



**Institut de Formation en Ergothérapie PARIS**

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

(A.D.E.R.E)

52 Rue Vitruve, 75020 PARIS

**L'intérêt de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel  
(M.C.R.O) auprès des personnes anosognosiques victime d'un  
traumatisme crânien grave**



*Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E.6.5*

*S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche*

**Sous la direction de Madame Hélène FAURE**

**Anna MAURER**

**Session Juin 2021**



**Note aux lecteurs**

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné.»

## REMERCIEMENTS

**Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pu participer à la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche.**

Je remercie, tout particulièrement, **ma maitre de mémoire Madame Hélène FAURE** pour son accompagnement bienveillant, son écoute accueillant mes nombreux doutes, ces remarques constructives, et enfin de s'être rendu entièrement disponible tout au long de ce processus de recherche.

Je remercie les **cinq ergothérapeutes interrogés**, d'une part pour leur participation aux entretiens menés et pour leur intérêt porté à ma recherche, et d'autre part pour leur discours riche d'expérience.

Je remercie l'**Association Nationale Française des Ergothérapeutes (A.N.F.E)** pour leur écoute et leur aide dans l'investigation de mes recherches concernant ma phase exploratoire.

Je remercie l'ensemble de l'**équipe pédagogique de l'A.D.E.R.E** pour leur écoute, leur soutien et leur conseil présent tout au long de ces trois années de formation.

Je remercie la **bibliothécaire-documentaliste de l'A.D.E.R.E Armelle PREL** pour sa disponibilité et sa contribution à mes recherches d'article/ouvrage tout au long de cette année.

Je remercie l'**illustrateur Alexandre AMARAL**, sous le pseudonyme « Senshi », de s'être rendu disponible et investi pour la réalisation de l'illustration de ma première page de couverture.

Je remercie **mes collègues de promotion, mes amis et ma famille** pour leur présence, leur encouragement, et leur relecture.

Et pour finir, je me remercie **ma sœur Alice MAURER**, future ergothérapeute, avec qui j'ai pu partager ces trois années de formation.

## ABRÉVIATIONS

*A.D.L : Activities of Daily Living.*

**A.F.T.C I.d.F** : Associations de Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébro-lésés Ile-de-France.

**A.N.F.E** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

**A.P.T** : Amnésie Post-Traumatique.

**A.R.T.C** : Actes de la journée de l'Association Réseau Traumatisme Crânien.

**C.M.P** : Clinique Médicale et Pédagogique.

**C.M.P.A** : Centre Médical et Pédagogique pour Adolescent.

**C.N.R.T.L** : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

**C.O.M.E.T.E** : COMmunication Environnement Tremplin pour l'Emploi.

*C.O.P.M : Canadian Occupational Performance Measure*

**C.R.F.T.C** : Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien

**C.S.S.R** : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation

*D.S.M-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quatrième édition.

*E.B.I.S : European Brain Injury Society.*

**E.T.P** : Éducation Thérapeutique du Patient.

**F.A.M** : Foyer d'Accueil Médicalisé.

**F.H** : Foyer d'Hébergement.

*G.C.S : Glasgow Coma Scale.*

*G.O.A.T : Galveston Orientation and Amnesia Test.*

**H.A.D** : Hospitalisation A Domicile.

**H.D.J** : Hôpital De Jour.

*I.A.D.L : Instrumental Activities of Daily Living.*

**I.M.P.R** : Institut de Médecine Physique et de Réadaptation.



**M.A.S** : Maison d'Accueil Spécialisée.

**M.C.R.E.O** : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels.

**M.C.R.O** : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.

**M.D.P.H** : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

**M.P.R** : Médecine Physique et Réadaptation.

**O.M.S** : Organisation Mondiale de la Santé.

**S.A.M.S.A.H** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.

**S.A.V.S** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.

**S.I.F.E.F** : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

**S.M.A.R.T** : Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et Temporellement défini.

**S.O.F.M.E.R** : Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation.

**S.S.R** : Soins de Suite et de Réadaptation.

**T.C** : Traumatisme Crânien.

**T.C.C** : Traumatisme Cranio-Cérébral.

**T.C.G** : Traumatisme Crânien Grave.

**U.E.R.O.S** : Unité d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle.

**U.N.A.F.T.C** : Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébro-lésés

## TABLE DES MATIÈRES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1<sup>ÈRE</sup> PARTIE : CADRE THÉORIQUE .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>I. LE TRAUMATISME CRANIEN (T.C) .....</b>  | <b>7</b>  |
| <i>a. Définition, degré de gravité, étiologies, épidémiologie d'un traumatisme crânien</i>                            |           |
| 7   |           |
| i. La définition du traumatisme crânien.....  | 7         |
| ii. Les différents degrés de gravité du traumatisme crânien .....   | 7         |
| iii. L'étiologie du traumatisme crânien.....  | 9         |
| iv. L'épidémiologie du traumatisme crânien .....  | 10        |
| <i>b. Les séquelles du traumatisme crânien grave.....</i>   | <i>11</i> |
| i. Les troubles moteurs.....  | 11        |
| ii. Les troubles sensoriels.....  | 12        |
| iii. Les troubles cognitifs.....  | 12        |
| iv. Les troubles comportementaux.....   | 15        |
| <i>c. L'anosognosie.....</i>  | <i>17</i> |
| <i>d. Les conséquences dans les activités de vie quotidienne du traumatisme crânien grave.....</i>                    | <i>20</i> |
| <i>e. Le parcours de santé du traumatisé crânien grave .....</i>  | <i>22</i> |
| <b>II. L'ACCOMPAGNEMENT EN ERGOTHERAPIE DE LA PERSONNE ANOSOGNOSIQUE VICTIME D'UN TRAUMATISME CRANIEN GRAVE .....</b> | <b>25</b> |
| <i>a. Définition et approche en ergothérapie.....</i>   | <i>25</i> |
| <i>b. Le MCREO, un modèle conceptuel qui inspire .....</i>  | <i>26</i> |
| <i>c. Évaluation et diagnostic en ergothérapie du traumatisé crânien grave anosognosique .....</i>                    | <i>28</i> |
| <b>III. LA M.C.R.O UN OUTIL D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT OCCUPATIONNEL.....</b>   | <b>31</b> |
| <i>a. Objectifs de l'outil .....</i>  | <i>31</i> |
| <i>b. Description de l'outil : matériel, protocole de passation, feuilles de recueil de données .....</i>             | <i>32</i> |
| <i>c. Intérêts de l'outil dans le parcours de soins.....</i>  | <i>35</i> |
| i. Les apports de l'outil .....   | 35        |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| ii.   | Les limites de l'outil .....   | 36        |
| d.  | <i>Qualité de l'outil en termes de fiabilité, validité et sensibilité au changement...</i>   | 37        |
| IV.   | CONCLUSION .....   | 38        |
| <b>2<sup>ÈME</sup> PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE .....</b> |  | <b>41</b> |
| I.  | LA CONSTRUCTION DE LA METHODE DE RECHERCHE .....   | 41        |
| a.  | <i>Champ de recherche</i> .....  | 41        |
| i.  | Choix du terrain .....   | 41        |
| ii.   | Choix de la population.....  | 41        |
| iii.  | Choix des professionnels .....   | 42        |
| iv.   | Choix de l'outil d'enquête .....   | 42        |
| b.  | <i>Caractéristiques et modalités de passation de l'entretien semi-directif</i> .....   | 43        |
| i.  | Bases théoriques .....   | 43        |
| ii.   | En pratique.....   | 45        |
| c.  | <i>Modalités d'analyse des données recueillies</i> .....   | 47        |
| i.  | Bases théoriques .....   | 47        |
| ii.   | En pratique.....   | 48        |
| II.   | ANALYSE DES DONNEES DE L'ENQUETE.....  | 49        |
| a.  | <i>Thème 1 : L'intérêt de l'entretien semi-directif proposé par la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave</i> ..... | 49        |
| b.  | <i>Thème 2 : L'intérêt de la réévaluation proposé par la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave</i> .....           | 53        |
| c.  | <i>Thème 3 : L'intérêt de la passation de la M.C.R.O avec l'entourage de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave</i> .....        | 55        |
| d.  | <i>Thème 4 : Autres intérêts qu'apporte la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave</i> .....                         | 58        |
| e.  | <i>Thème 5 : L'utilisation de la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme grave, est-elle une limite ?</i> .....                    | 60        |
| <b>3<sup>ÈME</sup> PARTIE : DISCUSSION .....</b>                |  | <b>62</b> |
| I.  | CONFRONTATION DES ECRITS THEORIQUES AVEC LES ELEMENTS DU TERRAIN.....  | 62        |
| II.   | LIMITES DE L'ETUDE.....  | 71        |
| a.  | <i>Limites théoriques</i> .....  | 71        |
| b.  | <i>Limites de la population cible</i> .....  | 72        |
| c.  | <i>Limites des participants</i> .....  | 73        |



