : “Je considère que c'est pathologique, en regardant aussi avec les bilans de mes collègues et mes bilans à moi normés.”.

E1 (350-354) : “ Dans tous les cas, c'est toujours pareil. En clinique, c'est ton observation, ton premier outil. Parfois, quand tu ne peux pas faire le bilan, ton évaluation repose sur ton observation, et même dans l'observation initiale, il y a une part de subjectivité à l'intérieur. Donc tu dois toujours la mettre en relation avec des bilans normés validés à un moment donné”.

E1 (393-396) : "Ça reste des bilans validés, donc ça permet de confirmer et d'apporter du poids à tes observations. Déjà, d'un point de vue du regard de tes pairs, ça donne du poids à cette évaluation en plus de ton observation, même si ton observation, elle sera respectée et aura du poids aussi. C'est quand même bien avoir des bilans normés parce que ça te permet d'avoir une réévaluation standardisée.”.

E1 (372-374) : « ? Il y a le CRS (Coma Recovery Scale) et le WHIM (Whisex Head Injury Matrix). En fait, ce sont des échelles qui vont un peu plus loin

	<p>que l'échelle de Glasgow que tu retrouves souvent. ».</p> <p>E1 (179-181) : “Et en même temps, je coordonne avec les autres professionnels, que ce soit neuropsychologues et orthophonistes, je coordonne la réalisation des bilans par rapport à ce qu’elles ont observé, peut-être un peu plus analytique que moi pour toujours continuer à évaluer la même chose”.</p> <p>E1 (187-188) : “Je coordonne cette phase d'évaluation avec elle. C'est pour ça que sur Orbis, on a eu des réunions pendant votre stage pour créer des courriers d'évaluation cognitive. Et ça, ça nous permet de nous coordonner.”.</p>	
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’élaboration d’objectifs d’intervention.</b></p> <p><b>Enumération = 2</b></p>	<p>E1 (378-379) : « mais en même temps quand tu es ergo, ça te permet déjà toi, dans tes premiers objectifs qui vont être de pouvoir sonner déjà en chambre seul et de mettre en place un code de communication fiable ».</p> <p>E1 (240-241) : « donc je sois je fais passer des MCRO et on co-écrit avec le patient les objectifs, les coconstruire ensemble ».</p>	<p>Les bilans, même très pathos-centré, permettent de construire les premiers objectifs d’intervention.</p> <p>Les objectifs, si c’est possible, peuvent être décidé en coordination avec le patient.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à des moyens d’intervention.</b></p> <p><b>Enumération = 4</b></p>	<p>E1 (114-119) : « Ben si, c'est la première fois en général ici, ils n’ont pas de fauteuil, donc pas de matériel. Je vais le voir en chambre avec le kiné et l’infirmière. On teste l'équilibre, on prend la tension, et si tout va bien, on essaie de faire les transferts en fonction de ses capacités motrices. Avec le kiné, on essaie de choisir le transfert le plus adapté. Surtout, le plus sécuritaire. Soit avec le lève-personne; soit avec le guidon, soit avec le cadre, soit juste avec une aide humaine »</p> <p>E1 (83-84) : « Parce que c'est ce qu'on me demande en priorité, c'est d'asseoir les patients et de les positionner au lit et de les asseoir au fauteuil »</p> <p>E1 (128-134) : « Ensuite, j'essaie de l'asseoir, on l'assoit au bord du lit, on teste l'équilibre assis. Et, si tout va bien, je le laisse avec le kiné et moi, je m'occupe d'aller chercher un fauteuil roulant du service, un coussin adapté, soit à mémoire de forme soit à air, en fonction de sa mobilité et des risques cutanés. Ensuite, la première chose que je fais, c'est d'asseoir le patient. Je</p>	<p>L’ergothérapeute insiste sur le fait que sa première intervention auprès du patient consiste en l’installation de ce dernier au lit et au fauteuil. L’évaluation passe au second plan.</p>

	<p>l'assis, et on essaie au moins de tenir une demi-heure, s'il a été alité très longtemps. Le protocole de reprise d'assise est lancé avec une demi-heure tous les jours. Et ensuite sur la demi-heure où il est assis. »</p> <p>E1 (155-160) : « J'essaie de refaire le transfert avec les soignants et de vérifier l'état cutané. Je recueille les douleurs du patient et ensuite je vérifie l'état cutané au niveau des ischions, s'il n'a pas de rougeurs avec les soignants. Ou les soignants le font sans moi parce que j'ai d'autres patients et ils viennent me tenir informé. Et ensuite, on recommence le lendemain et on passe sur deux fois une demi-heure de protocole d'assise ».</p>	
--	--	--

Catégorie : Le raisonnement interactif		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à la création d'une relation de confiance entre lui et le patient.</b></p> <p><b>Enumération = 1</b></p>	<p>E1 (123) : "On se présente forcément avant au patient."</p>	<p>L'ergothérapeute se présente au patient pour initier la relation thérapeutique.</p>
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à l'ajustement au ressentis, souhaits et comportements du patient.</b></p> <p><b>Enumération = 3</b></p>	<p>E1 (233 + 240) : "C'est sur les objectifs du patient [...] donc soit, je fais passer des MCRO et on co-écrit avec le patient les objectifs, les coconstruire ensemble."</p> <p>E1 (281) : "je sens que lui, le patient a envie aussi de faire des choses et d'être plus actifs parce qu'une phase de bilan, c'est long aussi."</p> <p>E1 (285) : "soit de prendre une autre activité dans laquelle je sais que je vais mobiliser les mêmes ressources exécutives, mais je sais que cette activité-là sera peut-être moins mal vécue si elle est mal réalisée que la vraie activité car il y aura mis moins de sens pour lui."</p>	<p>Dans la construction de sa phase d'évaluation, l'ergothérapeute s'adapte aux objectifs du patient, et à son ressenti (ne pas le mettre trop le mettre en échec, motivation).</p>

Catégorie : Le raisonnement conditionnel		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
L'ergothérapeute fait référence au récit de vie de la personne.  Enumération = 0	X	
L'ergothérapeute fait référence aux conditions de vie de la personne  Enumération = 0	X	
L'ergothérapeute s'appuie sur les occupations significatives de la personne  Enumération = 1	E1 (285-286) : « mais je sais que cette activité-là sera peut-être moins mal vécue si elle est mal réalisée que la vraie activité car il y aura mis moins de sens pour lui ».	L'ergothérapeute s'intéresse aux activités significatives de la personne, et prend garde de ne pas trop le mettre en échec dessus.

Catégorie : Le raisonnement éthique		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
L'ergothérapeutes fait références à des valeurs personnelles.  Enumération =1	E1 (303-306) : “Je ne vais pas lui faire faire une mise en situation, dans laquelle je sais qu'il va être en échec, au jour J. Je vais l'adapter. S'il me dit mon objectif, c'est de conduire, je ne vais pas lui dire on va conduire. Mais je sais que c'est trop compliqué. Il aura forcément une mise en échec, et même une mise en danger et c'est pas du tout cohérent”.	L'ergothérapeute prend garde à ne pas mettre en échec ou en danger la personne.
L'ergothérapeute fait référence à des valeurs professionnelles.  Enumération = 0	X	

Catégorie : Le raisonnement pragmatique		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées

<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’environnement matériel de l’intervention</b></p> <p><b>Enumération = 2</b></p>	<p>E1 (323-324) : “C’est le problème de l’analyse d’activités. Il y a certaines grilles d’analyse d’activité qui existent, mais pas pour toutes.”.</p> <p>E1 (355-356) : “SI tu es en éveil de coma, tu vas réussir à en faire un ou deux, parce qu’il n’y en a pas beaucoup pour cette population-là.”. (Au sujet de bilan cognitif)</p>	<p>L’ergothérapeute souligne le manque de bilans validés : pour les populations éveil de coma et au sujet des grille d’analyse d’activité.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’environnement hiérarchique et organisationnel de la structure</b></p> <p><b>Enumération =1</b></p>	<p>E1 (198) : “Oui en plus tu à la formation toi.” (Au sujet du fait qu’il est formé à un bilan permettant d’évaluer les habiletés procédurales d’une tâche fonctionnelle).</p>	<p>L’ergothérapeute met en avant l’utilité d’avoir une formation spécifique à un bilan d’évaluation des fonctions exécutives.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence aux contraintes réglementaires de la structure.</b></p> <p><b>Enumération =0</b></p>	<p>X</p>	

Catégorie : Le raisonnement narratif		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’expérience de la maladie vécue par la personne.</b></p> <p><b>Enumération =0</b></p>	<p>X</p>	
<p><b>L’ergothérapeute s’appuie sur les ressentis de la personne vis-à-vis de sa maladie.</b></p> <p><b>Enumération = 1</b></p>	<p>E1 : “ Donc, pour résumer : Suivant, le degré de difficulté que me décrit le patient dans l’activité, soit je commence à le connaître un petit peu, je le mets en situation directement, si je sais qu’il ne va pas trop être en échec.”.</p>	



ANNEXE 5 : ANALYSE TEXTUELLE ENTRETIEN ERGOTHERAPEUTE 2

Catégorie : Le raisonnement diagnostique		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à la prescription médicale.</b></p> <p><b>Enumération = 2</b></p>	<p>E2 (130-131) : « Non non, dans la construction de mon évaluation, elle va partir de la prescription médical ».</p> <p>E2 (244) : « Si le médecin MPR qui a eu un compte rendu neuro dit : il faut évaluer les fonctions exécutives, et bien je le fais ».</p>	<p>La prescription est toujours le point de départ de l’intervention de l’ergothérapeute, et est respectée scrupuleusement.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à des connaissances médicales théoriques.</b></p> <p><b>Enumération =0</b></p>	<p>X</p>	
<p><b>L’ergothérapeute évoque un recueil de données auprès des autres professionnels et du dossier médical de la personne.</b></p> <p><b>Enumération = 6</b></p>	<p>E2 (43-44) : « Je vais voir les autres professionnels, pour savoir s’ils ont déjà évalué quelque chose, notamment le neuropsychologue, l’orthophoniste. ».</p> <p>E2 (53) : « Je leur [aux autres professionnels] s’ils ont déjà fait des évaluations ensemble ».</p> <p>E2 (66) : « je vais me renseigner auprès des soignants »</p> <p>E2 (73) : « en fonction de ce qui a été évalué par les autres ».</p> <p>E2 (96) : “Renseignements auprès des collègues”</p> <p>E2 (158) : « s’il faut creuser ... tout dépend de ce qu’on fait les collègues ».</p>	<p>L’ergothérapeute met en avant une importance primordiale du recueil de données transdisciplinaire, notamment avec les orthophonistes et la neuropsychologue, mais également des aides-soignants</p> <p>Les informations recueillies traitent des bilans effectués, des résultats obtenus, de la construction des interventions et des niveaux de performance sur les tâches de la vie quotidienne au sein du MPR.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence aux troubles de la personne et leur impact sur la performance.</b></p>	<p>E2 (66-67) : “Je vais me renseigner auprès des soignants. Quel est son niveau d'autonomie et d'indépendance ?”.</p> <p>E2 (124-125) : “Avec le niveau d'indépendance et d'autonomie. Et après, je</p>	<p>L’ergothérapeute accordent beaucoup d’importance aux performances en chambre , et les</p>

<p><b>Enumération = 5</b></p>	<p>rentre dans l'exécutif.”.</p> <p>E2 (297-299) : “Oui, parce que c'est extrêmement complexe un trauma crânien et que nos bilans vont peut-être évaluer, on va dire des performances... euh... qui ne vont pas prendre en compte le trouble du comportement.”.</p> <p>E2 (319-321) : « Les troubles du comportement sont soumis à l'interaction avec les autres. Et du coup, entre un sujet A et un sujet B, la personne réagit différemment parce qu'a une prédisposition aux conflits ou aux agressions ou au contraire à l'apaisement. ».</p> <p>E2 (303) : « Le trouble du comportement peut venir parasiter des situations réelles ».</p>	<p>aborde avant même d'entrer dans des bilans purement exécutifs.</p> <p>L'ergothérapeute souligne l'importance des troubles du comportements dans l'évaluations des fonctions exécutives.</p>
-------------------------------	---	--

Catégorie : Le raisonnement procédurale		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à l'utilisation d'un modèle de pratique</b></p> <p><b>Enumération = 1</b></p>	<p>E2 (112-116) : « : Bah c'est un peu le truc général. Comment ? Qui il est, dans sa sphère d'identité. Qui il est dans sa sphère plus élargie, plus familiale ? Et dans son environnement de vie : architecturale, humain, professionnel et de loisirs. Et comme ça, je cerne la personne au niveau de son fonctionnement et de son mode de vie » [référence au modèle PEO]</p>	<p>Lors de l'entretien initiale, l'ergothérapeute recueille les données au sujet du patient en s'appuyant sur des éléments du PEO : personne, environnement et occupation.</p>
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à un recueil de données par utilisation d'évaluations et de procédures standardisées.</b></p> <p><b>Enumération = 17</b></p>	<p>E2 (66) : « Avant de passer des bilans exécutifs ... euh ... métriques, je dirai »</p> <p>E2 (72) : « , je vais sélectionner des évaluations pertinentes pour ce monsieur en fonction de ce qui a été évalué par les autres »</p> <p>E2 (77) : « je vais faire ...Mmmmmmmh... tu sais l'évaluation globale des fonctions exécutives, des fonctions cognitives. »</p> <p>E2 (86-87) : « L'évaluation globale des fonctions cognitives, ils l'ont</p>	<p>L'ergothérapeute débute toujours par un bilan de dépistage</p> <p>L'ergothérapeute se coordonne avec les autres professionnels pour réaliser ses bilans cognitifs plus spécifiques.</p> <p>L'ergothérapeute utilise couramment des bilans exécutifs analytiques : TMT, Test des commissions.</p>

<p>dans le service. Ou alors on faisait la BREF. »</p> <p>E2 (96) : « Renseignements auprès des collègues et bilans de dépistage »</p> <p>E2 (138-139) : « Je ne vais pas refaire un bilan attentionnel, si j'avais déjà un bilan attentionnel. Je ne vais pas faire un bilan avec de la double tâche, s'il existe déjà pour cette personne »</p> <p>E2 (166-167) : « Alors on avait le TMT. Ouais, on avait utilisé la BREF, on avait le TNT, on avait celui de raisonnement logique. »</p> <p>E2 (171-173) : « Il y a le test des commissions. Il y avait le test des commissions. Il y avait la TMT »</p> <p>E2 : (186-187) « Pour moi, c'est le bilan ergo, dans le cas d'une atteinte frontale, qui me paraît le plus adapté. » [Test des errances multiples]</p> <p>E2 (199-203) : « je te disais voir en premier lieu comment il se comporte sur sa prise en charge à lui. Au niveau de la gestion des soins corporels et de ... de ..., par exemple, l'organisation d'une permission ou comment il gère son emploi du temps ou comment. Tu vois, il y a aussi toutes ces situations, qui t'indigent. Sans faire le test des errances multiples, c'est ce qu'on faisait. ».</p> <p>E2 (211) : « Après en analytique pur, à part le TMT et le test des commissions »</p> <p>E2 (217) : « Pour moi, c'est elle qui nous guide un peu ».</p> <p>E2 (221-223) : « C'est une concertation. C'est ce qu'on fait en réunion. Puis à l'époque, en revanche, on faisait beaucoup de réunions neuropsychos avec nos patients, c'est à dire le vendredi, on prenait tel cas de patients et on était ortho kiné pour parler de ce</p>	<p>L'ergothérapeute exploite également les mises en situations au sein du service : toilettes, organisation de sa journée de rééducation ; et lors des permissions.</p> <p>L'ergothérapeute insiste sur l'importance des évaluations écologiques pour mettre en avant les troubles du comportements souvent associés à des troubles des fonctions exécutives.</p>
--	---