|  |           |
|--|-----------|
| d. <i>Limites de l'entretien</i> .....           | 75        |
| e. <i>Limites de l'analyse</i> .....             | 77        |
| III. VALIDATION DE L'HYPOTHESE DE RECHERCHE..... | 77        |
| <b>CONCLUSION</b> .....                          | <b>80</b> |
| <b>OUVERTURE</b> .....                           | <b>82</b> |
| <b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....         | <b>83</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....                             | <b>I</b>  |



## **INTRODUCTION**

Mon travail d'initiation à la recherche porte sur la prise en soins des personnes traumatisées crâniennes présentant une anosognosie, c'est-à-dire des personnes n'ayant pas conscience de leurs troubles (Dromer & Azouvi, 2015). Dans le cadre de la prise en soins de l'anosognosie, je m'intéresse à l'utilisation de l'évaluation de l'état occupationnel de ces personnes, plus précisément, à l'utilisation de l'outil de Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O).

L'origine de ce sujet provient, d'une part, de l'intérêt que je porte à l'étude des personnes anosognosiques, abordé dans le cadre d'un enseignement théorique en ergothérapie portant sur les traumatisés crâniens.

D'autre part, dans le cadre d'une expérience de stage, en juin 2020, au Centre Médical et Pédagogique pour Adolescent (C.M.P.A) en Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R).

Au sein de cette structure j'ai eu l'occasion, en début de séance, d'évaluer l'état occupationnel d'une patiente, Mme E, âgée de 20 ans, victime d'un traumatisme crânien grave. On notera qu'à l'issue de son traumatisme crânien grave, Mme E a eu pour principale séquelle des troubles cognitifs, notamment d'importants troubles de la mémoire (atteinte de la mémoire à long terme), de l'attention et des fonctions exécutives.

À la suite de la prise de connaissance du dossier de la patiente, je m'étais donc proposé pour la passation d'une M.C.R.O que j'avais pu étudier en amont au cours de ma formation en ergothérapie.

La M.C.R.O est une auto-évaluation semi-directive, permettant à la personne d'identifier et de prioriser par elle-même, les problèmes qu'elle rencontre dans la réalisation de ses activités de vie quotidienne.

Au cours de cette passation, en présence de l'ergothérapeute, la patiente dit ne rencontrer aucune difficulté pour chaque domaine abordé (hygiène personnelle, mobilité fonctionnelle, etc.). La suite de la passation n'a donc pas pu être réalisée (coter l'importance des problèmes rencontrés dans chaque domaine, les prioriser au nombre de cinq maximums et enfin en coter le rendement et la satisfaction). Finalement après cette évaluation, j'ai eu de nombreux questionnements, notamment : la situation serait-elle liée aux troubles mnésiques importants de Mme E ? Aurait-elle oublié les difficultés qu'elle rencontre dans ses occupations ?

Cependant, après avoir pris assez de recul sur la situation, cela m'a permis d'émettre une nouvelle hypothèse : cette situation inattendue au moment de l'évaluation, pourrait-elle montrer que Mme E n'ait aucunement conscience de ses troubles ? Et serait donc atteinte d'anosognosie ?

Au vu de mes hypothèses, mais aussi, de mes incertitudes sur cette situation, l'ergothérapeute me rappela, d'une part, qu'avant l'évaluation j'avais demandé à Mme E si elle se souvenait de moi (ayant pu assister à l'une de ses séances la veille), elle avait rétorqué : « Non. Je ne me souviens déjà plus de ce que j'ai fait hier. » (Mme E). Autrement dit, la patiente aurait conscience qu'elle a des troubles mnésiques importants, tandis que lors de l'évaluation elle n'évoqua aucunement avoir des troubles de la mémoire et qu'ils pourraient poser des problèmes dans son quotidien.

D'autre part, il s'avère que sa mémoire à court terme est plutôt bien conservée.

C'est pourquoi l'ergothérapeute proposa la pertinence d'une réévaluation de l'état occupationnel de Mme E à la suite d'une activité où elle pourrait se retrouver en grande difficulté.

Une réévaluation aurait donc pour effet d'éclaircir la situation rencontrée durant l'évaluation initiale, et permettrait de m'orienter vers l'une des hypothèses, énoncées précédemment, qui s'avèreraient les plus probables.

Lors d'une séance, j'ai donc proposé à Mme E la réalisation d'un « kit de construction en bois », une activité signifiante pour elle, étant passionnée par le bricolage manuel.

Au cours de cette activité, Mme E s'est retrouvée en grande difficulté pour suivre les étapes de la construction, notamment causé par un décrochage attentionnel : distraite par son environnement extérieur (le regard porté ailleurs, particulièrement sur les autres patients en activité).

À la suite de cette activité difficile à réaliser pour Mme E, a été mise en place la réévaluation de son état occupationnel, toujours avec l'outil de la M.C.R.O.

En résulte que d'après Mme E, elle ne rencontre toujours aucun problème pour réaliser ses occupations.

À la suite de cette réévaluation, j'ai eu de nombreux questionnements, notamment : la M.C.R.O étant un outil d'auto-évaluation, comment l'ergothérapeute peut-il réagir et intervenir face à la situation de Mme E ? Comment accompagner l'identification des

problèmes occupationnels de Mme E, tandis qu'elle n'a pas la capacité de les identifier par elle-même ?

En définitive, pour éclaircir davantage mes questionnements, tout comme approfondir et étayer ma réflexion sur cette situation, j'ai pu réaliser quelques recherches.

La littérature m'a finalement amené à construire ma réflexion autour de cette question de recherche :

**« En quoi l'utilisation de l'outil d'évaluation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O), en ergothérapie, est-elle pertinente dans le parcours de soins en Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R) de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave ? »**

Avec comme hypothèse, en réponse à ma question de recherche :

**« L'entretien semi-directif que propose la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O), serait un levier dans l'identification des problèmes occupationnels de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.»**

Pour tenter de répondre à cette question, et vérifier cette hypothèse de recherche, une première partie sera dédiée au cadre conceptuel, afin de contextualiser la recherche.

Dans une seconde partie seront exposées la méthodologie d'enquête et l'analyse des résultats de l'enquête ainsi menée.

Pour finir, dans une troisième et dernière partie seront confrontés les écrits scientifiques recensés et le discours des ergothérapeutes interrogés.