	<p>patient. ».</p> <p>E2 (248-249) : « Oui oui, il faut bien une preuve de. Tu ne peux pas sur de l'observation ou sur un entretien, avoir les mêmes résultats que ce que tu as sur un bilan. »</p> <p>E2 (276) : « C'est à ça que servent les bilans, à montrer ce genre de chose. ».</p> <p>E2 (288-291) : « Enfin, en tout cas, pour ce bilan-là, le TMT version A, version B et le test des commissions. Il faut bien que tu dédouanes des trucs. Ce n'est qu'en faisant des bilans que tu peux te dédouaner. Tu ne peux pas te fier à juste ton observation. ».</p> <p>E2 (310) : » Et toi, en évaluant en situation écologique, tu intègres cette composante » [au sujet des troubles du comportement]</p>	
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à l'élaboration d'objectifs d'intervention.</b></p> <p><b>Enumération = 0</b></p>	X	
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à des moyens d'intervention.</b></p> <p><b>Enumération = 5</b></p>	<p>E2 (159-161) : « Pour moi, c'est de l'interdisciplinarité, vraiment. On est là pour compléter quoi. Qu'est-ce que c'est qu'il faut approfondir ? Tu vois la mémoire, l'orientation dans le service, la double tâche, des choses comme ça. »</p> <p>E2 (198) : « Où après, dans le service, tu fais des simulations ».</p> <p>E2 (231-232) : « c'était après avoir fait des évaluations ou savoir comment orienter notre prise en charge avec la personne. ».</p> <p>E2 (256-258) : « Parce que on n'est pas des spécialistes de la neuro</p>	<p>Les moyens d'interventions sont pluridisciplinaires et sont globalement guidées par des réunions spécifiques à la neuropsychologie.</p>

	<p>psycho et on avait vraiment besoin de comparer nos évaluations et d'échanger, de faire des hypothèses, de dire "mais alors si c'est ça, bon, ok. Cette semaine, je travaille ça et toi aussi, et soit attentif à ça." ».</p> <p>E2 (353-354) : « Puis je te dis surtout ce qui m'a aidé, c'était cette réunion interdisciplinaire neuropsychologique, c'est ça surtout ». [Aide dans la construction de l'intervention]</p>	
--	--	--

Catégorie : Le raisonnement interactif		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à la création d'une relation de confiance entre lui et le patient.</b></p> <p><b>Enumération = 6</b></p>	<p>E2 (41) : « Bon d'abord, je me présente aux patients, je lui explique ce que je vais faire ».</p> <p>E2 (48-49) : « je vais le rencontrer. Je me présente. J'explique pourquoi je suis là, ce que l'on va faire ensemble. »</p> <p>E2 (61-62) : “ Ensuite, je vais voir le patient. Je me présente. J'explique comment et pourquoi on va travailler ensemble.”</p> <p>E2 (96-97) : « après avoir fait connaissance avec la personne. ».</p> <p>E2 (147-148) : “La première étape, avec souvent les traumatisés crâniens, c'est de rentrer en relation avec les gens, les mettre en confiance.”</p> <p>E2 (331) : “ Faire connaissance.”</p> <p>E2 : (335-336) : “Oui, créer cette relation qui va être importante dans le cadre d'un trauma crânien. Puis de lui expliquer quelle va être notre relation, même si on peut penser qu'il va oublier. Mais, ce n'est pas grave, c'est quelque part dans sa mémoire.”</p>	<p>L'ergothérapeute insiste sur l'importance de rentrer en relation avec les personnes afin de les mettre en confiance, et de leur expliquer les objectifs de l'intervention.</p>

<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’ajustement au ressentis, souhaits et comportements du patient.</b></p> <p><b>Enumération = 1</b></p>	<p>E2 (141-143) : “Tu vois, il faut avoir ces informations pour savoir comment tu vas appréhender la personne. Parce que bon, un traumatisme crânien, il peut y avoir de l’agressivité. Le comportement est super important.”</p>	<p>L’ergothérapeute adapte sa pratique au trouble du comportement de la personne.</p>
--	---	---

Catégorie : Le raisonnement conditionnel		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L’ergothérapeute fait référence au récit de vie de la personne.</b></p> <p><b>Enumération = 3</b></p>	<p>E2 (62-64) : “Et ensuite, je passe, je passe à la ... à la ... au recueil de données. Ça devient des questions du type : comment il s'appelle ? Quel âge il a ? Ce qu’il fait dans la vie ? Ce qu’il se rappelle ce qui lui est arrivé ? Pourquoi il est là ?”</p> <p>E2 (112-116) : “Bah c’est un peu le truc général. Qui il est, dans sa sphère d’identité. Qui il est dans sa sphère plus élargie, plus familiale ? Et dans son environnement de vie : architectural, humain, professionnel et de loisirs. Et comme ça, je cerne la personne au niveau de son fonctionnement et de son mode de vie. Tout ça, ça sera dans le dossier d’ergothérapie”.</p> <p>E2 (328-329) : « tu fais son entretien initial classique pour cerner la personne, la cerner. Pour obtenir des informations, surtout. »</p>	<p>L’ergothérapeute effectue un entretien sous forme de récit de vie avec la personne afin d’obtenir des informations sur son mode et ses conditions de vie.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence aux conditions de vie de la personne</b></p> <p><b>Enumération = 3</b></p>	<p>E2 (197-198) : “C’est plus avec l’entretien avec la famille que tu vas avoir des infos sur les permissions. Comment ça se passe ?”</p> <p>E2 (340-344) : “Et tu veux aussi parler avec la famille, des permissions, des week-end thérapeutiques. - Et comment il gère, comment il gère ses relations et comment il gère à l’échelle du service sa journée.”.</p>	<p>L’ergothérapeute effectue un entretien sous forme de récit de vie avec la personne afin d’obtenir des informations sur son mode et ses conditions de vie.</p>

<b>L'ergothérapeute s'appuie sur les occupations significatives de la personne</b>	X	
<b>Enumération = 0</b>		

<b>Catégorie : Le raisonnement éthique</b>		
<b>Indicateurs</b>	<b>Citations</b>	<b>Idées soulevées</b>
<b>L'ergothérapeutes fait références à des valeurs personnelles.</b>	X	
<b>Enumération = 0</b>		
<b>L'ergothérapeute fait référence à des valeurs professionnelles.</b>	E2 (187-188) : « Pour moi, c'est le bilan ergo, dans le cas d'une atteinte frontale, qui me paraît le plus adapté. » [Test des errances multiples : évaluation écologique]	L'ergothérapeute souligne l'importance d'évaluer en condition écologique.
<b>Enumération = 1</b>		

<b>Catégorie : Le raisonnement narratif</b>		
<b>Indicateurs</b>	<b>Citations</b>	<b>Idées soulevées</b>
<b>L'ergothérapeute fait référence à l'expérience de la maladie vécue par la personne.</b>	X	
<b>Enumération = 0</b>		
<b>L'ergothérapeute s'appuie sur les ressentis de la personne vis-à-vis de sa maladie.</b>	X	
<b>Enumération = 0</b>		

Catégorie : Le raisonnement pragmatique		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’environnement matériel de l’intervention</b></p> <p><b>Enumération = 5</b></p>	<p>E2 (86) : “ L’évaluation globale des fonctions cognitives, ils l’ont dans le service.”</p> <p>E2 (172) : “ parce qu’ils se sont vachement actualisés les collègues. Moi, ça fait plus de quatre ans.”</p> <p>E2 (193) : “Euh... comme limites ... on n’avait que le bureau de presse, là en bas.”</p> <p>E2 (212) : “A l’époque, on faisait ça et c’était déjà bien parce qu’auparavant, on n’avait rien du tout.” [Au sujet des bilans disponibles]</p> <p>E2 (339) : « Et après tu vas plutôt toi, en raison des conditions du service. On travaille dans un hôpital, on n’a pas le choix. »</p>	<p>L’ergothérapeute met en avant le manque de bilans à disposition dans le service.</p> <p>L’ergothérapeute met en avant les limites d’une structure hospitalières pour mettre en situation les personnes.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’environnement hiérarchique et organisationnel de la structure</b></p> <p><b>Enumération = 0</b></p>	X	
<p><b>L’ergothérapeute fait référence aux contraintes réglementaires de la structure.</b></p> <p><b>Enumération = 0</b></p>	X	



ANNEXE 6 : ANALYSE TEXTUELLE ERGOTHERAPEUTE 3

Catégorie : Le raisonnement diagnostique		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à la prescription médicale.</b></p> <p><b>Enumération = 1</b></p>	<p>E3 (167) : « en fonction des difficultés de la personne, je vais évaluer les fonctions exécutives qui ont été demandées dans la prescription. »</p>	<p>L'ergothérapeute s'appuie sur les difficultés de la personne et la prescription pour construire son évaluation</p>
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à des connaissances médicales théoriques.</b></p> <p><b>Enumération = 0</b></p>	<p>X</p>	
<p><b>L'ergothérapeute évoque un recueil de données auprès des autres professionnels et du dossier médical de la personne.</b></p> <p><b>Enumération = 7</b></p>	<p>E3 (83-86) : « Je prendrai connaissance du dossier, j'essaierai d'aller voir mes collègues de travail, s'il y en a qui sont présents dans l'équipe, d'aller s'informer auprès du médecin coordinateur du dossier de la personne pour avoir son parcours médical, dans quelle structure il est passé, toutes les informations, toute l'anamnèse de la situation ».</p> <p>E3 (87) : « Pareil pour les autres professionnels. S'il y en a qui ont vu cette personne je vais aller les voir. ».</p> <p>E3 (88-90) : « J'essaierai de récupérer un maximum d'informations par le dossier. Je ne sais pas si le dossier est incomplet ou pas, mais par le dossier ou par les professionnels qui peuvent me donner des réponses ».</p> <p>E3 (91-92) : le médecin aurait dû voir cette personne avant avec, soit la psychologue, soit l'assistante sociale. Je pourrais donc avoir quelques petits retours. ».</p> <p>E3 (111-112) : « Donc, je récupère toutes les informations : donc du médecin, de l'assistante sociale et/ou de la psychologue, en fonction de la première évaluation qui a été réalisée par ces trois professionnels. ».</p>	<p>L'ergothérapeute recueille les informations au sujet de la pathologie, du parcours médical, de l'évolution et de la situation actuelle de la personne auprès des autres professionnels du service (médecin, assistante sociale et psychologue)</p> <p>L'ergothérapeute s'appuie sur le dossier médical et les comptes rendus des autres professionnels.</p>

	<p>E3 (141-149) : « je récupère toutes les informations post traumatismes crâniens. Et même l'entre deux en fait. Ça veut dire au travers de quelle clinique elle est passée, tout le parcours qu'elle a pu avoir ? Mais ça, ce sont des éléments qu'on essaye de récupérer plutôt auprès des professionnels. Les familles, parfois étant un peu perdues ou n'ayant pas toutes les informations, elles ne sont pas en capacités vraiment de retracer l'évolution et l'installation ou la stabilisation de certaines séquelles, ou même de les verbaliser ou d'y mettre des mots dessus. C'est vrai que les comptes rendus médicaux et les informations transmises entre professionnels du médical sont parfois plus pertinentes à ce niveau-là, sur le parcours. »</p> <p>E3 (149-150) : « on essaie aussi d'avoir l'avis de plusieurs personnes pour vraiment faire une évaluation la plus globale possible ».</p> <p>E3 (153-154) « Donc on va récupérer les informations purement médicales et du parcours, de l'évolution de la personne ».</p>	
<p><b>L'ergothérapeute fait référence aux troubles de la personne et leur impact sur la performance.</b></p> <p><b>Enumération = 6</b></p>	<p>E3 (176-181) : “Est-ce que le traumatisme crânien a eu un impact sur la vue ? Est ce qu'il y a un impact aussi sur la reconnaissance et les gnosies des objets, des chiffres et des couleurs, des nombres ? Sur sa capacité motrice ? Est-ce que c'est une personne qui est capable de tenir un stylo, qui est capable d'écrire, de se tenir assis en position 30, 40min, 1 heure de temps ? C'est une personne qui est capable, qui n'est pas trop fatigable, qui est capable d'échanger aussi sur la séance.”.</p> <p>E3 (199-201) : « Et puis, avec toutes les séquelles aussi induites par un traumatisme crânien qui sont vraiment vraiment uniques et au cas par cas. Suivant le degré de la lésion, et le nombre de séquelles »</p> <p>E3 (215-216) : “Je me base sur les différentes, l'état psychique, l'état moteur, l'état .... L'état cognitif de la personne, la fatigue.”.</p> <p>E3 (262-263) : « qui sont très complexes pour les personnes par leurs difficultés motrices associées » ; « ou même le problème visuel ».</p>	<p>L'ergothérapeute s'intéresse aux troubles associés de la personne et aux fonctions préservées pour élaborer sa phase d'évaluation des fonctions exécutives.</p>

	<p>E3 (269-274) : « La personne a quand même des fonctions qui sont préservées. Ce n'est pas parce qu'elle n'arrive pas à tenir son crayon, par exemple sur le test d'évaluation spatiale, qu'elle n'arriverait pas cognitivement parlant à le réaliser. Pour le coup, c'est plutôt le côté moteur ou le côté gestuel qui pose un problème »</p> <p>E3 (341) : « les éléments présents, ses capacités. Est-ce qu'il est en capacité facilement de se déplacer »</p>	
--	---	--

Catégorie : Le raisonnement procédural		
Indicateurs	Citations / Unités de sens	Codification
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à l'utilisation d'un modèle de pratique</b></p> <p><b>Enumération = 0</b></p>	X	
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à un recueil de données par utilisation d'évaluations et de procédures standardisées.</b></p> <p><b>Enumération = 9</b></p>	<p>E3 (150-151) : « faire une évaluation la plus globale possible, en dehors des fonctions exécutives, mais sur toute la prise en charge. »</p> <p>E3 (224) : « Et là, se pose la question de savoir comment adapter notre bilan pour évaluer les fonctions exécutives ? »</p> <p>E3 (260) : « Les deux seuls qu'on utilise nous, enfin le plus. C'est la MOCA et la BREF. »</p> <p>E3 (231-233) : « Cela veut dire que les bilans et les évaluations qu'on va faire ne sont pas utilisés de la même façon que des bilans ou évaluations qu'on peut retrouver, par exemple en SSR. ».</p> <p>E3 (266-268) : « Ça nous permet vraiment de cibler le profil de la personne en</p>	<p>L'ergothérapeute adapte les bilans validés au profil de ses patients, c'est-à-dire qu'il n'utilise que certaines parties des bilans, les utilise sur d'autres populations que celle pour qui il est validé.</p> <p>L'ergothérapeute construit son protocole d'évaluation sur la base des difficultés verbalisées de la personne, et d'observations indirectes (fatigabilité par exemple).</p> <p>Les bilans permettent de construire les objectifs et la prise en charge.</p>

	<p>rattachant, les petits bouts de bilans sur laquelle on a évalué la personne. ».</p> <p>E3 (173-175) : “[Pour élaborer mon protocole d’évaluation, je m’appuie sur] toutes les petites observations indirectes qu’on peut percevoir dans un entretien ou un récit de vie. Toutes petites choses qui ne sont pas forcément évaluables, enfin évaluables comme quantifiables avec un bilan.”</p> <p>E3 (283-284) : « Pas forcément le bilan de départ. Nous, on est plutôt à la recherche d’une évaluation, et d’un profil global, et pas forcément dans la réalisation du bilan. ».</p> <p>E3 (290-292) : « C’est ça : que ce soit le bilan A ou le bilan B, tant qu’on arrive à évaluer les capacités et les difficultés de la personne, c’est le principal, après pour axer notre prise en charge. ».</p> <p>E3 (246-251) : “ C’est pour cela qu’on se sert vraiment de bilans qui peuvent exister, adaptés ou non à une population. Parce que ... pour les fonctions exécutives, cela peut être propre aux traumatismes crâniens. Mais on peut très bien utiliser des bilans qui sont orientés sur la personne âgée, sur l’enfant ou sur la santé mentale parce qu’il y a des éléments pertinents du bilan qu’on pourrait utiliser pour réussir à évaluer les séquelles de la personne.”.</p>	
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’élaboration d’objectifs d’intervention.</b></p> <p><b>Enumération =2</b></p>	<p>E3 (157) : « Et à partir de là, ça nous permet de pouvoir échanger déjà avec elle sur les projets »</p> <p>E3 (237-243) : « c’est plus pour nous, pour mettre en place des objectifs adaptés » [au sujet des évaluations réalisées. Les bilans nous servent au départ de l’accompagnement, vraiment à définir un profil et à définir des objectifs avec la personne.</p>	<p>Les bilans permettent de construire les objectifs d’intervention.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à des moyens d’intervention.</b></p> <p><b>Enumération =1</b></p>	<p>E3 (157-158) : « Et à partir de là, ça nous permet de pouvoir échanger déjà avec ... sur ce qui est déjà mis en place, ou ce qui serait à mettre en place dans un futur plus ou moins proche ».</p>	<p>Les bilans permettent de construire la future prise en charge.</p>

**Catégorie : Le raisonnement interactif**

Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à la création d’une relation de confiance entre lui et le patient.</b></p> <p><b>Enumération =6</b></p>	<p>E3 (113-114) : “Après, je prends contact normalement avec la famille parce que c'est moi qui positionne les rendez-vous.”.</p> <p>E3 (116-117) : “ La première fois que je rencontre la personne, je préfère dans un premier temps aller me présenter.”.</p> <p>E3 (119-121) : “Dans un premier temps, pour que le bilan puisse se passer au mieux et que la personne soit la plus confiante possible, c'est vrai que la relation thérapeutique et la relation de confiance qui doit être créée est plus importante”.</p> <p>E3 (128) : “ D'abord, rencontrer la personne, échanger avec elle”.</p> <p>E3 (160-161) : “Vraiment mettre la personne en confiance, créer avec elle du lien, pour qu'il y est une relation de confiance, sereine.”.</p> <p>E3 (205-206) : “C'est vraiment ...c'est assez fluide pour que ça soit ressenti comme un véritable échange par la personne.”</p>	<p>Dans son intervention l’ergothérapeute se donne comme objectif de créer une relation de confiance avec la personne et la famille.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’ajustement au ressentis, souhaits et comportements du patient.</b></p> <p><b>Enumération =1</b></p>	<p>E3 (350-355) : « E3 : “C'est aussi un échange avec la personne. Nous, on est au clair quand on fait des évaluations, en expliquant à la personne qu'on est dans un processus d'évaluation en vue de mettre en place un travail derrière. Mais c'est aussi un échange avec la personne. Les usagers sont au cœur de l'accompagnement et ont aussi leur mot à dire sur : je préfère essayer telle mise en situation, plutôt que d'autres qui peut être moins intéressante pour la personne. Il y a aussi un échange qui se fait, ce n'est pas que le choix du professionnel. »</p>	<p>Dans la construction du processus d’évaluation, l’ergothérapeute prend en compte l’avis du patient, notamment sur le choix de la mise en situation</p>

**Catégorie : Le raisonnement conditionnel**

Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L’ergothérapeute fait référence au récit de vie de la personne.</b></p> <p><b>Enumération =4</b></p>	<p>E3 (93-94) : “Du moins, je pourrais aller chercher les retours sur l’état de la personne, sur son projet de vie et sur son état actuel, sur ses besoins.”.</p> <p>E3 (323) : « c’est vraiment aléatoire et ça dépend vraiment du profil de la personne ».</p> <p>E3 (340) : “ On essaye quand même de prendre en compte le passé de la personne.”</p> <p>E3 (367-368) : “C’est pour cela que cette première évaluation indirecte, on va dire plutôt orientée sur un récit de vie »</p>	<p>L’ergothérapeute prend en compte le passé de la personne.</p> <p>L’ergothérapeute s’appuie sur un récit de vie pour comprendre les projets de la personne et ses besoins.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence aux conditions de vie de la personne</b></p> <p><b>Enumération =4</b></p>	<p>E3 (128-130) : “ Voilà, prendre en notes ses difficultés verbalisées, observer déjà son environnement, son milieu de vie, d’échanger avec sa famille, s’il y en a ou avec les enfants, les parents, le conjoint. Je vais récupérer un maximum d’informations qui pourront m’aider après à adapter la batterie de bilan, qui sera la plus pertinente possible”.</p> <p>E3 (140-141) : “Est-ce qu’elle vivait seule ou dans un environnement familial ? Des enfants, un conjoint ?”</p> <p>E3 (342-346) : “ Une personne qui est en fauteuil roulant électrique, qui habite à la campagne ou qui n’a pas un réseau de transports en commun à proximité de chez lui, on va peut-être travailler plutôt à son domicile, autour de la cuisine ou d’une autre activité sur laquelle les fonctions exécutives peuvent être évaluées.”.</p> <p>E3 (348) : “Après on essaye plus de s’adapter à l’environnement de la personne et à ses capacités motrices”.</p>	<p>Pour adapter sa batterie d’évaluation, l’ergothérapeute recueille les difficultés ressenties par la personne, celles évoquées par la famille.</p> <p>Les évaluations cognitives sont adaptées selon le milieu de vie de la personne, et ses capacités motrices</p>
<p><b>L’ergothérapeute s’appuie sur les occupations significatives de la personne</b></p>	<p>E3 (136-140) : “Les éléments antérieurs au traumatisme crânien pour voir l’état de vie de la personne : ce qu’elle faisait, si elle travaillait, des hobbies, des loisirs, des occupations diverses et variées. Comment était-elle organisée par rapport à son temps de travail ou alors est-ce qu’elle travaillait à temps plein ?</p>	<p>Pour construire son processus d’évaluation, l’ergothérapeute s’appuie sur les occupations antérieures de la personne,</p>

<p><b>Enumération = 5</b></p>	<p>Quel travail elle faisait exactement ? Quel était son rythme de vie ?”.</p> <p>E3 (330-334) “ Je peux m'appuyer sur les occupations de la personne. Par exemple, si on a une personne qui aime bien cuisiner, c'est un peu le standard. On va s'orienter vers l'élaboration d'une recette, d'un plat. On a aussi pas mal de jeunes, de jeunes hommes, par exemple, qui aiment pas du tout cuisiner, parce qu'à la maison c'est encore la maman qui fait à manger. Dans ce cas-là ce n'est pas forcément une mise en situation qui va être la plus adaptée parce que l'envie et la motivation de la personne va aussi entrer en compte dedans. »</p> <p>E3 (335-339) : Si c'est un jeune homme sportif, on va essayer de l'évaluer à travers une mise en situation qui est plutôt orientée vers le sport ou sur les déplacements, si c'est une personne qui aimait bien aller en ville, par exemple. Ou faire les magasins, on va l'évaluer sur comment il planifie sa sortie, comment il arrive à s'adapter pour trouver le trajet le plus adapté possible ?”.</p> <p>E3 (340) : « On essaye quand même de prendre en compte le passé de la personne ».</p> <p>E3 (349) : “ [Après on essaye de s'adapter à] ses occupations passées.”.</p>	<p>notamment s'il prévoit une mise en situation.</p> <p>Il constate que s'appuyer sur les occupations significatives favorise l'adhésion et la motivation du patient.</p>
-------------------------------	--	---

Catégorie : Le raisonnement éthique		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p>L'ergothérapeutes fait références à des valeurs personnelles.</p> <p><b>Enumération = 0</b></p>	<p>X</p>	
<p>L'ergothérapeute fait référence à des valeurs professionnelles.</p> <p><b>Enumération =0</b></p>	<p>X</p>	

**Catégorie : Le raisonnement pragmatique**

Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’environnement matériel de l’intervention</b></p> <p><b>Enumération = 7</b></p>	<p>E3 (117-119) : “Sachant que en tant qu’équipe mobile, on intervient au domicile des personnes et qu’on est dans un environnement qui est différent de celui que peut être un SSR, une clinique.”.</p> <p>E3 (298-299) : “Le service n'a pas eu de formation particulière sur certains bilans comme pourrait être le test des errances multiples.”.</p> <p>E3 (303-306) : “Marie-Anne (ancienne ergothérapeute du service) a été formée, mais personne ne l'est plus. Cela étant, ce n'est pas parce qu'on n'a pas été formé qu'on ne l'utilise pas, mais on ne l'utilise pas de la même façon que voudrait la norme de certains bilans.”.</p> <p>E3 (311-314) : « On avait une ergo qui était aussi formé à l’époque, qui avait été formé là-dessus, mais on a gardé les trames. Les autres ergos du service n'ont pas été formés sur la passation, mais on garde certains items, certaines trames qui peuvent nous aider. »</p> <p>E3 (374-375) : “ Et après le service n'est pas forcément bien muni en formation et en dotation de bilan.”.</p> <p>E3 (377-379) : “Sinon, rien que le service en lui-même, actuellement, n'est pas très doté en bilan normés, en formation même. C'est très rare les ergo qui ont été formés là-dessus, et même aux différentes approches. C'est vrai, on est aussi restreint par ça.”.</p> <p>E3(390-397) : “ Le médicosocial, c'est un gros frein. De base, on est moins bien doté que le sanitaire, de façon historique. Que ce soit en matériel, en professionnel ou de manière globale. Mais nous, on fait avec de la récup, c'est pour ça qu'on axe énormément notre travail sur de l'observation et de la mise en situation parce que ça ne demande pas d'argent, ça ne demande pas de formation, en plus de notre formation initiale d'ergothérapeute et de nos sens, et de nos capacités d'observations qui se développent avec le temps. Mais des</p>	<p>L’ergothérapeute insiste sur le manque de bilan disponible dans le service, et le manque de proposition de formations à des bilans spécifiques ergo.</p> <p>L’ergothérapeute évoque le fait d’utiliser d’anciennes trames d’entretiens sans formations</p> <p>L’ergothérapeute souligne que les limites d’ordre matériel et financiers sont fréquentes dans le médico-social.</p> <p>L’ergothérapeute adapte donc sa pratique et favorise les mises en situation au domicile des personnes.</p>



	bilans comme la MOCA ou la BREF, personne n'a été formé outre notre formation ou ce que l'on lit sur les manuels ou les textes.”.	
<p><b>L’ergothérapeute fait référence à l’environnement hiérarchique et organisationnel de la structure</b></p> <p><b>Enumération = 4</b></p>	<p>E3 (94-96) :” Après, dans un second temps, entre 8h30 et 9h, je pars sur le fait que je suis en équipe mobile ou que je suis en structure, on va dire, classique et institutionnelle : un hôpital, un SSR ?” (<i>Sous-entendu il faut prévoir le temps de trajet pour se rendre au domicile de la personne</i>).</p> <p>E3 (238-241) : «Vu qu'on travaille sur un temps qui est beaucoup plus long, entre 3 à 5 ans. On ne fait pas passer les bilans toutes les trois semaines ou mois parce qu'on ne travaille pas aussi efficacement, aussi rapidement. On ne voit pas les personnes à la même fréquence ».</p> <p>E3 (362-365) : “ Mais nous, c'est vrai qu'on a pleins de paramètres à prendre en compte. Dès qu'on touche à l'environnement personnel de la personne, on est aussi associé souvent à la famille, à tout cet environnement protecteur. On doit faire avec tout ça et on doit s'adapter.”.</p> <p>E3 (403-407) : “Par exemple, on a des patients pris en charge, par exemple par le service du professeur De Boissezon et du professeur Marcq. Il est pris en charge par notre service, mais il y a aussi du suivi qui est assuré par de Boissezon, un suivi annuel. Et du coup, on fait le lien et on fait passer des comptes rendus au MPR. Dans ce cas-là, quelquefois, le fait de mettre des bilans validés et normés avec des résultats.”</p>	<p>L’ergothérapeute insiste sur la longue temporalité d’intervention auprès des personnes, ce qui modifier les objectifs d’intervention et par conséquent la construction de l’évaluation.</p> <p>L’ergothérapeute explique s’adapter aux exigences d’autres structures sur la passation de certains bilans.</p>
<p><b>L’ergothérapeute fait référence aux contraintes réglementaires de la structure.</b></p> <p><b>Enumération = 0</b></p>	X	

Catégorie : Le raisonnement narratif		
Indicateurs	Citations	Idées soulevées
<p><b>L'ergothérapeute fait référence à l'expérience de la maladie vécue par la personne.</b></p> <p><b>Enumération =3</b></p>	<p>E3 (154-156) : “ On va voir qu'est-ce qu'elle se rappelle son parcours, quelle évolution, quelles sont ces difficultés ? Elle nous retrace une journée type et éventuellement les difficultés qu'elle peut avoir sur la journée.”.</p> <p>E3 (173) : “ Je m'appuie sur les plaintes”.</p> <p>E3 (167) : « en fonctions des difficultés de la personne ».</p>	<p>L'ergothérapeute s'appuie principalement sur les plaintes de la personne pour construire son évaluation</p>
<p><b>L'ergothérapeute s'appuie sur les ressentis de la personne vis-à-vis de sa maladie.</b></p> <p><b>Enumération =1</b></p>	<p>E3 (151-152) : “On récupère aussi le ressenti de la personne qu'on accompagne, de la famille, des professionnels.”.</p>	<p>L'ergothérapeute s'intéresse au ressenti de la personne et de ses proches.</p>

## ANNEXE 7 : Retranscription entretien ergothérapeute 1

00:00:00

*Sosie:* Je vais t'expliquer comment va se dérouler l'entretien. Il va avoir lieu en deux parties : une première partie avec des questions classiques et la deuxième partie, ce fera selon la méthode de l'instruction aux sosies. Je te propose une situation d'appel, d'une situation de travail que tu peux rencontrer au sein du service. Et toi, tu devras me décrire précisément ce que tu fais dans ce cas-là. En fait, l'objectif, c'est que ta description me permette à moi, de te remplacer demain si l'occasion se présente, sans que personne ne se rende compte de l'imposture. D'accord ?

00:00:28

*Instructeur:* Ok !

00:00:30

*Sosie:* Du coup, on y va pour la première partie. En quelle année as-tu eu ton diplôme ?

00:00:39

*Instructeur:* Mmmmmmmh ... 2018.

00:00:43

*Sosie:* Quelle est ton expérience de la pratique de l'ergothérapie auprès de patients traumatisés crâniens ?

00:00:48

*Instructeur:* 3 ans.

00:00:49

*Sosie:* Au sein du MPR depuis le début ?

00:00:52

*Instructeur:* Oui, 3ans au CHU au sein du MPR.

00:00:54

*Sosie:* OK, à quelle fréquence as-tu des patients traumatisés crâniens ? Tu peux me le dire par semaine, par mois, comme tu préfères ?

00:01:00

*Instructeur:* Je pense que par semaine, on va dire .... Euh ... là actuellement, si on fait un ratio, on va dire deux par semaine en prise en charge hebdomadaire. Après au mois, ça c'est individuel. Je pense que dans le service dans un mois, on doit en avoir 6 ou 7, à peu près

00:01:22

*Sosie:* OK. Est-ce que tu as des formations complémentaires à ton diplôme d'État ?

00:01:27

*Instructeur:* Oui, j'ai la formation AMPS (Assessment of Motor and Process Skills), une évaluation de la performance. Tu évalues les habiletés motrices et opératoires. C'est intéressant. Du coup, c'est adaptable à toute population, de tout âge aussi. Ensuite, j'ai aussi une formation complémentaire sur l'ETP (Education thérapeutique du patient). On est formés en sortant de l'école mais avec le CHU, on a reçu une autre formation plus administrative. Et ensuite je suis formé à l'accueil des stagiaires par l'Ecole de Toulouse : remplir le portfolio, accompagner les étudiants en stage. Ça c'est pareil, c'est une formation interne. Et là, je demande à Master, mais c'est en attente.

00:02:21

*Sosie:* Et quoi, comme master ?

00:02:22

*Instructeur:* Recherche en ergothérapie.

00:02:23

*Sosie:* La dernière question était de savoir si tu avais l'habitude d'accueillir des stagiaires. En l'occurrence oui (rires). C'est bon, on a fini pour la première partie. Maintenant, je vais te proposer cette situation d'appel et je voudrais que tu me décrives ce que tu fais dans cette situation-là.

*Sosie tend à Instructeur un photocopie sur lequel est rédigé la situation d'appel.*

00:02:40

*Instructeur:* Je dois la lire à voix haute ?

00:02:59

*Sosie:* Non non, ne t'inquiète pas. Elle sera indiquée dans mon mémoire en annexe.