## 1<sup>ÈRE</sup> PARTIE : CADRE THÉORIQUE

### I. Le Traumatisme Crânien (T.C)

#### a. Définition, degré de gravité, étiologies, épidémiologie d'un traumatisme crânien

##### i. La définition du traumatisme crânien

Selon l'O.M.S<sup>1</sup> le traumatisme crânien ou traumatisme craniocérébral se définit par :

➔ « La survenue d'une blessure à la tête suite à un traumatisme fermé ou ouvert ou suite à un phénomène d'accélération et/ou de décélération, avec

- Altération observée ou déclarée de l'état de conscience ou une amnésie due au traumatisme
- Et/ou des manifestations neurologiques ou neuropsychologiques (objectivées par examen médical) 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,

➔ Ou la survenue du décès consécutif à un traumatisme à la tête ou un traumatisme crânien tel qu'inscrit sur le certificat de décès, le rapport d'autopsie ou le dossier médical rempli dans les circonstances du décès. » (cité par Santé Publique France, 2019)

##### ii. Les différents degrés de gravité du traumatisme crânien

Les traumatisés crâniens sont classés selon 3 degrés de gravité : grave, moyenne et légère (Ricbourg, 2006).

Depuis 20 ans, ce classement est réalisé avec *Glasgow Coma Scale (G.C.S)* ou l'échelle de coma de Glasgow décrite en 1974 par Teasdale et Jennett qui s'est universellement imposée (cité par Cohadon et al., 2008).

---

<sup>1</sup> Organisation Mondiale de la Santé

Cette échelle est un outil permettant d'évaluer l'état de conscience et la gravité globale de la situation dans laquelle se trouve la personne. Elle analyse 3 types de réponses cliniques à des stimuli conventionnels : ouverture des yeux, réponse verbale, réponses motrices (**Tabl.I**). Chacune des réponses est codifiée. Nous pouvons attribuer une échelle de 4 niveaux pour l'ouverture des yeux, 5 pour la réponse verbale et 6 pour la réponse motrice. L'addition de ses 3 scores permet d'obtenir le score de Glasgow, qui est donc compris entre 3 et 15. Le score 3 correspond à l'absence de toute réponse. Le score 15, lui, correspond aux réponses adaptées d'un sujet conscient (Cohadon et al., 2008).

|                        |   |   |
|------------------------|---|---|
| Echelle de Glasgow GCS | <i>Ouverture des yeux</i>                         |   |
|                        | - spontanée                                       | 4 |
|                        | - à l'appel ou au bruit                           | 3 |
|                        | - à la douleur                                    | 2 |
|                        | - aucune  | 1 |
|                        | <i>Meilleure réponse motrice</i>                  |   |
|                        | - volontaire, sur commande                        | 6 |
|                        | - adaptée, localisatrice                          | 5 |
|                        | - retrait, évitement                              | 4 |
|                        | - flexion stéréotypée ( <i>abnormal flexion</i> ) | 3 |
|                        | - extension stéréotypée                           | 2 |
|                        | - aucune  | 1 |
|                        | <i>Réponse verbale</i>                            |   |
|                        | - claire, orientée                                | 5 |
|                        | - confuse   | 4 |
| - incohérente          | 3   |   |
| - incompréhensible     | 2   |   |
| - aucune               | 1   |   |

Tableau I - Échelle de Glasgow GCS (Cohadon et al., 2008, p.57)

Une fois le score obtenu, un classement s'opère en 3 groupes (**Tabl. II**).

|  |           |
|--|-----------|
| Traumatismes crâniens graves ( <i>severe</i> )               | CS 3-8    |
| Traumatismes crâniens de gravité moyenne ( <i>moderate</i> ) | GCS 9-12  |
| Traumatismes crâniens légers ( <i>mild</i> )                 | GCS 13-15 |

Tableau II (Cohadon et al., 2008, p.65)

Il existe également un autre classement des traumatismes crâniens. On parle de l'Amnésie Post-Traumatique (A.P.T), elle représente « le temps écoulé entre l'accident et le retour d'une mémoire antérograde est tenu pour indice fiable permettant une évaluation quasi

quantitative de la gravité du traumatisme » (Ricbourg, 2006, p.214). L'A.P.T permet aussi de repérer trois classes de gravité sur ce seul critère (**Tabl.III**).

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Traumatismes crâniens graves    | APT > 24 h                     |
| Traumatismes de gravité moyenne | APT entre 30 min - 1 h et 24 h |
| Traumatismes crâniens légers    | APT < 20-30 min                |

*Tableau III (Cohadon et al., 2008, p.64)*

Finalement, la classification de la gravité des traumatismes crâniens avec l'A.P.T peut bien se corréliser avec le score initial de l'échelle de Glasgow. Cependant, le score de Glasgow reste actuellement la classification la plus couramment admise (Cohadon et al., 2008).

C'est la raison pour laquelle, dans ce mémoire nous nous baserons sur l'échelle de Glasgow comme référence d'évaluation du degré de gravité du T.C.

### iii. L'étiologie du traumatisme crânien

Il existe principalement deux causes au traumatisme crânien. Il y a dans un premier temps les accidents de la voie publique. Si l'on s'intéresse à l'ensemble des traumatismes crâniens toutes gravités confondues, les accidents de la route représentent un tiers des causes de traumatisme crânien. Tandis que si l'on s'intéresse uniquement aux traumatismes crâniens graves, les accidents de la route représentent la moitié, des causes de traumatisme crânien grave. (Santé Publique France, 2019).

En 2002, des politiques de sécurité routière ont été mises en place. Elles ont permis une diminution de 42% de l'incidence du traumatisme crânien suite à un accident de la route, entre 1996-2001 et 2003-2008. Alors que l'incidence du traumatisme crânien sévère n'a diminué que de 21%. (Santé Publique France, 2019).

Ces accidents concernent particulièrement les jeunes adultes (tranche d'âge 19-25ans), en particulier les hommes jeunes, ce qui pourrait expliquer une prédominance masculine chez les traumatisés crâniens (Jourdan, 2015).

Dans un second temps on retrouve le deuxième mécanisme le plus fréquent : la chute (Jourdan, 2015). La chute connaît des pics de fréquences aux deux extrémités de la vie : le plus souvent bénigne, la chute de l'enfant et le plus souvent grave, la chute de la personne âgée. (Cohadon et al., 2008).

Contrairement aux accidents de la route, l'incidence d'un traumatisme crânien suite à une chute est, elle, en augmentation, expliquée par le vieillissement de la population. (Santé Publique France, 2019).

Par ailleurs, Cohadon et al. (2008) parlent de l'apparition d'un troisième pic : l'alcoolisme aigu.

Selon Jourdan (2015) la consommation d'alcool est un facteur favorisant l'accident lui-même et serait impliquée dans 50% des cas du traumatisme crânien.

Finalement, les accidents de la circulation et les chutes sont, en France, les deux plus grandes causes de traumatisme crânien. (Cohadon et al., 2008).

On retrouve néanmoins d'autres étiologies : agressions, accident de sport ou de travail ou suicide (Bayen et al., 2012).

#### iv. L'épidémiologie du traumatisme crânien

D'après l'O.M.S, le traumatisme crânien cause chaque année dans le monde entier plus de 5 millions de morts. Néanmoins, on compte aussi des millions de personnes qui survivent à ces traumatismes, avec pour certain, des séquelles plus ou moins importantes. Le traumatisme crânien représente une réelle préoccupation de santé publique (O.M.S, 2021).

En France, on dénombre environ 150 000 traumatisés crâniens chaque année, dont 5 à 7% sont qualifiés de graves (Trouve et al., 2013) et 75 % à 90 % sont qualifiés de légers (Perroux et al., 2013). Parmi eux, environ 8 000 viendront à décéder et 30 000 conserveront des séquelles graves (Bayen et al., 2012).

De ce fait, chaque année se compte des dizaines de milliers de personnes, avec perte d'emploi, de logement, rupture des relations sociales et familiales. (Santé publique France, 2019).

Ce mémoire traitera principalement du cas des T.C graves, car cette population serait principalement sujette à un défaut de conscience de leur trouble.

### *b. Les séquelles du traumatisme crânien grave*

Chez les traumatisés crâniens toutes gravités confondues, on retrouve principalement des troubles de la mémoire, de l'attention et de l'anxiété (Santé Publique France, 2019).

« En revanche, les troubles exécutifs (flexibilité mentale, perte d'initiative, difficultés d'expression orale, etc.) ainsi que la labilité d'humeur, l'isolement social et la baisse d'affectivité sont spécifiques aux T.C modérés/graves. » (Santé Publique France, 2019).

L'origine de ces troubles peut parfois être difficile à mettre en évidence, on parle de lésion cérébrale focale, mais principalement de lésion axonale diffuse.

En effet, suite à des examens neurologiques ou neuropsychologiques routiniers l'origine n'est pas toujours détectée, alors que la personne présente des difficultés dans sa vie quotidienne, ce qui témoigne du « handicap invisible ». (Vallat-Azouvi et al., 2012).

En effet, comme le précisent les auteurs Cohadon et al. (2008), le handicap principal du T.C grave ne se situe pas au niveau moteur (ne représentant que 11% des cas). Sa spécificité repose sur les séquelles cognitives et comportementales. Ces séquelles témoignent des plus graves et des plus invalidantes.

Ce caractère « invisible » est d'ailleurs difficilement appréhendable et compréhensible pour la personne et pour sa famille ou encore pour les autres personnes qui gravitent autour de lui. (Bayen et al., 2012)

Dans ce mémoire nous allons présenter successivement les troubles moteurs, sensoriels, cognitifs, et comportementaux retrouvés chez le T.C grave.

Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, chez le T.C grave, le « handicap invisible » représente le handicap principal et des plus invalidant. C'est pourquoi les troubles faisant partie du « handicap invisible » y seront développés davantage.

#### *i. Les troubles moteurs*

Selon Lo et al. (2008), le T.C sévère peut présenter un syndrome pyramidal (atteinte de la principale voie de la motricité qui n'est plus contrôlée par le système nerveux central). Il se manifeste par un déficit moteur ou une paralysie avec la présence d'une hémiplégi<sup>2</sup> ou

---

<sup>2</sup> Perte plus ou moins complète de la motricité volontaire qui touche un hémicorps



tétraplégie<sup>3</sup>. Et également par la modification du tonus musculaire avec une diminution du tonus (hypotonie), une augmentation de tonus (hypertonie) ou encore avec une exagération du tonus de certains muscles (spasticité).

Ces mêmes auteurs parlent aussi du syndrome cérébelleux (atteinte du cervelet ou des voies allant au cervelet ou en partant). Il se manifeste par différents signes comme des troubles de l'équilibre, des difficultés à coordonner ses mouvements, des mouvements involontaires et/ ou des modifications de sa voix (troubles de l'articulation de la parole).

En revanche, chez le traumatisé crânien grave, est constaté, généralement, une bonne récupération des troubles moteurs (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).

## ii. Les troubles sensoriels

Le blessé grave peut manifester une atteinte au niveau des nerfs crâniens impliquant des troubles sensoriels. Nous retrouvons principalement des troubles visuels (baisse de l'acuité visuelle d'un œil ou cécité, troubles des mouvements des yeux, sensation d'éblouissement avec une intolérance aux lumières fortes). S'inscrivent aussi des troubles de l'ouïe (sensibilité au bruit et/ ou aux acouphènes) (Cohadon et al., 2008). Plus rarement, nous retrouvons des troubles de l'odorat (nerf olfactif) et du goût (nerf gustatif). (Lo et al., 2008).

De plus, dans certains cas sont observés des troubles de la sensibilité superficielle (tactile, thermique et douleur). Les sensations peuvent être moins bien perçues (hypoesthésies), plus du tout perçues (anesthésies) et même dans certains cas être exacerbées voir douloureuses (hyperesthésie) (Lo et al., 2008).

## iii. Les troubles cognitifs

Selon l'auteur Montel (2014) « Les séquelles cognitives incluent la perception, l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives, le langage oral, le langage écrit, le calcul,

---

<sup>3</sup> Lésion au niveau du tronc cérébral peut-être responsable d'un déficit moteur partiel ou complet des quatre membres

la représentation dans l'espace et le temps, le geste, le raisonnement, les émotions, la capacité à se connaître, à interagir avec autrui. »

Tout d'abord les auteurs Vallat-Azouvi et Chardin-Lafont (2012), parlent de troubles attentionnels fréquemment rapportés après et à distance de l'accident. Ils se manifestent par un ralentissement du traitement de l'information, un déficit de l'attention soutenue<sup>4</sup>, sélective<sup>5</sup> et/ ou divisé<sup>6</sup>.

De plus, ces troubles attentionnels peuvent être accentués par la fatigabilité de la personne. (Lo et al., 2008). D'ailleurs, 30 à 70 % des traumatisés crâniens sévère se plaignent de fatigue mentale (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).

Après un traumatisme crânien sévère, nous retrouvons aussi des troubles de la mémoire conséquents, très fréquents et durables à distance de l'accident.

Les auteurs Lo et al. (2008) ajoutent que plus d'un tiers des traumatisés crâniens graves gardes des troubles de la mémoire à distance du traumatisme.

Les troubles mnésiques chez T.C graves concernent le plus fréquemment une atteinte de la mémoire antérograde. Les troubles de la mémoire antérograde se manifestent par des difficultés d'apprentissage de nouvelles informations après la lésion. Les T.C sévères se retrouvent alors peu performants, quelles que soient les épreuves proposées (apprentissage de paires de mots, listes de mots, histoires, visages) même avec un rappel indicé.

Plus rarement se profil une atteinte de la mémoire rétrograde. Les troubles de la mémoire rétrograde se manifestent par oublis des souvenirs anciens, notamment des événements qui ont eu lieu avant la lésion. Avec une atteinte de la composante épisodique (oublis des événements personnels et autobiographiques) et sémantique (oublis des connaissances générales et les événements publics) (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).

Selon les auteurs Vallat-Azouvi et Chardin-Lafont (2012), nous retrouvons aussi très fréquemment des troubles de la mémoire à court terme, la mémoire de travail. « Le concept de mémoire de travail (ou mémoire à court terme) est décrit comme un système permettant le stockage temporaire et le traitement simultané des informations. Elle joue un rôle central

---

<sup>4</sup> Capacité à maintenir son attention de façon continue durant une longue période de temps pendant laquelle le sujet doit détecter des stimuli peu fréquents.

<sup>5</sup> Capacité à orienter son attention vers un stimulus attendu et/ou d'ignorer des stimuli non pertinents, distracteurs.

<sup>6</sup> Capacité à faire deux choses en même temps.

dans les habiletés cognitives complexes, telles que la résolution des problèmes, le raisonnement, la planification, le langage et plus généralement l'ensemble des tâches non routinières. » Son fonctionnement est d'ailleurs très proche du système de supervision attentionnel.

Une étude a montré que ce sont les aspects dits exécutifs de la mémoire de travail qui seraient déficitaires, notamment la capacité à maintenir et traiter simultanément des informations, à les contrôler et à les rafraîchir. Ainsi les troubles de la mémoire de travail font souvent l'objet de nombreuses plaintes de la victime comme de son entourage. (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).

Plus rarement encore, nous retrouvons chez le blessé grave des troubles phasiques, car leur évolution y est souvent favorable. Toutefois lorsque ces troubles sont présents, il s'agit le plus fréquemment d'aphasie anomique (manque du mot), souvent d'origine amnésique ou frontale. (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont 2012).

En revanche, nous retrouvons fréquemment des troubles de la communication, qui persistent à distance de l'accident ayant une incidence sur l'insertion sociale et professionnelle des victimes. Ils constituent ainsi un handicap social très invalidant. L'origine de ces troubles de la communication serait en corrélation avec les troubles des fonctions exécutives. En effet, ces troubles seraient impliqués dans la dimension d'initiation, d'organisation et de contrôle de l'acte de communication et de la conduite du discours. (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont 2012).