00:02:59

Instructeur lit le papier contenant la situation d'appel (cf. annexe)

00:02:59

*Instructeur:* 8H30 déjà, je vais voir le médecin pour avoir la prescription parce qu'on intervient sur prescription médicale, même au sein du MPR. Je décide d'aller voir, soit le médecin le chef de service, soit les internes. Je pense que qu'à cette heure-là, je vais voir l'interne, j'aurai plus de chance de trouver l'interne. Ça me permet déjà d'avoir la prescription, de savoir un petit peu plus comment est ma patiente parce que l'interne est censé l'avoir vu dès son arrivée. Je suppose que si j'arrive à 8 heures et demie, elle est censée être arrivée hier soir, enfin la veille au soir. En même temps que je vais voir l'interne, je récupère la prescription et juste après, je regarde le dossier médical ... Ou je fais l'inverse. Mécaniquement, peut-être que je vais aller voir sur Orbis, le logiciel de l'hôpital et regarder le dossier clinique de la patiente. Mais à mon avis, si elle est rentrée la veille, il n'y aura pas toutes les infos. Donc je vais compléter les infos que je trouve sur Internet, sur le logiciel par rapport à la pathologie, ce qui lui est arrivé, son dossier médical. En gros, je vais voir l'interne pour avoir la prescription et je demande des informations complémentaires.

00:04:03

*Sosie:* Tu demandes quoi comme infos à l'interne ?

00:04:07

*Instructeur:* Bah euh ... l'histoire de la pathologie, si ce n'est pas noté dans le dossier, la date de survenue et les facteurs de risque. Je demande si le patient est à .... Non, je me renseigne sur le logiciel pour savoir d'où le patient arrive et à l'interne, je vais demander avec quel matériel le patient est arrivé. Est ce qu'il est alité, est-ce qu'il est communicant, est-ce ce qu'il est désorienté ? J'essaie un petit peu en posant des questions brèves, de savoir si, au niveau cognitif, quel profil de patients auxquels je peux m'attendre. Parce quand on lit sur le dossier médical et la réalité, parfois, il y a quand même quelques décalages. J'essaie juste de poser des questions succinctes à l'interne sur le positionnement du patient, en priorité sur son installation, ce qui a déjà été assis ou pas. Savoir s'il faut l'asseoir, s'il y a des contre-indications à l'assise. Parce que c'est ce qu'on me demande en priorité, c'est d'asseoir les patients et de les positionner au lit et de les asseoir au fauteuil. Je me renseigne sur ça et comme sur la prescription, j'aurai marqué "Fonctions exécutives à bilancer", forcément, je lui pose un peu des questions sur le fonctionnement. Est-ce qu'il est communicant ? Est ce qu'ils sont cohérents ? Est-ce qu'il est désorienté ? Est-ce qu'il y a persévérations ? Est-ce qu'il est désinhibé ? Ça l'interne est censé l'avoir un peu remarqué lors de la discussion qu'il est censé avoir avec le patient.

00:05:22

*Sosie:* Ok.

00:05:22

*Instructeur:* J'essaie en fait de me faire une cartographie, de compléter ce que j'aurais pu lire avant, avec ce que va me dire l'interne qui lui aura vu le patient. Et ensuite aussi, je vérifie au niveau moteur. Ça, ça va avec est-ce qu'il a l'équilibre assis ? Est-ce qu'il arrive à bouger les quatre membres ? J'essaie de compléter ce qui a marqué sur le logiciel avec l'entretien que j'ai avec un tiers.

00:05:41

*Sosie:* OK.

00:05:42

*Instructeur:* Voilà ce que je ferai. Et ensuite une fois que j'ai toutes ces infos, je prends le temps de revenir dans mon bureau. Je me pose, je fais le point. J'essaie d'aller rechercher dans le logiciel si l'interne ou le chef de clinique ou le docteur m'a donné les infos que je n'avais pas vu. J'essaie de creuser un peu plus. Et après, je vais voir mon patient.

00:06:09

*Sosie:* D'accord.

00:06:09

*Instructeur:* Du coup tu veux savoir ce que je fais avec lui ?

00:06:11

*Sosie:* Oui exactement. Quand tu vas voir le patient, qu'est-ce que tu fais?

00:06:13

*Instructeur:* Ben si, c'est la première fois en général ici, ils n'ont pas de fauteuil, donc pas de matériel. Je vais le voir en chambre avec le kiné et l'infirmière. On teste l'équilibre, on prend la tension, et si tout va bien, on essaie de faire les transferts en fonction de ses capacités motrices. Avec le kiné, on essaie de choisir le transfert le plus adapté. Surtout, le plus sécuritaire. Soit avec le lève-personne ; soit avec le guidon, soit avec le cadre, soit juste avec une aide humaine,

00:06:38

*Sosie:* Selon les capacités de la personne, tu choisis ?

00:06:41

*Instructeur:* On se présente forcément avant au patient. Ça nous permet déjà de voir s'il est capable de tenir une communication, si est capable de donner la date du jour pour savoir s'il est orienté. J'essaie un petit peu, par rapport à ce que j'ai lu, et ce que m'a dit l'interne de confirmer ce que je sais déjà avec des petites questions succinctes et brèves, pour déjà voir son niveau cognitif, voir si le patient est à peu près avec nous, on va dire. Ensuite, j'essaie de l'asseoir. On l'assoit au bord du lit, on teste l'équilibre assis. Et, si tout va bien, je le laisse avec le kiné et moi, je m'occupe d'aller chercher un fauteuil roulant du service, un coussin adapté, soit à mémoire de forme, soit à air, en fonction de sa mobilité et des risques cutanés. Ensuite, la première chose que je fais, c'est d'asseoir le patient. Je l'assois, et on essaie au moins de tenir une demi-heure, s'il a été alité très longtemps. Le protocole de reprise d'assise est lancé avec une demi-heure tous les jours. Et ensuite sur la demi-heure où il est assis. Je vais commencer mon entretien, si je l'ai à 9h moi. Je commence l'entretien initial.

00:07:45

*Sosie:* Tu le fais plutôt en chambre ?

00:07:46

*Instructeur:* Non non, je vais l'amener en salle. Je lui présente les locaux d'ergothérapie. Je pars sur un entretien initial classique, avec la feuille du CHU. Mais ça pourrait être un autre type de trame pour recueillir toutes les infos, pour confronter ce que dit le patient avec ce qu'il y a marqué sur Orbis, pour vérifier la cohérence de ses propos. Puis le discours et le dialogue, ça aussi ça permet de voir si au niveau exécutif il y a du temps de latence, il y a des persévérations, des troubles de la mémoire, au niveau attentionnel est-ce qu'il décroche quand la porte s'ouvre, quand il y a du bruit. Ça me permet de continuer ma cartographie de mon patient et de recueillir des informations.

00:08:29

*Sosie:* Tu as quand même pas mal d'observations indirectes des fonctions exécutives, par le biais de l'entretien, tu commences déjà à observer ?

00:08:36

*Instructeur:* Oui l'entretien, mais même dès que je vais l'installer, en fait. Ouais, on observe toujours. Comme je vous ai dit en cours votre meilleur outil, votre meilleur bilan, surtout avec les patients post-REA, c'est votre observation. Avec des patients TC ou AVC, c'est pareil. On est toujours dans l'observation. Donc, je fais mon bilan sur la première séance : recueil de données et comme il y a eu le transfert avant, on est bien à 45min de séance. J'essaie de refaire le transfert avec les soignants et de vérifier l'état cutané. Je recueille les douleurs du patient et ensuite je vérifie l'état cutané au niveau des ischions, s'il n'a pas de rougeurs avec les soignants. Ou les soignants le font sans moi parce que j'ai d'autres patients et ils viennent me tenir informé. Et ensuite, on recommence le lendemain et on passe sur deux fois une demi-heure de protocole d'assise et moi, je commence à bilancer mon patient par rapport aux bilans que j'ai ciblé durant l'entretien et durant l'entretien que j'ai eu avec l'interne, et ce qui est marqué sur la prescription.

00:09:38

*Sosie:* D'accord. Et du coup, en deuxième partie d'évaluation, donc un autre jour, tu commences à faire d'autres bilans. Et comment tu fais justement pour faire ce choix de bilan ? Là, dans ce cas ou dans la

prescription, on te dit qu'il y a des fonctions exécutives à évaluer, comment tu vas construire ton protocole d'évaluation ?

00:09:56

*Instructeur:* Alors soit je suis très studieux, j'ai le temps et j'utilise le processus CFE qui existe de Mme Ruiz à Bordeaux, donc j'ai toutes mes étapes à respecter. La première, c'est j'utilise un outil de screening cognitive, soit la MOCA, soit la BREF. Je préfère la MOCA parce qu'elle est plus sensible. Il y a trois versions. C'est intéressant parce que du coup, il n'y a pas d'effet, test-retest si on la fait régulièrement. Donc je fais la MOCA pour avoir une vue d'ensemble et un petit peu vérifier ce que j'aurais pu observer lors d'un entretien et dans les échanges que j'ai eu avec l'interne, le médecin et avec mon ressenti. Une fois que j'ai screené au niveau cognitif des différentes dimensions, je vais essayer d'aller un peu plus en détail sur les séances d'après sur l'activité en elle-même. Comment est-ce que ces difficultés que j'aurai pointé du doigt vont pouvoir se refléter dans l'activité. Et en même temps, je coordonne avec les autres professionnels, que ce soit neuropsychologues et orthophonistes, je coordonne la réalisation des bilans par rapport à ce qu'elles ont observé, peut-être un peu plus analytique que moi pour toujours continuer à évaluer la même chose. Mais moi, je vais peut-être plutôt me concentrer sur l'impact des troubles en situation et je vais peut-être demander à mes collègues, qui ont l'habitude d'utiliser des bilans type neuropsychy et BNP. Bon le BNP, en général quand c'est en début d'hospitalisation, c'est un peu chaud. Mais l'orthophoniste ou la neuropsychy, elles vont faire passer des bilans très, très ciblés, comme le Stroop, qui vont cibler individuellement toutes les fonctions exécutives : le TMT, le Stroop, la Tour de Londres. Je coordonne cette phase d'évaluation avec elle. C'est pour ça que sur Orbis, on a eu des réunions pendant votre stage pour créer des courriers d'évaluation cognitive. Et ça, ça nous permet de nous coordonner. Et moi, ça permet en tant qu'ergo de partir direct sur de l'activité, d'évaluer l'impact des troubles dans l'activité, ce qui m'intéresse. Parce que moi, je vais évaluer les performances et je laisse à mes collègues la partie plus analytique où là on va vraiment évaluer le degré de sévérité des troubles. Mais ça ne veut pas dire que moi, je ne vais pas non plus prendre en compte l'évaluation du degré de sévérité. Je vais aussi m'en intéresser, mais peut être que je choisirai les tests comme le TEM, si je peux l'adapter, comme tu l'as fait dans ton stage, le test des commissions de Martin qui au niveau exécutif va aussi me renseigner. Je peux aussi faire passer un AMPS.

00:12:28

*Sosie:* Oui en plus, tu es formé au AMPS toi.

00:12:28

*Instructeur:* Mais je vais plutôt m'orienter vers des outils un peu plus fonctionnels, qui évaluent plus l'activité ou la participation par rapport à la CIF et dans lequel je pourrais conclure sur un niveau d'altération de la performance. Par rapport au travail qu'on est en train de faire ici pour harmoniser nos comptes rendus, nos prises en charge, ça me permettra du coup de pouvoir établir un diagnostic qui sera véritablement ergo parce que j'aurai évaluer la performance dans les activités, Donc ça va être par des bilans comme je te disais : le TEM, le AMPS, des mises en situations, l'EF2E si le patient est capable de faire ça, le Kettle test, le test de la bouilloire, et ça va passer aussi par des mises en situation en chambre. Et du coup, les mises en situation qui sont entièrement standardisées aussi : mise en situation transfert, toilette, habillage qu'on aurait pu faire ici et voir où est ce que le patient a des difficultés dans ces activités-là ? En plus des difficultés que j'aurais pu voir émerger dans les bilans que je t'ai cités, pour toujours comparer : est-ce qu'au niveau fonctionnel c'est mieux ? Est ce qu'il arrive à mettre des stratégies en place ? Est-ce qu'ils s'adaptent ? Est-ce que les tests papier-crayon reflètent vraiment son fonctionnement dans l'activité ? Parce que souvent, il y a un décalage, qu'il soit négatif ou positif. Ça peut exister dans les deux sens et souvent les tests papier-crayon, pour certains patients, ils ne vont pas être assez sensibles, ils vont plafonner. On va se dire qu'il a un super niveau de fonctionnement exécutif. Mais en situation, c'est plus complexe en chambre. Ici, au fil du temps, ça va, ils arrivent à créer des automatismes. Cependant, dès qu'on va sortir de la chambre ou dès qu'ils vont revenir de permissions, soit c'est dans leur environnement et ça les aide, et là ils vont performer plus qu'on ne le pensait, ils

auront une meilleure performance qui va s'établir par rapport à celle qu'on avait prédit. Soit ils vont être complètement perdus parce que là, du coup, il y a plus les automatismes, il y a plus de routine. Et ils vont devoir mobiliser leur système attentionnel superviseur au niveau exécutif pour mettre en place de stratégies, reprogrammer, replanifier. Et ça, ça va être compliqué pour eux.

Voilà comment j'organiserai ma phase d'évaluation. C'est ce qu'on essaie de faire ici.

00:14:35

*Sosie:* Du coup, tu me dis que toi, tu essayer d'évaluer de façon un peu plus fonctionnelle. Alors que les neuropsyches font le côté plus analytique, mais tu m'as proposé pleins de manière d'évaluer de façon plus fonctionnelle. Est-ce que tu fais un choix d'une certaine manière? En fait, est-ce qu'il y a certains éléments qui te disent tiens, je vais plutôt faire une mise en situation, d'autres, qui t'indiquent plutôt de faire une évaluation vraiment standardisée, normée.

00:14:54

*Instructeur:* C'est sur les objectifs du patient. Avec ce genre de patients, si on arrive à faire passer ... la MCRO. Nous, on ne veut pas trop la faire passer rapidement, par exemple, pour cibler les problèmes occupationnels parce qu'il faut que le patient ait le temps de se rendre compte de ses difficultés, il ne faut pas qu'il y ait trop anosognosie non plus. Souvent, on essaie de faire des permissions. Parce qu'ici à l'hôpital, c'est un environnement favorisant. Donc si le patient a fait des permissions, où à la capacité de se rendre compte rapidement, ce qui ne reste pas souvent le cas, on peut faire passer des MCRO assez rapidement. Ça reste très, très rare, donc soit je fais passer des MCRO et on co-écrit avec le patient les objectifs, les coconstruire ensemble. Et là du coup, par rapport à ces objectifs, je vais décider avec lui de partir directement sur une approche top down, je fais une mise en situation directe et je travaille dessus direct sur l'activité en développant de nouvelles habiletés. Soit je me dis par rapport à ce qu'il décrit, lui, je sens que c'est très difficile, que c'est très compliqué. Quand il décrit la façon dont il réalise l'activité, je sens qu'il y a beaucoup de tâches qui sont complexes pour lui. Et là, je vais peut-être faire une mise en situation pour essayer un peu plus de percevoir quelles étapes est plus difficile que l'autre et peut-être du coup passer par un bilan avant, pour pouvoir confronter les difficultés que le patient décrit en situation et les difficultés que moi je fais refléter grâce à mon bilan.

00:16:26

*Sosie:* OK.

00:16:26

*Instructeur:* Donc, pour résumer : Suivant, le degré difficulté que me décrit le patient dans l'activité, soit je commence à le connaître un petit peu, je le mets en situation directement, si je sais qu'il ne va pas trop être en échec. Soit je me dis cette activité-là, si je le mets en situation directement, je vais le mettre en échec, ce n'est pas trop ce que je veux. Et du coup, je vais peut-être passer par une phase de bilan et donc là je vais utiliser les bilans que je t'ai cité pour voir un petit peu ces difficultés, à quel moment elle se majore, qu'est-ce qui va faire que c'est plus difficile ? Soit une troisième solution, je ne passe pas par des bilans. Je ne vais pas non plus le mettre en situation directement sur l'activité qui est l'objectif pour lui, mais peut être que je vais adapter cette activité-là, en la décomposant, en faisant une analyse d'activité et du coup, en essayant de travailler sur les tâches qui peuvent être complexes, en diminuant le niveau d'exigence. Après fin de la récupération, je vais augmenter l'exigence des tâches pour qu'il puisse atteindre un niveau qui lui permette de faire cette activité-là, son objectif. Mais ça, ça peut être par des jeux un peu plus ludiques. On a créé des jeux exécutifs ici : on doit préparer un voyage, aller chercher différentes informations dans le service, l'orientation temporo spatiale. On a plein de petits exercices qui nous permettent d'adapter ça aussi.