On retrouve également un rapport étroit entre les troubles de la communication et les troubles attentionnels et de la mémoire (traité précédemment). Effectivement, les troubles de l'attention partagée seraient impliqués dans la difficulté à suivre une conversation à plusieurs ; les troubles de la mémoire de travail dans la compréhension d'énoncés complexes ; les troubles de la mémoire épisodique et sémantique intervenant dans la difficulté à partager avec d'autres des expériences vécues. (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont 2012).

L'auteur Azouvi (2015) lui révèle que l'une des principales causes de handicap séquellaires du T.C grave est les troubles des fonctions exécutives.

« Les fonctions exécutives peuvent être définies par un rôle de contrôle intervenant dans les situations non familières ou complexes nécessitant la coordination de différentes actions vers

un but finalisé. Il s'agit de capacité de contrôle de haut niveau impliquant la prise de décision et l'inhibition de comportements inappropriés. » Autrement dit, ce sont des fonctions de contrôle, qui sont impliquées dans de nombreuses activités cognitives et dans la régulation comportementale. (Allain et al., 2019)

Ces troubles se caractérisent ainsi par des difficultés de contrôle de planification de l'action, de résolution de problème, de prise de décision et d'initiative ainsi que d'adaptation à la nouveauté (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont 2012). Ainsi, chez le traumatisé crânien sévère, l'altération des fonctions exécutives peut représenter une gêne essentielle. (Allain et al., 2019)

Finalement, toutes ces difficultés que rencontre le blessé grave peut avoir d'importante conséquence dans sa vie quotidienne, sur sa qualité de vie, sa réinsertion professionnelle et persister de façon chronique. (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).

Toutefois, selon Azouvi (2015), ces troubles restent évolutifs, autrement dit avec le temps, ils peuvent tendre à une amélioration.

#### iv. Les troubles comportementaux

« Les troubles du comportement constituent l'une des séquelles les plus fréquentes chez les patients victimes d'un traumatisme crânien grave. » (Luauté et al., 2015)

En effet, 50 à 70% des T.C sévères ont des troubles du comportement (Azouvi & Jourdan, 2016).

Selon certaines études ces troubles se manifestent par une irritabilité, une impatience et des problèmes de socialisation très fréquents. Ces problèmes sont d'autant plus fréquents que le T.C est grave. Ils peuvent ainsi avoir un retentissement majeur sur l'entourage de la personne, mais aussi sur la société. (Luauté et al., 2015)

Pour développer davantage en quoi consistent ces troubles du comportement, les auteurs Luauté et al., (2015) proposent un classement en deux catégories : « les troubles du comportement par excès » et « les troubles du comportement par défaut ».

Dans la catégorie des troubles du comportement par excès on retrouve principalement l'agitation et l'agressivité qui sont des troubles emblématiques du traumatisme crânien grave.

Certains auteurs caractérisent ces troubles comme une hyperactivité globale et un manque de contrôle émotionnel. (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012)

« L'agitation est définie comme un excès d'au moins 1 comportement survenant durant la phase d'altération de conscience. [...] L'agitation est décrite comme inversement proportionnelle à l'engagement dans le programme de rééducation. » (Luauté et al., 2015). Ce trouble pourrait donc faire l'objet de difficulté dans l'accompagnement du T.C grave dans son parcours de santé.

L'agressivité, elle, est définie par le *D.S.M-IV*<sup>7</sup> comme « un changement de personnalité de cause médicale générale avec différents sous-types selon le type de comportement hostile. » (cité par Luauté et al., 2015).

Dans la catégorie des troubles du comportement par défaut on retrouve principalement l'apathie. « L'apathie est un syndrome clinique caractérisé par une perte de motivation en comparaison au niveau de fonctionnement antérieur ou aux standards des personnes de même âge et de même culture. » La conséquence centrale de l'apathie est une baisse, voire même une perte de motivation (Luauté et al., 2015).

À l'inverse d'une hyperactivité globale et un manque de contrôle émotionnel, les auteurs Vallat-Azouvi et Chardin-Lafont (2012) qualifient l'apathie comme un défaut d'activation. De plus, l'apathie aurait un impact conséquent sur le sentiment d'efficacité personnelle de la personne au moment de son évaluation subjective dans l'exécution d'une tâche difficile. D'ailleurs, selon certaines études l'apathie serait souvent accompagnée de symptôme dépressif, avec notamment une perte d'intérêt et d'initiative de la personne blessée sévère (Van der Linden & Rochat, 2015).

Selon Lo et al. (2008) il est nécessaire de rappeler que le blessé n'a pas toujours bonne conscience de tous ses troubles, notamment cognitivo-comportementaux. Ces auteurs parlent de trouble anosognosique.

Ainsi nous développerons dans la partie suivante le terme d'anosognosie.

---

<sup>7</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quatrième édition, 1994

### c. L'anosognosie

Chez la personne victime d'une cérébro-lésion, une méconnaissance de ces troubles cognitifs et comportementaux est souvent identifiée. Cette méconnaissance est associée au phénomène neuropsychologique : anosognosie. (Oppenheim-Gluckman, 2014)

L'origine de l'anosognosie des troubles cognitivo-comportementaux serait en partie liée à des atteintes diffuses impliquant en particulier le lobe frontal. (Oppenheim-Gluckman, 2014 ; Dromer et Azouvi, 2015)

Pour mieux comprendre, ce terme « anosognosie » ou « anosognosis » en grec, nous pouvons le décomposer en 3 parties. La première partie constitue le préfixe « a » qui signifie en grec « sans ». La deuxième partie « nosos » qui correspond en grec à « maladie ». Et pour finir, la troisième partie « gnosis » qui signifie en grec « connaissance ». Il s'agit donc de la non-connaissance de sa maladie (Ehrlé, 2016 ; C.N.R.T.L<sup>8</sup>, 2012)

Le terme « anosognosie » a été décrit pour la première fois par le neurologue français Joseph Babinski en 1914 comme « l'absence de conscience ou la méconnaissance d'un déficit ou d'une maladie secondaire à la lésion cérébrale qui ne peut s'expliquer par un déficit sensoriel ou moteur ». (cité par Oppenheim-Gluckman, 2014)

Ce trouble se manifeste auprès de diverses pathologies suite à la survenue d'une lésion cérébrale. L'anosognosie peut être aussi bien d'ordre traumatique que vasculaire. Cependant, ce travail de recherche se réalisera autour des traumatisés crâniens graves.

D'après Dromer et Azouvi (2015) 50 à 70% des traumatisés crâniens graves sont atteints d'une anosognosie.

En 2019, l'auteur Jourdan définit l'anosognosie directement en rapport avec le traumatisme crânien : « L'anosognosie est la difficulté de prendre conscience des déficits neurologiques à la suite d'une lésion cérébrale, liée chez le patient TC en partie au déni psychologique, mais encore plus à la lésion neurologique elle-même ».

De plus, l'auteur Jourdan (2019) ajoute qu'il existerait une corrélation entre l'importance de l'anosognosie et la sévérité des difficultés exécutives.

---

<sup>8</sup> Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

L'ergothérapeute Taillefer explique que la personne anosognosique, par l'expression d'un mauvais jugement sur ces capacités à réaliser ces activités de vie quotidienne, pourrait rencontrer des difficultés au moment de s'investir dans sa prise en charge. Ainsi, l'anosognosie s'avère avoir des conséquences majeures notamment dans la réinsertion socioprofessionnelle de la personne (cité par Satti, 2015).