00:17:45

*Sosie:* OK, donc. Du coup, si la personne, par exemple, elle te décrit des difficultés à se repérer dans la rue, tu peux simplifier la tâche en proposant un exercice dans le service ?

00:17:57

*Instructeur:* Oui, ou alors si je vois que c'est vraiment trop difficile, si je me dis que je ne peux pas le mettre directement en situation, parce que ça va être trop difficile ... donc cette solution-là, je ne la

privilégie pas. La deuxième solution, c'est est-ce qu'il faut que je continue ma phase de bilan pour mieux comprendre ce qu'il m'explique et mettre un mot sur ces observations, voir quelles fonctions exécutives est plus touchée que l'autre, et qui va donc faire que cette activité va le mettre en difficulté. Donc, soit je me dis qu'il faut que j'étaye ma phase de bilan parce qu'il y a des zones d'ombres et je sens que je n'ai pas tout bien cerné. Soit je me dis les bilans, j'en ai déjà fait assez et je sens que lui, le patient a envie aussi de faire des choses et d'être plus actif parce qu'une phase de bilan, c'est long aussi. Et là, je me dis bon, mais j'essaie d'adapter : soit l'activité en question, donc de prendre un bout de l'activité et de l'adapter ; soit de prendre une autre activité dans laquelle je sais que je vais mobiliser les mêmes ressources exécutives, mais je sais que cette activité-là sera peut-être moins mal vécue si elle est mal réalisée que la vraie activité car il y aura mis moins de sens pour lui. En même temps je vais voir en fait comment il va se débrouiller, comment il va s'adapter, quelle stratégie mettre en place? Et ce même genre de gymnastique exécutive, il va en avoir besoin pour son activité à lui, celle de son objectif. Donc, je contourne un peu l'activité si je vois que ça peut être compliqué pour lui de se retrouver en échec. J'essaie d'adapter ça. Ça peut être soit avec les autres activités comme je te dis, soit avec un exercice qu'on a créé ici ... d'organisation par rapport à l'architecture du CHU, par exemple...

00:19:34

*Sosie:* Du coup, tu prends quand même ... tu fais quand même attention à ne pas mettre trop en échec la personne, justement, sur l'évaluation.

00:19:41

*Instructeur:* Sur l'évaluation : oui, oui ... (hésitation) Enfin non, sur l'évaluation, si elle n'y arrive pas, elle n'y arrive pas, elle est en échec.

00:19:47

*Sosie:* Oui mais tu ... tu prends quand même en compte ... étant donné que la tâche que tu proposes en tant qu'évaluation, il y a quand même une préparation à l'avance pour éviter de confronter la personne à un trop grand échec.

00:19:56

*Instructeur:* Je ne vais pas lui faire faire une mise en situation, dans laquelle je sais qu'il va être en échec, au jour J. Je vais l'adapter. S'il me dit mon objectif, c'est de conduire, je ne vais pas lui dire on va conduire. Je sais que c'est trop compliqué. Il aura forcément une mise en échec, et même une mise en danger et c'est pas du tout cohérent. Donc soit je refais des bilans parce qu'il faut que j'étaye certaines zones d'ombres, par rapport aux bilans qu'on fait mes collègues. Soit je juge que je n'ai pas besoin de continuer mes bilans, alors j'adapte l'activité. Ça pourrait être, par exemple utiliser CO-Virtua (un logiciel de rééducation cognitive en réalité virtuelle), mais peut être que ça, au début, c'est encore trop compliqué et trop rapide. Alors je vais peut-être partir sur un exercice un peu plus classique : comme utiliser le tricycle du CHU et déjà prendre en compte les différents indicateurs environnementaux, voir s'il gère la survenue de quelqu'un dans le couloir, s'il anticipe les virages, s'il tourne correctement, s'il ne se met pas en danger, si au niveau attentionnel, il arrive à gérer la double tâche.

00:21:00

*Sosie:* Et du coup, vu que tu utilises un peu des moyens intervention en évaluation, euh....

00:21:08

*Instructeur:* J'utilise l'activité comme évaluation.

00:21:10

*Sosie:* Oui, c'est ça et du coup, tu utilises un outil après pour analyser les activités ou alors c'est que de l'observation classique.

00:21:16

*Instructeur:* C'est le problème de l'analyse d'activités. Il y a certaines grilles d'analyse d'activité qui existent, mais pas pour toutes. Donc, soit tu te la construis maison, c'est ce qu'on a fait avec l'activité cuisine. Quand on fait le EF2E, ok c'est bon. Le kettle test aussi, etc. Mais quand on fait une activité cuisine, tu as vu on a pris des éléments de la MCRO, il y a la satisfaction ; on a pris aussi un peu de Catherine Bergego par rapport aux cotations du thérapeute et du patient. Souvent ce sont des grilles



qu'on a créées, mais là, si je te prends l'exemple de pédaler ou de conduire, ça va plutôt être de l'observation pure, en fait, sans grille d'activités validées : ton observation à toi, de thérapeute, ton expertise de clinicien.

00:22:00

*Sosie:* Et du coup, dans quelle mesure tu ... , parce que même une personne sans pathologie peut faire des erreurs de fonctions exécutives, en fait. Dans quelle mesure tu considères que c'est pathologique telle ou telle erreur. C'est quoi, c'est de l'expérience ?

00:22:12

*Instructeur:* Je considère que c'est pathologique, en regardant aussi avec les bilans de mes collègues et mes bilans à moi normés.

00:22:21

*Sosie:* Ok, donc il y a toujours un rapport à faire avec des bilans normés.

00:22:22

*Instructeur:* Je ne peux pas me baser uniquement sur des mises en situations. Parce que je sais que dans une mise en situation, il y a le côté auto-apprentissage qui peut s'effectuer d'une séance à l'autre, que le patient peut enregistrer le service. Donc, en fait, il va peut-être même plus faire attention aux panneaux parce qu'ils auraient tellement l'habitude de faire ce circuit, de connaître le service, et que du coup, moi, quand je vais lui demander des consignes contradictoires ou le mettre face à l'imprévu, il va réussir à s'adapter tant bien que mal parce qu'il va vraiment bien connaître le service. Cependant, ça ne veut pas dire que si je vais faire du vélo dehors devant l'accueil, il se débrouillera aussi bien. C'est toujours à mettre en perspective. Dans tous les cas, c'est toujours pareil. En clinique, c'est ton observation, ton premier outil. Parfois, quand tu ne peux pas faire le bilan, ton évaluation repose sur ton observation, et même dans l'observation initiale, il y a une part de subjectivité à l'intérieur. Donc tu dois toujours la mettre en relation avec des bilans normés validés à un moment donné. Quand c'est possible. Après suivant les capacités du patient, tu vas peut-être réussir à faire passer un ou deux bilans. SI tu es en éveil de coma, tu vas réussir à en faire un ou deux, parce qu'il n'y en a pas beaucoup pour cette population-là. Si tu es avec des TC, si au début, c'est compliqué d'avoir accès à la passation des bilans, tu vas rester sur ses observations, tes mises en situation. Et puis après, quand le patient aura progressé, tu vas pouvoir lui faire passer ces bilans-là, et tu vas donc pouvoir comparer des normes validées, standardisées par rapport à une moyenne d'âge et une population qui est saine ; par ce que toi, tu auras observé en mise en situation, pour lesquelles tu n'auras pas eu de grille d'analyse d'activité validée.

00:23:49

*Sosie:* Et dans le cas d'un éveil de coma, tu m'as dit qu'on ne pouvait pas faire passer beaucoup d'évaluation du fait des troubles de la personne.

00:23:56

*Instructeur:* Il y a des évaluations qui existent, attention, une ou deux. Mais le problème, c'est que ça reste très analytique pour un ergo en fait.

00:24:06

*Sosie:* Mais c'est quoi par exemple ? Tu as quoi en tête comme évaluation ?

00:24:06

*Instructeur:* En éveil coma ? Il y a le CRS (Coma Recovery Scale) et le WHIM (Whisex Head Injury Matrix). En fait, ce sont des échelles qui vont un peu plus loin que l'échelle de Glasgow que tu retrouves souvent. En fait, elle t'indique uniquement un état de coma ou de vigilance. Ces autres échelles là, elles te renseignent plus sur les capacités oculo-motrices, motrices, verbales, communicationnelles. Est-ce que le patient répond à ta question ? Est ce qu'il ouvre les yeux sur commande ? Donc, ça reste très pathos-centré, mais en même temps quand tu es ergo, ça te permet déjà toi, dans tes premiers objectifs qui vont être de pouvoir sonner déjà en chambre seul et de mettre en place un code de communication fiable. Ça va permettre de savoir sur quel canal tu vas t'aider. C'est un peu comme avec les aphasiques. Sur quel canal tu vas t'appuyer ? Ces échelles-là, quand tu as un patient post-réa, elles permettent ça.

00:25:01

*Sosie:* Ok, toi tu as déjà eu l'occasion d'utiliser ses échelles avec des patients ?

00:25:05

*Instructeur:* Ben oui, pour être honnête avec toi, je n'en avais pas entendu parler à l'école. Quand je suis arrivé ici, mon premier patient c'était un Locked In Syndrom apparenté, avec des troubles cognitifs. Ce n'était pas vraiment un Locked-in-syndrom, mais le profil clinique, c'était celui-là au niveau moteur, il y avait zéro capacités motrices, une aphasie aussi. Voilà, c'est compliqué, tout ça. Donc, je me suis intéressé. En parallèle, j'avais repris le cours à l'école de ma collègue Magali sur la rééduc post-réa. J'ai lu, j'ai vu. J'ai trouvé ces deux bilans. J'ai essayé de les faire passer. C'était intéressant. Ça reste des bilans validés, donc ça permet de confirmer et d'apporter du poids à tes observations. Déjà, d'un point de vue du regard de tes pairs, ça donne du poids cette évaluation en plus de ton observation, même si ton observation, elle sera respectée et aura du poids aussi. C'est quand même bien d'avoir des bilans normés parce que ça te permet d'avoir une réévaluation standardisée. Donc s'il y a du changement, tu seras capable de le détecter. Avec ton observation, un changement parfois, tu ne seras peut-être pas capable de le détecter ou peut être que tu vas le détecter, mais tu ne vas pas bien le juger. Par exemple, tu vas te dire qu'il aura fait de gros progrès, alors il aura juste fait des progrès minimes. Et donc, c'est bilan là, ça permet, ça.

00:26:30

*Sosie:* D'accord. Je comprends.

*Et bien je pense qu'on a fait le tour de tout ce que tu fais pour évaluer les fonctions exécutives. Merci beaucoup vraiment pour tes informations.*

00:26:36

*Instructeur:* C'est toujours pareil top-down et Bottom-up. Il faut que tu les gardes à l'esprit. Quand tu ne peux pas faire de top-down, c'est un Bottom-up mais tu vas encore plus te servir de l'activité pour mettre en contraste ce que tu auras bilanter.

## ANNEXE 8 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 2

00:00:01

*Sosie:* Je vais t'expliquer : ce n'est pas un entretien classique. Il y aura quelques questions classiques, un petit peu pour savoir quel professionnel tu es. Mais lors de la deuxième partie de cet entretien, je te donner une situation d'appel, une situation de base de travail que tu peux avoir quand tu travailles avec des patients traumatisés crâniens. Et l'idée, c'est que toi, tu me décrives ce que tu fais précisément avec cette personne, comme si moi, je devais prendre ta place demain. Il faut que je sois capable de le faire et que personne se rende compte de l'imposture. Tu décris les faits, juste les faits.

00:00:58

*Sosie:* D'abord, pour la première partie. Tu as eu ton diplôme en quelle année ?

00:01:01

*Instructeur:* 1994.

00:01:02

*Sosie:* Quel est ton expérience de pratique de l'ergothérapie auprès des patients traumatisés crâniens ?

00:01:10

*Instructeur:* Le problème, c'est que c'était très découpé, et pas spécifiquement dans un service accueillant des personnes traumatisés crâniennes. En moyenne, on va dire 3 par an, pendant 20 ans.

00:01:47

*Sosie:* Dans quel type de structure travaillais-tu ?

00:01:50

*Instructeur:* Un MPR.

00:01:52

*Sosie:* Et dernière question un peu basique : Est-ce que tu as l'habitude d'accueillir des stagiaires ?

00:02:00

*Instructeur:* Oui.

00:02:00

*Sosie:* Et est-ce que tu as des formations complémentaires à ton diplôme d'État ? Au niveau de l'ergothérapie. Si tu as fait des DU, des formations à des bilans, etc...

00:02:13

*Instructeur:* J'ai un DEUG de psycho. Sinon je suis plus formatrice. Mais j'ai une formation en positionnement, une sur les techniques de rééducation sensorimotrice de l'hémiplégique, et une sur l'éducation thérapeutique.

00:03:13

*Sosie:* Du coup, là, je vais te donner une situation d'appel qui reste quand même globale, et il va falloir que tu me décrives ce que tu fais dans cette situation. De manière très précise, afin que je puisse te remplacer, moi demain, s'il le faut, sans que personne ne s'en aperçoive.

*Sosie tend un papier contenant la situation à Instructeur. Instructeur prend connaissance de la situation d'appel.*

00:03:40

*Instructeur:* Bon d'abord, je présente aux patients, je lui explique que je vais faire. Et euh ...ensuite, je vais voir ce que... pffffff... Moi, avant d'aller voir pour une prestation comme ça, je vais voir les autres professionnels, pour savoir s'ils ont déjà évalué quelque chose, notamment le neuropsychologue, l'orthophoniste.

00:04:13

*Sosie:* D'accord.

00:04:14

*Instructeur:* Voilà une chose que je fais et après je vais le rencontrer. Je me présente. J'explique pourquoi je suis là, ce que l'on va faire ensemble.

00:04:28

*Sosie:* Et juste, aux autres professionnels, tu leur poses quoi comme questions ?

00:04:31

*Instructeur:* Est ce qu'ils ont fait déjà des évaluations avec les personnes ?

00:04:34

*Sosie*: Et tu leur demandes les résultats de ces évaluations ?

00:04:36

*Instructeur*: Oui, tant qu'à faire.

00:04:37

*Sosie*: D'accord. Et après, tu m'as dit que tu allais voir le patient.

00:04:42

*Instructeur*: Ensuite, je vais voir le patient. Je me présente. J'explique comment et pourquoi on va travailler ensemble. Et ensuite, je passe, je passe à la ... à la ... au recueil de données. Ça devient des questions du type : comment il s'appelle ? Quel âge il a ? Ce qu'il fait dans la vie ? Ce qu'il se rappelle ce qui lui est arrivé ? Pourquoi il est là ? Et ensuite, avant de faire, parce que tu dis avec des fonctions exécutives à bilancer. Avant de passer des bilans exécutifs ... euh ... métriques, je dirai ; je vais me renseigner auprès des soignants. Quel est son niveau d'autonomie et d'indépendance ?

00:05:32

*Sosie*: Donc, oui, avant de faire des vrais bilans validés, tu vas questionner l'équipe soignantes.

00:05:41

*Instructeur*: Et ensuite, je vais sélectionner des évaluations pertinentes pour ce monsieur en fonction de ce qui a été évalué par les autres .... Comment dire ... confrères ... Mmmmmmmh... collègues.

Et après? Si, par exemple, je n'arrive pas à avoir de renseignements ce jour-là, je vais faire ...Mmmmmmmh... tu sais l'évaluation globale des fonctions exécutives, des fonctions cognitives.

00:06:09

*Sosie*: La MOCA, par exemple.

00:06:10

*Instructeur*: Alors ça pourrait être la MOCA. Mais moi, je ne la connais pas la MOCA.

00:06:13

*Sosie* : C'est quoi du coup que tu utilises ?

00:06:17

*Instructeur*: L'évaluation globale des fonctions cognitives, ils l'ont dans le service. Ou alors on faisait la BREF.

00:06:23

*Sosie* : La BREF d'accord. Donc tu commences pour avoir une idée, par un bilan de dépistage.

00:06:28

*Instructeur*: Exactement.

00:06:28

*Sosie* : Qui est donc plus analytique.

00:06:30

*Instructeur*: Renseignements auprès des collègues et bilans de dépistage, après avoir fait connaissance avec la personne.

00:06:33

*Sosie*: OK. Je voudrais revenir à l'entretien. Tu fais un premier entretien au cours duquel tu essayes d'obtenir quels types d'informations ? Tu le construis comment cet entretien ?

00:06:47

*Instructeur*: Dans l'entretien avec le patient.

00:06:48

*Sosie* : Oui.

00:06:48

*Instructeur*: Je le construis comment ?

00:06:51

*Sosie*: Comment est-ce que... (reformulation) tu te bases sur quoi pour savoir quoi demander ?

00:06:56

*Instructeur*: Bah c'est un peu le truc général. Comment ? Qui il est ? dans sa sphère d'identité. Qui il est dans sa sphère plus élargie, plus familiale ? Et dans son environnement de vie : architecturale, humain, professionnel et de loisirs ? Et comme ça, je cerne la personne au niveau de son fonctionnement et de son mode de vie. Tout ça, ça sera dans le dossier d'ergothérapie.

00:07:38

*Sosie:* Oui, OK.

00:07:40

*Instructeur:* Tu vois ?

00:07:42

*Sosie:* Oui oui, je vois.

00:07:42

*Instructeur:* Avec le niveau d'indépendance et d'autonomie. Et après, je rentre dans l'exécutif.

00:07:51

*Sosie:* Et du coup, les informations que tu as pu recueillir grâce à l'entretien, tu vas les prendre en compte après dans la construction de ton évaluation ?

00:08:02

*Instructeur:* Non non, dans la construction de mon évaluation, elle va partir de la prescription médicale ... euh ... qui en général n'est malheureusement pas beaucoup plus détailler que ça. Et plutôt à partir de ce qu'ont fait mes collègues.

Tu vois ?

00:08:19

*Sosie:* Oui. Totalement.

00:08:19

*Instructeur:* Je ne vais pas refaire un bilan attentionnel, si j'avais déjà un bilan attentionnel. Je ne vais pas faire un bilan avec de la double tâche, s'il existe déjà pour cette personne. Cependant, si l'aide-soignante me dit, en fait le matin, ce n'est pas facile. Il a des troubles praxiques, ou je n'en sais rien, ou ne sait pas où il est, il est angoissé. Tu vois, il faut avoir ces informations pour savoir comment tu vas appréhender la personne. Parce que bon, un traumatisme crânien, il peut y avoir de l'agressivité. Le comportement est super important.

00:08:59

*Sosie:* Tu adaptes ton approche avec la personne.

00:09:08

*Instructeur:* La première étape, avec souvent les traumatismes crâniens, c'est rentrer en relation avec les gens, les mettre en confiance.

00:09:14

*Speaker 2:* OK.

00:09:17

*Instructeur:* Mais ça me paraît évident.

00:09:19

*Sosie:* Non, mais c'est hyper intéressant, ce que tu dis. Du coup, tu m'as abordé un peu les outils utilisés. Tu commences par un outil de dépistage : la BREF, par exemple. Et après, si tu dois creuser, qu'est-ce que tu vas utiliser ?

00:09:32

*Instructeur:* S'il faut creuser, tout dépend quels sont les items en échec, tout dépend de ce qu'on fait des collègues. Pour moi, c'est de l'interdisciplinarité, vraiment. On est là pour compléter quoi. Qu'est-ce que c'est qu'il faut approfondir ? Tu vois la mémoire, l'orientation dans le service, la double tâche, des choses comme ça.

00:09:56

*Sosie:* Et du coup, tu avais l'habitude d'utiliser certains outils spécifiquement pour les fonctions exécutives : plus certains types de bilans que d'autres ? :

00:10:06

*Instructeur:* Alors on avait de TMT. Ouais, on avait utilisé la BREF, on avait le TMT, on avait celui de raisonnement logique ... Mmmmmmmh.

00:10:21

*Sosie:* Le test des commissions ? Non ce n'est pas ça ?

00:10:23

*Instructeur:* Oui, il y a le test des commissions. Qu'est-ce qu'il y avait déjà ? (Hésitation) Parce qu'ils

se sont vachement actualiser les collègues. Moi, ça fait plus de quatre ans donc euh.... Il y avait le test des commissions. Il y avait la TMT et euh ... il y avait le dernier là .... Mmmmmmmh ...Très peu utilisé , enfin que moi, j'ai malheureusement très peu utilisé. Ce n'est pas le test des commissions parce que le test d'une commission n'est pas en situation réelle.

00:10:54

*Sosie:* Oui, c'est un test papier crayon.

00:10:56

*Instructeur:* Et l'autre, où vont acheter dans un bureau de tabac.

00:11:01

*Sosie:* Le test des Errances Multiples ?

00:11:03

*Instructeur:* Oui voilà.

00:11:03

*Sosie:* Donc toi à l'époque, il était à disposition dans le service.

00:11:07

*Instructeur:* Mais je ne l'ai jamais utilisé. Pour moi, c'est le bilan ergo, dans le cas d'une atteinte frontale, qui me paraît le plus adapté.

00:11:22

*Sosie:* Et en l'occurrence, tu ne l'as pas utilisé. Qu'est ce qui t'empêchait de le faire? C'était quoi? Tu mettrais quoi comme limite ?

00:11:39

*Instructeur:* Euh... comme limites ... on n'avait que le bureau de presse, là en bas.

00:11:45

*Sosie:* Déjà oui, la localisation de l'hôpital.

00:11:53

*Instructeur:* C'est plus avec l'entretien avec la famille que tu vas avoir des infos sur les permissions. Comment ça se passe? Tu vois ? Où après, dans le service, tu fais des simulations et c'est pour ça que je te disais voir en premier lieu comment il se comporte sur sa prise en charge à lui. Au niveau de la gestion des soins corporels et de ... de ..., par exemple, l'organisation d'une permission ou comment il gère son emploi du temps ou comment. Tu vois, il y a aussi toutes ces situations, qui t'indiquent. Sans faire le test des errances multiples, c'est ce qu'on faisait.

00:12:35

*Sosie:* Tu te sers des mises en situation pour évaluer, c'est de l'observation.

00:12:37

*Instructeur:* Exactement.

00:12:38

*Sosie:* Ok, d'accord.

00:12:41

*Instructeur:* Après en analytique pur, à part le TMT et le test des commissions, on faisait que ça. A l'époque, on faisait déjà ça, c'était bien parce qu'auparavant, c'était pas du tout le cas.

00:12:56

*Sosie:* Et en plus, tu m'as dit que tu te reposais quand même beaucoup, surtout ce que t'avais dit la neuropsychologue, et ce qu'elle avait fait avec eux.

00:13:02

*Instructeur:* Pour moi, c'est elle qui nous guide un petit peu.

00:13:07

*Sosie:* OK.

00:13:09

*Instructeur:* C'est une concertation. C'est ce qu'on fait en réunion. Puis à l'époque, cependant, on faisait beaucoup de réunions neuropsychos avec nos patients, c'est à dire le vendredi, on prenait tel cas de patients et on était ortho kiné pour parler de ce patient.

00:13:29

*Sosie:* Ah ouais ? Ça ils ne font plus du tout.

00:13:33

*Instructeur:* C'était indispensable parce que les traumatismes crâniens, c'est complexe. Donc, il fallait comprendre quoi tu vois et il fallait se concerter, puis avoir une réunion spécifique à la neuro psycho. Parfois, on invitait même un soignant, quand on pouvait. C'était MPR, c'était Xavier (chef de service) puisque c'était notre référent dans la psycho. Oui, mais ça, c'était après avoir fait des évaluations ou savoir comment orienter notre prise en charge avec la personne.

00:14:04

*Sosie:* Ok, donc après l'évaluation. Je me pose une question est ce que ça t'est déjà arrivé de considérer que ... parce que parfois, les prescriptions des médecins ne sont pas forcément bien faites. Et donc de considérer qu'il ne faut pas suivre la prescription du médecin. Il demande un bilan des fonctions exécutives. Est-ce que c'était déjà arrivé de considérer qu'il n'y avait pas besoin de le faire ? Et qu'est ce qui t'as fait prendre cette décision si c'était déjà arrivé ?

00:14:33

*Instructeur:* Alors ce n'est pas tellement ça le problème. Souvent, c'étaient plus des prescriptions qui n'étaient pas assez précises. Dans le cas où je ne peux pas dire : on ne veut pas évaluer les fonctions exécutives, on n'a pas besoin d'évaluer les fonctions exécutives. Si le médecin MPR qui a eu un compte rendu neuro dit qu'il faut évaluer les fonctions, et bien je le fais.

00:15:13

*Sosie:* D'accord, donc tu le fais dans tous les cas.

00:15:16

*Instructeur:* Oui oui, il faut bien une preuve de. Tu ne peux pas sur de l'observation ou sur un entretien, avoir les mêmes résultats que ce que tu as sur un bilan.

00:15:31

*Sosie:* Donc revenons à ton processus d'évaluation : tu fais ton bilan de dépistage. Tu m'as dit. Et tu creuses toujours après où quelquefois, tu t'arrêtes à ce bilan de dépistage?

00:15:48

*Instructeur:* Ben non, on creuse après. Ces réunions étaient une façon de creuser en confrontant nos différentes évaluations très spécifiques et en essayant de comprendre. Parce que on n'est pas des spécialistes de la neuro psycho et on avait vraiment besoin de comparer nos évaluations et d'échanger, de faire des hypothèses, de dire "mais alors si c'est ça, bon, ok. Cette semaine, je travaille ça et toi aussi, et soit attentif à ça." Et voilà, c'est vraiment la période où on était tous très en demande d'être un peu renforcé au niveau neuropsychologique, surtout des kinés et des aides-soignants qu'ils ne comprenaient pas toujours. Ce n'est pas facile de comprendre un traumatisme crânien sévère. Tu vois par exemple, la persévérance, aide-moi, mais euh (hésitations) ... dans les persévérations.

Enfin, quand il y a une forme de l'adhérence aussi, tu auras une....

00:17:18

*Sosie:* Un manque de flexibilité ?

00:17:21

*Instructeur:* Oui c'est ça, ce manque de flexibilité, ce n'était souvent pas facile à comprendre pour les soignants qui ont tendance, ce qui peut être normal, à trouver que ça va faire une confusion entre eux : c'est la personnalité ou l'expression des troubles. Et donc, il y a vraiment besoin souvent de faire des piqûres de rappel, aussi pour les kinés.

00:17:46

*Sosie:* Oui, oui, il pensait que c'était de l'ordre du caractère de la personne et pas de sa pathologie.

00:17:53

*Instructeur:* C'est à ça que servent les bilans, à montrer ce genre de chose.

Bon, je m'éloigne un peu.

00:17:59

*Sosie:* Ahah, mais ce n'est pas grave, c'est normal. C'est un sujet vaste. Juste une question encore dans ton choix d'évaluation est ce que tu peux considérer certains points qui pourraient interférer. Certaines choses qui pourraient te faire penser : cette évaluation-là, je ne la fais pas ce qu'elle n'est pas adaptée à

la personne et j'en choisis une autre. Est-ce que tu vois des éléments qui pourraient te pousser à agir comme ça?

00:18:34

*Instructeur:* Euh ... Le seul élément qui pourrait m'amener à ça, c'est parce que quelqu'un d'autre l'a évalué et m'en a fait part. Mais sinon, pour moi, les bilans sont primordiaux. Si je ne fais pas le bilan, tu n'as pas la réponse. Enfin, en tout cas, pour ce bilan-là, le TMT version A, version B et le test des commissions. Il faut bien que tu dédouanes des trucs. Ce n'est qu'en faisant des bilans que tu peux te dédouaner. Tu ne peux pas te fier à juste ton observation.

00:19:25

*Sosie:* Et donc, si par exemple, tout tes bilans neuropsychologiques sont bons, il n'y a pas de troubles qui apparaissent. Dans ta situation de dépistage, il n'y a pas de troubles qui apparaissent. Est-ce que tu y vas quand même en situation écologique ?

00:19:39

*Instructeur:* Oui, parce que c'est extrêmement complexe un trauma crânien et que nos bilans qui vont peut-être évaluer, on va dire des performances... euh... qui ne vont pas prendre ne compte le trouble du comportement.

00:20:03

*Sosie:* Mmmmmmmh et donc là, ça permet de l'inclure dans l'évaluation.

00:20:08

*Instructeur:* Le trouble du comportement peut venir parasiter des situations réelles.

00:20:18

*Sosie:* Oui, je vois ce que tu veux dire. Du coup, tu prends parce que oui, dans les fonctions exécutives, il y a ce versant cognitif et comportemental.

00:20:24

*Instructeur:* Exactement.

00:20:25

*Sosie:* Et toi, en évaluant en situation écologique, tu intègres cette composante. C'est hyper intéressant.

00:20:31

*Instructeur:* Tu n'es pas d'accord.

00:20:31

*Sosie:* Ah mais si je suis complètement d'accord, le fait de le faire en situation écologique, on évalue le versant comportemental qu'on ne peut pas évaluer sur un test papier crayon, ou moins.

00:20:44

*Instructeur:* Les troubles du comportement sont soumis à l'interaction avec les autres. Et du coup, entre un sujet A et un sujet B, la personne réagit différemment parce qu'a une prédisposition aux conflits ou aux agressions ou au contraire à l'apaisement. Selon l'aide-soignant qui va rentrer dans la chambre, la personne réagit différemment. Ça va forcément interférer.

00:21:23

*Sosie:* OK, donc, si je résume bien. Du coup, si tu dois évaluer les fonctions exécutives d'un patient traumatisés crâniens avant de rencontrer le patient, tu vas voir les autres professionnels pour leur demander s'ils ont déjà évalué, les conclusions qu'ils font, eux. Tu vas aussi voir l'équipe soignante. Tu rencontres la personne, tu fais son entretien initial classique pour cerner la personne, pour obtenir des informations, surtout.

00:21:53

*Instructeur:* Faire connaissance.

00:21:57

*Sosie:* Oui, créer cette relation qui va être importante dans le cadre d'un trauma crânien.

00:22:02

*Instructeur:* Puis de lui expliquer quel va être notre relation, même si on peut penser qu'il va oublier. Mais, ce n'est pas grave, c'est quelque part dans sa mémoire,

00:22:18

*Sosie:* Tu fais ensuite un peu un dépistage avec une évaluation rapide. Et après tu vas plutôt toi, en raison des conditions du service, on travaille dans un hôpital, on n'a pas le choix... Donc plutôt évaluer



sur des mises en situation, en situation écologique, dans le service. Et tu veux aussi parler avec la famille, des permissions, des Week end thérapeutiques.

00:22:41

*Instructeur:* Et comment il gère, comment il gère ses relations et comment il gère à l'échelle du service sa journée.

00:22:52

*Sosie:* Ok. Et quand tu fais ses observations lors des petites mises en situation, tu utilises un outil ou juste tu observes. Ou alors, tu as des grilles d'analyse ?

00:23:02

*Instructeur:* Non, j'observe.

00:23:02

*Sosie:* D'accord, et j'imagine qu'avec l'expériences tu as affiné ton observation.

00:23:12

*Instructeur:* *Oui bien évidemment, et puis je te dis surtout ce qui m'a aidé, c'était cette réunion interdisciplinaire neuropsych, c'est ça surtout.*

00:23:26

*Sosie:* Donc là, pour moi, c'est clair que si je devais reprendre ton rôle, là déjà j'ai une bonne trame de ce que je devrais faire avec les patients. Ok et bien merci beaucoup.

00:23:41

*Instructeur:* Et bien avec grand plaisir

## ANNEXE 9 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 3

00 :00:00

*Sosie:* L'entretien va se dérouler en deux parties, une première plus classique, et une seconde partie selon la méthode de l'instructions aux sosies. Je vais te donner une situation que toi, tu peux rencontrer dans ton travail et tu me diras comment toi, tu as l'habitude d'agir. Et moi, après je te poserai des questions, s'il y a certaines choses que je vais éclaircir, d'autres que je ne comprends pas.

00:02:19

*Instructeur :* Ok.

00:02:19

*Sosie:* Donc pour les premières questions. Est-ce que tu peux me dire en quelle année tu as obtenu ton diplôme ?

00:02:31

*Instructeur :* 2015.

00:02:31

*Sosie:* OK. Tu as combien d'années d'expérience de la pratique du l'ergothérapie auprès de patients traumatisés crâniens ?

00:02:46

*Instructeur:* 2015 aussi

00:02:51

*Sosie:* Depuis le début ?

00:02:51

*Instructeur:* Oui.