En définitive, l'anosognosie reste un pronostic défavorable de récupération, du fait d'un manque de coopération de la personne lors de la prise en charge. En ce sens, le degré d'anosognosie est prédictif du devenir socioprofessionnel de la personne. (Dromer & Azouvi, 2015)

De plus, selon les auteurs Dromer et Azouvi (2015) le traumatisé crânien sévère atteint d'anosognosie surestimerait ses capacités a contrario d'un traumatisé crânien modéré à léger qui a un jugement semblable à celui de ces proches.

C'est pour cela que les auteurs Vallat-Azouvi et Chardin-Lafont (2012) soulèvent l'importance de l'intervention de l'entourage dans la prise en charge de la personne, dans le but de connaître les perturbations qu'elle rencontre au quotidien.

En 1991, Prigatano et Schacter ont affirmé que « ce défaut de conscience peut s'étendre sur trois niveaux, qui vont chacun faire obstacle à une prise en charge optimale. Le premier niveau est la conscience des déficits liés au T.C (physique, cognitifs, comportementaux et émotionnels), qui est nécessaire à l'adhésion à la rééducation, notamment cognitive. Le deuxième niveau correspond à la conscience des implications fonctionnelles de ces déficits en vie quotidienne : les adaptations matérielles ou humaines, ou les délais nécessaires au retour au domicile à la reprise professionnelle peuvent être mal acceptés. Enfin, le troisième aspect concerne la capacité à se fixer des objectifs réalistes et à prédire l'état futur ou le pronostic qui va conditionner tout le projet de vie et d'accompagnement du patient. » (cité par Jourdan, 2019, p.199)

Dans ce sens, les auteurs Dromer et Azouvi (2015) affirment aussi qu'il existe trois niveaux de conscience des difficultés rencontrées par la personne anosognosique.

- « La simple connaissance des déficits (la personne est capable de déclarer quels sont les déficits) ;
- La pleine reconnaissance dans les actes de la vie quotidienne (la personne peut décrire les difficultés et se rendre compte de leur gêne fonctionnelle) ;

- Enfin l'acquisition de représentation plus abstraite des répercussions à long terme sur les activités socioprofessionnelles (la personne élabore des projets à long terme en tenant compte de l'évolution des difficultés présentées). »

En fin de compte, face à toutes ces difficultés exposées, l'auteur Oppenheim-Gluckman (2014) voit la nécessité d'accompagner la personne anosognosique en lui apportant une relation suffisamment authentique afin qu'elle puisse garder son sentiment d'identité et de valeur, de donner du sens à son existence et de retrouver une place au sein de sa famille et de la société.

Néanmoins, il est important de prendre en compte qu'il existe un diagnostic différentiel à l'anosognosie : le déni. (Oppenheim-Gluckman, 2014)

Selon Stirati-Buron et al. (2008) « Le terme de déni est souvent employé en synonyme de l'anosognosie, alors qu'il fait référence à un mécanisme de défense. »

Ainsi, ce mécanisme se doit d'être différencié de l'anosognosie :

« Le manque de conscience est un phénomène complexe qui peut refléter une anosognosie « organique » liée directement aux lésions cérébrales ou relevant d'ajustements psychologiques aux troubles neurologiques. » (Dromer et Azouvi, 2015, p.102)

Tandis que « le déni est considéré comme un mécanisme défensif visant à protéger l'individu contre l'anxiété face à des dangers externes ou internes pour le *self*. » (Dromer et Azouvi, 2015, p.102)

En 2005, Prigatano met en évidence que les personnes victimes d'un traumatisme crânien modéré à sévère ont une anosognosie des troubles cognitifs se caractérisant par un manque d'information sur eux-mêmes. Ces personnes manifestent des réactions perplexes face aux informations sur leurs déficits ou lorsqu'ils se retrouvent face à la confrontation de leurs capacités limitées dans leur quotidien. Tandis que pour le déni, ces personnes manifestent une résistance et parfois des réactions de colère au moment de la confrontation qui ne coïncide pas avec leur interprétation, on parle de l'utilisation de stratégie de l'évitement de situations anxiogènes. De plus, le déni existe aussi chez les personnes sans lésions cérébrales (cité par Dromer et Azouvi, 2015).

Néanmoins, l'anosognosie et le déni peuvent coexister, avec l'un qui prédomine plus que l'autre. (Dromer et Azouvi, 2015)



Finalement, l'anosognosie peut se présenter de manière différente d'une personne à l'autre et peut s'avérer être fluctuante au cours du temps. (Dromer et Azouvi, 2015)

En effet, d'après Vuilleumier et Vocat (2011) « aucune théorie définitive et suffisante n'a été proposée qui parvienne à expliquer toutes les facettes et les variations de l'anosognosie. » En définitive, l'anosognosie est un trouble neuropsychologique, à la fois frappant et intrigant, mais également très complexe, mal compris et trop peu étudié.

#### *d. Les conséquences dans les activités de vie quotidienne du traumatisme crânien grave*

Les séquelles consécutives d'un T.C grave exposées dans la partie précédente peuvent en effet avoir de lourde répercussion pour la réalisation des activités quotidiennes de la personne. « Nous entendons ici par activités de la vie quotidienne toutes les tâches familières sollicitant des processus cognitifs tels que l'ordonnancement séquentiel des actions, la sélection des objets ou des outils pour atteindre des buts pratiques [...] Chacun d'entre nous réalise ce type d'activité de façon journalière, avec une impression de grande facilité. » (Allain et al., 2015).

Pour plus de précision les activités de vie quotidienne ou *Activities of Daily Living (A.D.L)* se composent de l'hygiène personnelle, la mobilité, l'habillage/ déshabillage, et la prise de repas. On parle aussi *Instrumental Activities of Daily Living (I.A.D.L)* qui elles constituent des activités plus complexes et instrumentalisées. Les *I.A.D.L* comportent les courses, la cuisine, savoir s'occuper et entretenir une maison, planifier ses déplacements, gérer ses médicaments, ses finances, et les démarches administratives, l'intégration sociale et le travail. (Allain et al., 2015).

À l'aide de l'échelle *European Brain Injury Society (E.B.I.S)*, nous pouvons évaluer le score de dépendance du T.C grave dans les *A.D.L* comme dans les *I.A.D.L*. autrement dit, l'échelle *E.B.I.S* est un questionnaire ayant pour objectif d'évaluer de façon globale le score moyen de dépendance de la personne. Ce score est coté de 0 à 18 avec pour correspondance : 0 totalement indépendant et 18 totalement dépendants.

De manière globale des échelles d'évaluations de l'autonomie du T.C grave ont montré une bonne récupération pour les *A.D.L*, soit plus de 85% de ses personnes sont autonomes dans leurs activités de vie quotidienne. On observe d'ailleurs un score moyen de dépendance à l'échelle *E.B.I.S* particulièrement faible avec 2,47/18 (Allain et al., 2015).

En revanche en ce qui concerne les *I.A.D.L* de nombreux auteurs affirment que la récupération est beaucoup moins bonne avec des séquelles persistantes. Les activités quotidiennes élaborées (y compris le travail) restent pour eux difficiles à conduire de façon autonome avec un score moyen de dépendance élevée à l'échelle *E.B.I.S* : 9,18/18. Ainsi l'échelle *E.B.I.S* montre que *I.A.D.L* restent perturbées après un T.C grave avec des difficultés bien réelles (Allain et al., 2015).

D'autres auteurs Mazaux et al. (2015) affirment que moins de la moitié des traumatisés crâniens graves retrouvent une autonomie pour les actes complexes de la vie citoyenne et sociale, et 12% seront définitivement institutionnalisés.