00:02:51

*Sosie:* Dans quel type de structure travailles-tu?

00:02:58

*Instructeur:* Le SMS, le secteur médico-social. C'est une équipe mobile, qui s'appelle UEROS YMCA. Mais après. Je ne sais pas si c'est important de détailler. En tout cas, c'est du médico-social, au domicile des personnes

00:03:18

*Sosie:* En moyenne, tu as combien de patients traumatisés crâniens par semaine ?

00:03:36

*Instructeur:* Par semaine .... Mmmmmmmh ... je dirai. Je viens de basculer à temps plein en ce moment, c'est un peu le bordel, mais 12 en matière d'accompagnement. 10 en accompagnement individuel et avec les groupes entre 12 et 15, en fonction des semaines. Mais si on fait une moyenne sur l'année, c'est ça oui.

00:04:02

*Sosie:* Ok, super. Est-ce que tu as des formations complémentaires à ton diplôme d'État ? Par exemple, des formations à des bilans.

00:04:11

*Instructeur:* J'ai eu DU droits et dommages d'indemnisation du préjudice corporelle et après, des petites formations : par exemple, sur le management de l'école Montessori. J'ai une formation de trois jours sur la lésion cérébrale. Pleins de petites formations, mais tu veux que je te les listes toutes ?

00:04:37

*Sosie:* Est-ce qu'il y en a qui sont en rapport avec les traumatismes crâniens ?

00:04:44

*Instructeur:* Oui, sur l'indemnisation des dommages corporels, oui, c'est lié entre autres à certains traumatisés crâniens, liés à des accidents avec un tiers. Après la formation sur la lésion cérébrale. Cela étant, on a eu dans le service une formation sur la tutelle et curatelle. Donc, c'est en lien avec la lésion cérébrale avec certains profils d'utilisateurs.

00:05:12

*Sosie:* Et les deux formations que tu viens de me citer, ce sont des formations diplômantes ou certifiantes ?

00:05:24

*Instructeur:* La seule formation diplômante c'est le diplôme universitaire sur le droit et dommages corporels. Le reste, ce sont plutôt des formations d'équipes. Mais il n'y a pas de diplôme.

00:05:44

*Sosie:* Nickel, merci ! Du coup, pour les questions un peu basiques, j'ai fait le tour de ce que je voulais être poser. Donc, là maintenant, je vais expliquer la situation d'appels.

00:06:01

*Instructeur :* Il faut que je prenne des notes ?

00:06:01

*Sosie:* Non non, elle est assez simple, elle reste très globale. Ne t'inquiète pas. Et donc, du coup moi, ce que j'aimerais bien après, c'est que tu me décrives ce que toi tu fais. En gros, si moi je dois prendre ta place demain, je sois capable de le faire et de la même manière que toi. OK ?

00:06:18

*Instructeur:* Ok, par rapport à la prise en charge ?

00:06:18

*Sosie:* Là, du coup, c'est plus sur l'évaluation. Donc, la situation est la suivante : "Nous sommes un matin classique d'un jour de travail classique. Tu arrives dans le service à 8h30, tu découvres sur ton bureau un dossier d'un nouveau patient ayant pour motif de suivi patients traumatisés crâniens avec fonctions exécutives à bilancer. Tu vas le rencontrer à 9 heures dans une demi-heure. Que fais-tu ?

00:06:47

*Instructeur :* Ok.

00:06:58

*Sosie:* Si tu veux que je te la répète, n'hésite pas. Il n'y a aucun souci.

00:06:58

*Instructeur:* Non, non. On part donc sur l'évaluation des fonctions exécutives sur un dossier qui vient juste d'arriver sur le bureau. C'est très rare dans le service, hahaha. Si j'étais dans ce cas-là, qu'est-ce que je ferai. Je prendrai connaissance du dossier, j'essaierai d'aller voir mes collègues de travail, s'il y en a qui sont présents dans l'équipe, d'aller s'informer auprès du médecin coordinateur du dossier de la personne pour avoir son parcours médical, dans quelle structure il est passé, toutes les informations, toute l'anamnèse de la situation. Pareil pour les autres professionnels. S'il y en a qui ont vu cette personne je vais aller les voir. Parce qu'entre 8h30 et 9h, c'est très court. J'essaierai de récupérer un maximum d'informations par le dossier. Je ne sais pas si le dossier est incomplet ou pas, mais par le dossier ou par les professionnels qui peuvent me donner des réponses. Alors c'est vrai que si on fait au cas par cas par rapport à notre structure. Logiquement, le médecin aurait dû voir cette personne avant avec, soit la psychologue, soit l'assistante sociale. Je pourrais donc avoir quelques petits retours. Du moins, je pourrais aller chercher les retours sur l'état de la personne et sur son projet de vie et sur son état actuel, sur ses besoins. Après, dans un second temps, entre 8h30 et 9h, je pars sur le fait que je suis en équipe mobile ou que je suis en structure, on va dire, classique et institutionnelle : un hôpital, un SSR ?

00:08:41

*Sosie:* Non, bah non. Tu travailles en équipe mobile, donc on peut décaler l'heure de rendez-vous pour que tu te rendes au domicile de la personne.

00:08:48

*Instructeur:* Ok, donc je m'adapte par rapport à mon service à moi ?

00:08:48

*Sosie:* Oui, tu fais selon ta situation, donc on peut dire que tu la rencontres à 11h.

00:08:59

*Instructeur:* D'accord, c'était pour savoir s'il fallait que je dans la peau d'un ergo en rééduc ou si je faisais par rapport à ..., c'est bien par rapport à ce qu'on fait nous actuellement, dans le service ?

00:09:08

*Sosie:* Oui. Toi ce que tu fais dans ton travail actuel.

00:09:08

*Instructeur:* Ok, ça marche. Donc, je récupère toutes les informations : donc du médecin, de l'assistante sociale et/ou de la psychologue, en fonction de la première évaluation qui a été réalisée par ces trois professionnels. Cela étant, je prends contact normalement avec la famille parce que c'est moi qui positionne les rendez-vous. On va dire que j'ai réussi à positionner le même jour une visite au domicile de la personne. Je ... comment dire ? Dans un premier temps, je ne réalise pas les évaluations. La première fois que je rencontre la personne, je préfère dans un premier temps aller me présenter, sachant que en tant qu'équipe mobile, on intervient au domicile des personnes et qu'on est dans un environnement qui est différent de celui que peut être un SSR, une clinique. . Dans un premier temps, pour que le bilan puisse se passer au mieux et que la personne soit la plus confiante possible, c'est vrai que la relation thérapeutique et la relation de confiance qui doit être créée est plus importante, je pense, que celle en clinique, où la personne sait qu'elle va être évaluée, ou qu'elle est dans une phase rééducative d'évaluation.

00:10:33

*Sosie:* Oui je comprends.

00:10:33

*Instructeur:* L'approche étant différente. Moi, personnellement, je préfère le faire en deux fois. D'abord, rencontrer la personne, échanger avec elle. Voilà, prendre en notes ses difficultés verbalisées, d'observer déjà son environnement, son milieu de vie, d'échanger avec sa famille, s'il y en a ou avec les enfants, les parents, le conjoint. Je vais récupérer un maximum d'informations qui pourront m'aider après à adapter la batterie de bilan, qui sera la plus pertinente possible ?

00:11:11

*Sosie:* Du coup, tu mets, tu récupères quel type d'information ?

00:11:17

*Instructeur:* Les éléments antérieurs au traumatisme crânien pour voir l'état de vie de la personne : ce qu'elle faisait, si elle travaillait, des hobbies, des loisirs, des occupations diverses et variées. Comment elle était organisée par rapport à son temps de travail ou alors est-ce qu'elle travaillait à temps plein ? Quel travail elle faisait exactement ? Quel était son rythme de vie ? Est-ce qu'elle vivait seule ou dans un environnement familial ? Des enfants, un conjoint ? Toutes ces informations là et après, je récupère toutes les informations post traumatismes crâniens. Et même l'entre deux en fait. Ça veut dire au travers de quelle clinique elle est passée, tout le parcours qu'elle a pu avoir ? Mais ça, ce sont des éléments qu'on essaye de récupérer plutôt auprès des professionnels. Les familles, parfois étant un peu perdues ou n'ayant pas toutes les informations, elles ne sont pas en capacités vraiment de retracer l'évolution et l'installation ou la stabilisation de certaines séquelles, ou même de les verbaliser ou d'y mettre des mots dessus. C'est vrai que les comptes rendus médicaux et les informations transmises entre professionnels du médical sont parfois plus pertinentes à ce niveau-là, sur le parcours. Donc on essaie aussi d'avoir l'avis de plusieurs personnes pour vraiment faire une évaluation la plus globale possible, en dehors des fonctions exécutives, mais sur toute la prise en charge. On récupère aussi le ressenti de la personne qu'on accompagne, de la famille, des professionnels. Parfois il y a une grande différence entre tous les discours. Donc on va récupérer les informations purement médicales et du parcours, de l'évolution de la personne. On va voir qu'est-ce qu'elle se rappelle son parcours, quelle évolution, quelles sont ces difficultés ? Elle nous retrace une journée type et éventuellement les difficultés qu'elle peut avoir sur la journée. Et à partir de là, ça nous permet de pouvoir échanger déjà avec elle sur les projets ou sur ce qui est déjà mis en place, ou ce qui serait à mettre en place dans un futur plus ou moins proche. On va dire que c'est vraiment la première fois. Enfin pour moi, c'est vraiment la première séance que je réalise.

Vraiment mettre la personne en confiance, créer avec elle du lien, pour qu'il y est une relation de confiance, sereine.

00:13:50

*Sosie:* Ouais, ok.

00:13:50

*Instructeur:* Et à partir de là, je repositionne un autre rendez-vous. Généralement, nous nos rendez-vous, c'est une fois par semaine. Je repositionne un rendez-vous la semaine d'après et en fonction des difficultés de la personne, je vais évaluer les fonctions exécutives qui ont été demandées dans la prescription.

00:14:17

*Sosie:* Du coup, en fonction des difficultés de la personne. Tu veux dire que tu appuies sur les plaintes de la personne qu'elle a pu verbaliser lors du premier entretien ?

00:14:26

*Instructeur:* Je m'appuie sur les plaintes, et sur toutes les petites observations indirectes qu'on peut percevoir dans un entretien ou un récit de vie. Toutes petites choses qui ne sont pas forcément évaluables, enfin évaluables comme quantifiables avec un bilan. Par exemple la capacité à ... là, j'ai un exemple en tête ... à voir. Est-ce que le traumatisme crânien a eu un impact sur la vue ? Est ce qu'il y a un impact aussi sur la reconnaissance et les gnosies des objets, des chiffres et des couleurs, des nombres ? Sur sa capacité motrice ? Est-ce que c'est une personne qui est capable de tenir un stylo, qui est capable d'écrire, de se tenir assis en position 30, 40min, 1 heure de temps ? C'est une personne qui est capable, qui n'est pas trop fatigable, qui est capable d'échanger aussi sur la séance. Ce qui permettra peut-être d'orienter le temps de passation des bilans : le faire ne plusieurs fois, en une seule fois. Tous ces petits éléments qu'on va pouvoir évaluer indirectement, au travers d'échanges.

00:15:51

*Sosie:* Ok, donc ce sont des choses que tu observes indirectement lors de ton premier entretien.

00:15:55

*Instructeur:* C'est ça, c'est de la qualité d'observation, qui me permettent moi d'orienter justement les bilans.

00:16:08

*Sosie:* J'ai une question, est-ce que toi tu as eu l'impression, au fil de ton expérience vu que ça fait 6 ans que tu travailles à l'YMCA, que justement ces petites observations indirectes, de t'être affiner dans cette analyse ?

00:16:20

*Speaker 1:* Bien-sûr. Chaque cas est différent et chaque situation l'est aussi. On va dire que les éléments basiques du départ, ce sont un peu étayé avec le temps. C'est vrai que ça s'est affiné, mais après dire quoi ? Je ne sais pas. C'est difficilement évaluable. On va dire les éléments basiques de la personne : sa capacité de pouvoir parler et échanger avec nous pendant une heure. Cela étant, ça s'affine avec le temps. Et puis, avec toutes les séquelles aussi induites par un traumatisme crânien qui sont vraiment vraiment uniques et au cas par cas. Suivant le degré de la lésion, et le nombre de séquelles. C'est au travers de travers de l'échange et des questions posées qu'on va réussir, indirectement en fait, sans que la personne en ait conscience qu'on va réussir déjà à faire une première analyse de la situation. C'est le but recherché, c'est induit par des questions, mais ce n'est pas vécu comme une évaluation par la personne. C'est vraiment ...c'est assez fluide pour que ça soit ressenti comme un véritable échange par la personne.

00:18:19

*Sosie:* Du coup, tu me disais que ces petits éléments que tu pouvais percevoir, par exemple la fatigabilité de la personne, après dans ton choix d'évaluation, tu le prenais en compte ?

00:18:31

*Instructeur:* Oui tout à fait.

00:18:31

*Sosie:* Et du coup, comment tu fais pour choisir, justement ? Explique-moi.

00:18:38

*Instructeur:* Je me base sur les différentes, l'état psychique, l'état moteur, l'état ... L'état cognitif de la personne, la fatigue. Tout cela va me permettre de m'orienter sur certains bilans. Par exemple, des jeunes hommes qui auraient un syndrome cérébelleux assez important pour qu'il n'y ait pas tenu de crayon possible. Tous les bilans qui vont demander l'utilisation d'un stylo. Je ne vais pas les faire passer comme le voudrait le bilan ou alors je vais utiliser sur le bilan que les parties qui me permettent d'évaluer ce qui est évaluable. C'est unique à chaque personne. C'est difficile de dire quels sont les éléments qui vont faire choisir tel ou tel bilan. Par exemple, là, on voit actuellement un jeune homme qui a eu un traumatisme crânien, le nerf optique est touché. Il a aussi des atteintes cognitives de type gnosies, que ça soit sur les chiffres, les lettres ou la dénomination des objets. Et là, se pose la question de savoir comment adapter notre bilan pour évaluer les fonctions exécutives ? Le bilan, par exemple, si on prend la MOCA ou la BREF. Des bilans papiers crayons, pour un homme qui n'est plus en capacité, qui a des grosses difficultés d'écriture due séquelles purement physiques et d'atteintes nerveuses, en plus associées à des troubles cognitifs. C'est à partir de là, qu'on va essayer d'adapter les bilans. Par rapport au processus d'accompagnement et à toute l'évolution du parcours de la personne, l'équipe mobile arrive en bout de chaîne. Après nous, y'a plus rien. Après nous ce sont les relais. Cela veut dire que les bilans et les évaluations qu'on va faire ne sont pas utilisés de la même façon que des bilans ou évaluations qu'on peut retrouver, par exemple en SSR.

00:21:10

*Sosie:* Par-là, tu entends que le bilan vous sert plus à vous ?

00:21:10

*Instructeur:* Oui, c'est ça, c'est plus pour nous, pour mettre en place des objectifs adaptés. Il ne sert pas d'évaluation dans le temps, pas autant qu'en clinique, vu qu'on travaille sur un temps qui est beaucoup plus long, entre 3 à 5 ans. On ne fait pas passer les bilans toutes les trois semaines ou mois parce qu'on ne travaille pas aussi efficacement, aussi rapidement. On ne voit pas les personnes à la même fréquence et les objectifs ne sont pas les mêmes. Les bilans nous servent au départ de l'accompagnement, vraiment à définir un profil et à définir des objectifs avec la personne. Et c'est pour cela que, généralement, on adapte plus des bilans existants pour vraiment.... Euh ... voir la globalité, des difficultés et de ce qui pourrait être compensé ou mis en place, ou travailler plutôt qu'un bilan qui servirait de point de départ pour une évolution. C'est pour cela qu'on se sert vraiment de bilans qui peuvent exister, adapté ou non à une population. Parce que ... pour les fonctions exécutives, cela peut être propre aux traumatismes crâniens. Mais on peut très bien utiliser des bilans qui sont orientés sur la personne âgée, sur l'enfant ou sur la santé mentale parce qu'il y a des éléments pertinents du bilan qu'on pourrait utiliser pour réussir à évaluer les séquelles de la personne.

00:22:47

*Sosie:* Ok.

00:22:52

*Instructeur:* Et c'est vraiment au cas par cas.

00:22:52

*Sosie:* Et finalement, c'est assez rare que tu utilises tel quel un bilan des fonctions exécutives validé, normées ?

00:23:03

*Instructeur:* Les deux seuls qu'on utilise nous, enfin le plus. C'est la MOCA et la BREF. Mais régulièrement la partie des repères spatiaux, qui sont très complexes pour les personnes par leurs difficultés motrices associées. Souvent la tenue du stylo. Ou même le problème visuel pose un problème. Pour ces parties-là, donc on s'oriente plus sur l'élaboration de stratégies, la mémoire de travail, l'attention, qui sont dans ces cas-là plus facilement évaluables. Et le côté évaluation spatiale, on va essayer de le travailler via des mises en situation. Ça nous permet vraiment de cibler le profil de la

personne en rattachant, les petits bouts de bilans sur laquelle on a évalué la personne. Parce que la personne peut avoir des capacités. Mais les autres séquelles du traumatisme crânien, qui peuvent être diverses et variées, mettent des freins à l'évaluation de la personne. La personne a quand même des fonctions qui sont préservées. Ce n'est pas parce qu'elle n'arrive pas à tenir son crayon, par exemple sur le test d'évaluation spatiale, qu'elle n'arriverait pas cognitivement parlant à le réaliser. Pour le coup, c'est plutôt le côté moteur ou le côté gestuel qui pose des problèmes. Ça on va essayer de l'analyser et de l'observer via d'autres bilan ou des mises en situation. C'est vrai que nous on travaille beaucoup avec des mises en situation, et des observations.

00:24:52

*Sosie:* Du coup, je vais redire un peu ce que tu viens de me dire pour vérifier que j'ai bien tout compris. Tu prends une trame de base qui est un bilan validé et spécifique : la MOCA ou la BREF, par exemple. Tu fais passer tous les items qui sont passables par la personne. Il y en a certains qui ne sont pas réalisables du fait d'autres séquelles qui peuvent gêner la passation. Et du coup, tu vas essayer d'évaluer ces autres éléments que tu n'as pas pu évaluer par des mises en situations.

00:00:28

*Instructeur:* Par exemple, ou via d'autres évaluations. Pas forcément le bilan de départ. Nous, on est plutôt à la recherche d'une évaluation, et d'un profil global, et pas forcément dans la réalisation du bilan.

00:00:38

*Sosie:* Donc toi, te faire une idée de la personne et de ses capacités, mais bon, en soit le type de bilan n'est pas ce qui t'intéresse le plus.

00:00:44

*Instructeur:* C'est ça : que ce soit le bilan A ou le bilan B, tant qu'on arrive à évaluer les capacités et les difficultés de la personne, c'est le principal, après pour axer notre prise en charge.

00:01:02

*Sosie:* Du coup, après tu m'as parlé de la possibilité d'utiliser des mises en situation pour compléter ton évaluation. Quand tu fais ça, quel type de mise en situation tu utilises et as-tu des outils ?

00:01:20

*Instructeur:* Le service n'a pas eu de formation particulière sur certains bilans comme pourrait être le test des errances multiples. Y en a un deuxième aussi

00:01:42

*Sosie:* Celui du gâteau au chocolat ?

00:01:42

*Instructeur:* Non, pas celui. Après oui, il y a aussi celui-là. Marie-Anne (ancienne ergothérapeute du service) a été formée, mais personne ne l'est plus. Cela étant, ce n'est pas parce qu'on n'a pas été formé qu'on ne l'utilise pas, mais on ne l'utilise pas de la même façon que voudrait la norme de certains bilans. C'est pareil pour le test des errances multiples et l'autre dont j'arrive plus à retrouver le nom .

00:02:07

*Sosie:* Le profil des AVQ ?

00:02:13

*Instructeur:* Oui voilà, c'est ça. On avait une ergo qui était aussi formé à l'époque, qui avait été formé là-dessus, mais on a gardé les trames. Les autres ergo du service n'ont pas été formés sur la passation, mais on garde certains items, certaines trames qui peuvent nous aider. Certains peuvent nous aider sur l'évaluation d'une particularité. Comme le test de l'EF2E (test du gâteau au chocolat) finalement, peut être aussi utilisé, par exemple sur la partie réalisation d'un gâteau au chocolat à partir d'une recette. Comment la personne à planifier ses actions ? Comment va s'adapter par rapport à une situation nouvelle dans un environnement qui n'est pas forcément un environnement qui est le sien ? Si on le fait à son domicile ou dans une autre cuisine, par exemple. Ça va être vraiment comment il va élaborer son plan d'action ? Mais pas forcément dans la passation du bilan, qui est vraiment le test du gâteau au chocolat + l'omelette. On s'en inspire parce que c'est nous quel est l'objectif recherché ? Qu'est-ce qu'on cherche à évaluer en fait ? Comment on y parvient ? Ça c'est vraiment aléatoire et ça dépend vraiment du profil de la personne.

00:03:28

*Sosie:* En fait, il y a plein de types de mises en situation possibles pour évaluer les fonctions exécutives. Et comment tu fais ton choix, de quelle mise en situation, pour quel patient ? Tu t'appuies sur certains éléments pour faire ton choix ?

00:03:43

*Instructeur:* Je peux m'appuyer sur les occupations de la personne. Par exemple, si on a une personne qui aime bien cuisiner, c'est un peu le standard. On va s'orienter vers l'élaboration d'une recette, d'un plat. On a aussi pas mal de jeunes, de jeunes hommes, par exemple, qui aiment pas du tout cuisiner, parce qu'à la maison c'est encore la maman qui fait à manger. Dans ce cas-là ce n'est pas forcément une mise en situation qui va être la plus adaptée parce que l'envie et la motivation de la personne va aussi entrer en compte dedans. À ce moment-là, on va essayer de partir sur une autre évaluation. Si c'est un jeune homme sportif, on va essayer de l'évaluer à travers une mise en situation qui est plutôt orientée vers le sport ou sur les déplacements, si c'est une personne qui aimait bien aller en ville, par exemple. Ou faire les magasins, on va l'évaluer sur comment il planifie sa sortie, comment il arrive à s'adapter pour trouver le trajet le plus adapté possible ? Comment il élabore son plan d'action ? On essaye quand même de prendre en compte le passé de la personne, les éléments présents, ses capacités. Est-ce qu'il est en capacité facilement de se déplacer ? Auquel cas, l'évaluation, la mise en situation des transports est plus simple ? Une personne qui est en fauteuil roulant électrique, qui habite à la campagne ou qui n'a pas un réseau de transports en commun à proximité de chez lui, on va peut-être travailler plutôt à son domicile, autour de la cuisine ou d'une autre activité sur laquelle les fonctions exécutives peuvent être évaluées. Il y en a des centaines et des milliers différentes, toutes activités nouvelles qui demandent l'élaboration d'une stratégie permet de les évaluer. Après on essaye plus de s'adapter à l'environnement de la personne et à ses capacités motrices et à ses occupations passées. C'est un peu ça qui va nous orienter. C'est aussi un échange avec la personne. Nous, on est au clair quand on fait des évaluations, en expliquant à la personne qu'on est dans un processus d'évaluation en vue de mettre en place un travail derrière. Mais c'est aussi un échange avec la personne. Les usagers sont au cœur de l'accompagnement et ont aussi leur mot à dire sur : je préfère essayer telle mise en situation, plutôt que d'autres qui peut être moins intéressante pour la personne. Il y a aussi un échange qui se fait, ce n'est pas que le choix du professionnel.

00:06:51

*Sosie:* Franchement, là, c'est plutôt clair. Je me fais une idée de comment tu évalues les fonctions exécutives de la personne. C'est top. Je ne sais pas, est-ce que toi tu as l'impression d'avoir fait le tour de ce que tu fais toi pour évaluer les fonctions exécutives ?

00:07:07

*Instructeur:* Oui, après, c'est vrai que c'est tellement au cas par cas, nous, dans notre boulot. Après en SSR j'imagine, ils ont aussi leur évaluation. Mais nous, c'est vrai qu'on a pleins de paramètres à prendre en compte. Dès qu'on touche à l'environnement personnel de la personne, on est aussi associé souvent à la famille, à tout cet environnement protecteur. On doit faire avec tout ça et on doit s'adapter. Une évaluation pour Monsieur A ne sera pas la même pour Monsieur B, ni avec les mêmes bilans, ni la même façon de le faire, ni dans la même approche. C'est très différent. C'est pour cela que cette première évaluation indirecte, on va dire plutôt orientée sur un récit de vie et sur une prise d'information générale est très importante dans la suite de la prise en charge, de comment on peut amener les bilans prodigués avec la fatigue, fatigabilité. Ça peut aussi être fait, ça m'est déjà arrivé, en trois-quatre fois parce que la personne ne peut pas tenir plus de 30 minutes sur un bilan. Donc une mise en situation, dans ces cas-là, n'est pas forcément adapté. La mise en situation, c'est bien de la faire une fois. Tous ces éléments sont à prendre en compte et à s'adapter vraiment quotidiennement sur ces éléments-là. Et après le service n'est pas forcément bien muni en formation et en dotation de bilan. Après c'est vrai qu'au travers de stagiaires et même en lien avec l'IFE (Institut de formation en ergothérapie) qui permettent d'accéder à certains bilans. Sinon, rien que le service en lui-même, actuellement, n'est pas très doté en bilan normés,



en formation même. C'est très rare les ergo qui ont été formé là-dessus, et même aux différentes approches. Moi là, je vais être formé à l'approche COOP (méthode d'intervention en ergothérapie). Ça me permet aussi d'avoir des éléments pour pouvoir plus performant. C'est vrai, on est aussi restreint par ça.

00:10:13

*Sosie* : C'est sûr, ce sont des choses à prendre en compte. Tout ce que tu dis, ce sont des choses à prendre en compte. Moi spécifiquement, mon mémoire est sur le raisonnement clinique de l'ergothérapeute quand il doit faire son choix. Et les limites de la structure, ce sont des choses à prendre en compte. C'est vrai que dans le médico-social, vous êtes encore plus limité que dans des SSR, qui sont pour certains très bien dotés en outils. Et du coup, c'est trop bien que tu en parles parce que ça va dans le sens de mon mémoire (haha).

00:10:44

*Instructeur*: Le médicosocial, c'est un gros frein. De base, on est moins bien doté que le sanitaire, de façon historique. Que ce soit en matériel, en professionnel ou de manière globale. Mais nous, on fait avec de la récup, c'est pour ça qu'on axe énormément notre travail sur de l'observation et de la mise en situation parce que ça ne demande pas d'argent, ça ne demande pas de formation, en plus de notre formation initiale d'ergothérapeute et de nos sens qui se développent, et de nos capacités d'observations qui se développent avec le temps. Mais des bilans comme la MOC ou la BREF, personne n'a été formée outre notre formation ou ce que l'on lit sur les manuels ou les textes. On s'en inspire, mais c'est sûr que dans la passation à proprement parler, ce n'est pas dans les règles. Parfois on peut utiliser le MMSE parce qu'il y a certaines particularités qui nous intéressent, qui sont à la base réalisées certains par des neuropsychologues avec une passation très particulière. Nous, on sort un peu de ces critères-là. Les seules fois où ça peut nous servir ce type de bilan, on va dire la passation de façon normée, c'est quand on doit faire des retours à des institutions, type SSR. Par exemple, on a des patients pris en charge, par exemple par le service du professeur De Boissezon et du professeur Marcq. Il est pris en charge par notre service, mais il y a aussi du suivi qui est assuré par de Boissezon, un suivi annuel. Et du coup, on fait le lien et on fait passer des comptes rendus au MPR. Dans ce cas-là, quelquefois, le fait de mettre des bilans validés et normés avec des résultats, leur permet d'avoir un regard différent, mais qui ne nous sert pas forcément en l'état sur le travail à faire, mais qui eux leur permet, grâce à des chiffres et des résultats, à se donner une image d'où en est la personne ? C'est vrai que ça permet des résultats de cerner plus rapidement, qu'en deux pages écrites de l'état d'une personne. Mais c'est vrai que sur l'équipe mobile, et en vue de la reprise de la vie sociale de la personne, la vision est différente et ce qui est évaluer est aussi différent.

00:13:43

*Sosie*: Là, franchement, on a globalement fait le tour de ce que je voulais savoir. Donc ouais, ouais, franchement moi pour l'entretien, c'est top. Tu as dit tout ce que je voulais savoir. Ça va, ça va bien m'aider.

00:13:57

*Instructeur*: Parfait. En tout cas, c'est la stricte stricte vérité (rires)

00:14:07

*Sosie* : C'est la vérité vraie (rires).

00:14:11

*Instructeur*: (Rires)

00:14:11

*Sosie* : En tout cas je voulais te remercier pour le temps que tu m'as accordé et pour les précieuses informations que tu viens de me transmettre. Merci énormément.

00:14:11

*Instructeur*: Avec plaisir

## **Résumé : Raisonnement clinique de l'ergothérapeute et élaboration du processus d'évaluation des fonctions exécutives de la personne traumatisée crânienne**

Introduction : Le syndrome dysexécutif est une séquelle fréquente d'un traumatisme crânien. Il peut constituer un obstacle majeur à la réinsertion socioprofessionnelle de la personne. L'évaluation des fonctions exécutives est donc nécessaire et constitue l'une des missions des ergothérapeutes, à toutes les phases du parcours de soin auxquelles ils interviennent. Pour cela, ils disposent de nombreux outils, mais comment font-ils leur choix ?

Objectifs : Le but de cette étude est d'examiner le raisonnement clinique des ergothérapeutes lorsqu'ils élaborent leur processus d'évaluation des fonctions exécutives chez une personne atteinte d'un traumatisme crânien. Plus spécifiquement, l'objectif de l'étude est de déterminer si ce raisonnement est dépendant de la phase à laquelle a lieu l'intervention (phase aiguë, phase subaiguë, phase chronique).

Méthodes : Pour cette étude, nous avons utilisé une méthode d'analyse qualitative. Nous avons mené des entretiens avec trois ergothérapeutes intervenant à différentes phases du parcours de soins en utilisant la méthode de l'instruction du sosie. L'analyse catégorielle de contenu réalisée à la suite des entretiens a permis de mettre en lumière la forme et le contenu du raisonnement clinique.

Résultats : Notre étude révèle des différences dans les formes et le contenu du raisonnement clinique en fonction de la phase du parcours de soins dans laquelle l'ergothérapeute intervient. Cependant, la faible population d'ergothérapeutes étudiée nous empêche de tirer des conclusions générales.

Conclusion : Le raisonnement clinique, dans toutes ses formes et contenus, permet à l'ergothérapeute de développer sa démarche d'évaluation des fonctions exécutives. Ce mode de raisonnement se construit au fil de l'expérience professionnelle et varie en fonction de la phase du parcours de soins au cours de laquelle l'évaluation a lieu.

Mots-clés : Traumatisme crânien, Raisonnement clinique, Fonctions exécutives et processus d'évaluation.

**Abstract : Clinical reasoning of the occupational therapist and development of the executive function evaluation process for a person with a traumatic brain injury**

Introduction : The dysexecutive syndrome is a frequent resort of a traumatic brain injury. It can be a major obstacle to the person's socio-professional rehabilitation. The evaluation of executive functions is one of the tasks of the occupational therapist. They have many possibilities to treat it (assessments, activity analysis), but how do they make their choice?

Objectives : The purpose of this study is to examine the clinical reasoning of occupational therapists when they develop their executive function assessment process for a person with traumatic brain injury. More specifically, the objective of the study is to determine if this reasoning is dependent on the phase of the intervention (acute phase, sub-acute phase, chronic phase).

Methods : For this study we used a qualitative analysis method. We conducted interviews with three occupational therapists intervening at different phases of the care pathway using the doppelganger instruction method. We used a categorical content analysis focused on the form and content of the clinical reasoning.

Results/Outcomes : Our study reveals differences in the form and content of clinical reasoning depending on the phase of the care process in which the occupational therapist is involved. However, the small population of occupational therapists studied prevents us from drawing general conclusions.

Conclusion : Clinical reasoning, in all its form and content, allows the occupational therapist to develop executive function assessment process. This way of thinking is built up through professional experience and varies according to the phase of the care pathway during which the evaluation takes place.

Key words : Traumatic Brain Injury, Clinical Reasoning, Executive Functions, Evaluation Process.