Mais comment l'expliquer ? selon Allain et al. (2015), les perturbations sont manifestées dans les activités de vie quotidienne qui requiert des capacités de coordination des opérations multiples, la formulation de buts, la planification, l'exécution, la prise de décision, le jugement, la vérification et l'autocorrection. Ces difficultés rencontrées sont évocatrices d'un dysfonctionnement de la sphère exécutive. En effet, selon ces auteurs la réalisation des activités de vie quotidienne et les différents aspects du fonctionnement exécutif seraient intimement liés. À l'appui de cela, des études ont montré que les lésions focales pouvaient entraîner des perturbations des activités de vie quotidienne tout autant qu'un syndrome dysexécutif. Finalement, la dégradation des capacités exécutives serait la perturbation centrale du déficit affectant la réalisation des activités de vie quotidienne. Ce facteur peut donc exposer la personne à des blessures accidentelles et freiner sa productivité.

Selon les auteurs Vanier et al. (1993), la personne victime d'un T.C grave ne manifeste bien souvent qu'un intérêt réduit et n'accorde qu'une faible participation aux activités de loisirs individuelles et sociales.

En effet, les relations sociales du T.C grave sont vouées à se rétrécir, induisant une dépendance importante auprès de leurs familles.

Concernant les loisirs, ils sont très diminués, pourtant sur le plan thérapeutique ils jouent un rôle très important, car ils constituent un moyen pour la victime de développer ses ressources personnelles (intérêts, habiletés, identité personnelle, etc.) indispensables pour la reprise d'une activité professionnelle.

D'ailleurs, selon Ruet et Bercovici (2015), dans l'année qui suit un T.C sévère la reprise d'une activité professionnelle est inférieure à 50% et parmi ceux qui reprennent une activité professionnelle, ils rencontrent fréquemment des difficultés dans leur travail. De plus, des

études ont montré que le risque des séquelles augmente avec la sévérité du T.C. ainsi, se profil une corrélation entre la sévérité du traumatisme crânien et la reprise d'une activité professionnelle, travailler sera donc plus difficile pour les personnes atteintes plus sévèrement.

Finalement, les conséquences du T.C grave sur l'emploi, notamment une perte de productivité, incitent leur accompagnement multidisciplinaire pour favoriser leur réinsertion professionnelle.

### *e. Le parcours de santé du traumatisé crânien grave*

D'après le site en ligne du Ministère des Solidarités et de la Santé (2021) définit les parcours de santé comme un niveau de prise en charge « qui articule les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile. »

D'ailleurs, « le traumatisme crânien grave reste un gros pourvoyeur de pathologies neurologiques chroniques lourdes, nécessitant une prise en charge complexe, tant médicale que médico-sociale » (Bierla, 2020).

C'est pourquoi, depuis 1996 plusieurs plans ministériels ont été mis en place pour favoriser la prise en charge des patients cérébro-lésés, en particulier traumatisé crânien avec le développement de structures spécifiques. (Oppenheim-Gluckman, 2012).

Le parcours de santé de la personne à la suite d'un traumatisme crânien grave commence par la phase initiale : la prise en charge précoce, elle consiste à l'évaluation neurologique de la personne avec l'utilisation de l'échelle de coma de Glasgow. (Bayen et al., 2012). Selon S.O.F.M.E.R<sup>9</sup> (2011) il constitue la 1<sup>ère</sup> étape : « phase précoce et éveil du coma qui se déroule en réanimation. »

La sortie du coma s'accompagne d'une phase de confusion appelée amnésie post-traumatique. Le *Galveston Orientation and Amnesia Test (G.O.A.T)* pourra être alors utilisé chaque jour pour évaluer la sortie d'amnésie post-traumatique (score supérieur ou égal à 76 à trois reprises) (Bayen et al., 2012).

À la fin de phase d'éveil Cohadon et al. (2008) parle d'un début de prise de conscience de soi, la mémoire du passé se réorganise et l'accident s'intègre dans la vie du blessé.

---

<sup>9</sup> Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

Cependant, « une étude récente montre que 20% des T.C graves sortent ainsi directement au domicile sans suivi organisé. Or ces patients sont susceptibles de présenter des séquelles cognitives et comportementales sévères qui justifient d'un suivi spécifique. » (S.O.F.M.E.R, 2011).

À la sortie des soins aigus ou de réanimation peut s'enclencher la 2<sup>ème</sup> phase intitulée : « phase de rééducation active S.S.R » (S.O.F.M.E.R, 2011). Le choix d'une hospitalisation complète en S.S.R spécialisée en Médecine Physique et Réadaptation (M.P.R) ou non, sera pris selon les besoins de la personne. (S.O.F.M.E.R, 2011).

D'ailleurs, « plusieurs études démontrent l'efficacité de la rééducation sur le devenir fonctionnel et la réinsertion des patients après un traumatisme crânien sévère. » (Bayen et al., 2012). Pourtant, un grand nombre de traumatisés crâniens n'a pas accès à une prise en charge sanitaire et un accompagnement médico-social multidisciplinaire bien qu'il en soit nécessaire, en présence de séquelles significatives.

Selon S.O.F.M.E.R (2011) « La rééducation et la réadaptation des traumatisés crâniens graves doivent être assurées par des équipes multidisciplinaires, expérimentées à la fois sur le plan technique et sur le plan psychologique. ». L'équipe est composée notamment de médecins, de neuropsychologues, de psychologues, d'orthophonistes, de kinésithérapeutes d'ergothérapeutes, d'infirmiers, d'aides-soignantes, et d'assistants sociaux.

L'équipe travaille ainsi de concert afin que chaque professionnel mobilise ses compétences individuelles vers des objectifs communs. Ces objectifs communs sont : sensibiliser la personne à ces troubles, maintenir ses capacités restantes, et l'engager dans des activités socialisantes. (Cohadon et al., 2008).

L'objectif principal serait alors d'obtenir autonomie maximale du blessé pour préparer son projet d'avenir (Bayen et al., 2012).

À la fin du séjour en S.S.R s'annonce la phase de suivi et de l'organisation du projet de vie de la personne blessé. Selon S.O.F.M.E.R (2011) nous sommes situés à la 3<sup>ème</sup> étape : « phase de réadaptation-réinsertion en S.S.R et en secteur médico-social. »

À cette étape du parcours, il est important de choisir le projet de vie avec la personne et ses proches. Pour la réalisation de ce dernier, des aides peuvent être envisagées, notamment la

demande de prestation de compensation pour le handicap avec la création d'un dossier à la M.D.P.H<sup>10</sup>.

Le projet de vie de la personne peut s'orienter vers un retour à domicile, mais ce n'est pas toujours possible. Le blessé nécessite parfois un accompagnement via un réseau de soins. Il sera donc nécessaire de proposer une structure de vie institutionnelle, comme un Foyer d'Hébergement (F.H), une Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S), Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M), etc. (Bayen et al., 2012).

Concernant le projet professionnel, de nombreuses structures médicales et médico-sociales existent en faveur d'un suivi et d'une réinsertion professionnelle et/ ou sociale du blessé à sa sortie, notamment H.D.J<sup>11</sup>, H.A.D<sup>12</sup>, U.E.R.O.S<sup>13</sup>, C.O.M.E.T.E<sup>14</sup> (une mise place est possible à partir de la 2<sup>ème</sup> phase), S.A.M.S.A.H<sup>15</sup>, S.A.V.S<sup>16</sup>, etc. (Bayen et al., 2012).

« Les blessés récupèrent le plus souvent une autonomie satisfaisante pour les activités élémentaires de la vie quotidienne », néanmoins la réalisation des activités plus élaborées reste encore difficile. D'ailleurs selon Bayen et al. (2012), seulement 30% des traumatisés crâniens sévère aurait repris leur travail.

Chez les traumatisés crâniens sévères s'observent fréquemment un appauvrissement de la vie sociale, familiale et des loisirs, aboutissant à un isolement social (Bayen et al., 2012). Un accompagnement des blessés et de leur famille pourra être proposé/ envisagé via des associations d'usagers et de familles, comme l'Associations de Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébro-lésés (A.F.T.C) et leur Union Nationale (U.N.A.F.T.C).

Selon une étude, plus de 60% des personnes victimes d'un T.C grave estiment que leur état de santé n'est pas rentré dans l'ordre trois ans après l'accident. Et la moitié d'entre eux n'ont pas repris une activité professionnelle, notamment du fait des séquelles cognitives et comportementales. (Santé Publique France, 2019).

Finalement, « la prise en charge et l'accompagnement des patients traumatisés crâniens est un parcours qui s'inscrit tout au long de la vie et nécessite des réponses sanitaires et médico-sociales interconnectées. » (S.O.F.M.E.R, 2011).

---

<sup>10</sup> Maison Départementale des Personnes Handicapées

<sup>11</sup> Hôpital De Jour

<sup>12</sup> Hospitalisation A Domicile

<sup>13</sup> Unité d'Évaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale et Professionnelle

<sup>14</sup> COMMunication Environnement Tremplin pour l'Emploi

<sup>15</sup> Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

<sup>16</sup> Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Dans la partie suivante de ce mémoire, nous traiterons donc en particulier l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès des personnes anosognosique victimes d'un traumatisme crânien grave.

## **II. L'accompagnement en ergothérapie de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave**

### *a. Définition et approche en ergothérapie*

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute, « L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ».

« L'objectif de l'ergothérapie (*occupational therapy*) est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. » (A.N.F.E<sup>17</sup>, 2019).

L'ergothérapie française évolue vers une approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation, rejoignant ainsi communauté internationale des ergothérapeutes. (Caire et al., 2018).

L'occupation se définit comme « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société » (Meyer, 2013).

De plus, cette approche permet à l'ergothérapeute d'avoir la capacité de choisir avec la personne une activité signifiante et significative favorisant son engagement. (Masson & Kersalé, 2020).

Autrement dit, selon *W.F.O.T*<sup>18</sup> elle repose sur des fondements qui impliquent : participation et engagement de la personne dans ces activités humaines (cité par Masson & Kersalé, 2020).

La participation se définit comme « l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées » (Meyer, 2013).

---

<sup>17</sup> Association Nationale Française des Ergothérapeutes

<sup>18</sup> *World Federation of Occupational Therapists*

Et à son tour la notion d'engagement, se traduit par « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation. » (Meyer, 2013).

Ainsi, en France, l'ergothérapie peut s'inspirer des modèles canadiens qui ont développé cette approche « client-centrée ». Il est question notamment du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (M.C.R.E.O). (Faure et al., 2013).

De ce fait, il semble alors pertinent de définir le terme « l'occupation » du point de vue des auteurs canadiens. Ainsi, selon Townsend et Polatajko (2013), l'occupation est « un ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce que fait une personne pour s'occuper d'elle-même, y compris prendre soin de lui (soins personnels), prendre plaisir à la vie (loisirs) et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté (productivité). »

Nous retrouvons d'ailleurs ces trois composantes : soins personnels, loisirs et productivité dans le M.C.R.E.O.

### *b. Le MCREO, un modèle conceptuel qui inspire*

En 2009, Morel-Bracq définit le terme « modèle conceptuel » comme « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. »

Dans ce mémoire nous traiterons en particulier le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (M.C.R.E.O). Il « est un complément au cadre conceptuel de 1997-2002, qui décrit la vision de l'ergothérapie quant à la relation dynamique et entrelacée entre les personnes, l'environnement et l'occupation ; l'engagement indique les intérêts de l'ergothérapie, dont le rendement occupationnel, durant le parcours de vie d'une personne, et plus encore. » (Polatajko et al., 2013).

Pour mieux comprendre la démarche que propose ce modèle, il semble nécessaire d'en définir les termes qui le composent : « rendement occupationnel » et « engagement occupationnel ». Par définition, le rendement occupationnel est le « résultat d'un rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la personne, l'environnement et

l'occupation. Le rendement occupationnel évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, déterminées par la culture et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté » (Polatajko et al., 2013).

L'engagement occupationnel, lui, « est l'action de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y engager. Apporter sa contribution afin d'être, de devenir et d'appartenir, ainsi qu'effectuer ou s'adonner à des occupations. » (Polatajko et al., 2013).

En effet, l'apparition de la notion « d'engagement occupationnel » permet de définir l'ergothérapie comme « l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ; habilitier les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être ; habilitier les membres de la société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager – selon leur plein potentiel – dans les activités de la vie quotidienne » (Townsend et al., 2013). En effet, cette notion « d'habilitier » (verbe) ou « d'habilitation » (nom) est l'un des termes les plus récurrents de cette définition.

L'habilitation se retrouve au cœur de l'approche « client-centrée » et cible l'occupation. D'ailleurs, Townsend et Polatajko (2013) apportent une définition de « l'habilitier à l'occupation » : « habilitier les personnes à choisir, organiser, réaliser les occupations qu'elles considèrent utiles et significatives, dans leur environnement. »

Finalement, l'habilitation est une approche qui permet à la personne de s'engager dans ces occupations, comme elle l'y incite dans ces changements à la fois sociaux et individuels. Les auteurs parlent donc aussi « d'habilitier la personne au changement » qui est réalisée à partir de ces capacités (cognitives, affectives ou physiques) et de ses médiateurs (signifiante, motivation, champs d'intérêts et efficacité personnels) (Townsend & Polatajko, 2013).

Ces nombreuses définitions, renforce cette idée que nous avons traitée dans une partie précédente : le M.C.R.E.O se fonde intégralement sur la pratique « client-centrée » et il facilite l'engagement occupationnel des personnes qui bénéficient de son intervention.

L'objectif étant que la personne soit actrice et engagée dans ces soins. (Caire et al., 2018). Ce modèle s'intéresse aux 3 domaines occupationnels suivant : soins personnels, loisirs et productivité, qui sont « l'essence même du rendement occupationnel. » (Law et al., 2014)



Plus précisément, le modèle traite des dimensions affective, cognitive, physique et spirituelle, dans un environnement particulier, culturel et social de la personne. (Caire et al., 2018).

Toujours est-il que cette pratique demande au thérapeute de faire face à certains défis : la confiance au jugement de la personne, le pouvoir partagé, la reconnaissance de l'expertise de la personne, accepter le temps nécessaire à la pratique « client-centrée » et le manque de ressources. (Law et al., 2014)

Ainsi, selon l'auteur Lievin (2015) il reste nécessaire que dans cette démarche « client-centré », l'ergothérapeute dès le départ, établisse une relation de confiance avec la personne. Et, par la suite, il sera question de négocier avec la personne des objectifs et les moyens de les atteindre.

Pourtant, comme nous avons pu le constater dans une partie précédente, une personne atteinte d'anosognosie n'a pas toujours la capacité à se fixer des objectifs réalistes. Ainsi cette négociation d'objectifs pourrait s'avérer difficile (Jourdan, 2019).

Finalement, bien que l'ergothérapeute puisse rencontrer des difficultés dans la co-construction d'objectif réaliste avec la personne atteinte d'anosognosie, l'ergothérapeute peut solliciter/ s'appuyer sur ces compétences, notamment dans l'élaboration d'une évaluation et d'un diagnostic en ergothérapie.

### *c. Évaluation et diagnostic en ergothérapie du traumatisé crânien grave anosognosique*

Selon l'A.N.F.E (2019), l'ergothérapeute peut recourir à l'utilisation de différents outils, nous pouvons notamment citer l'évaluation.

L'ergothérapeute, évalue les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie, mais il évalue aussi, les effets psychosociaux et environnementaux qui influencent la capacité d'agir de la personne.

Les auteurs Dubois et al. (2017) parlent d'ailleurs de 4 étapes que constitue l'évaluation en ergothérapie. La première étape consiste à comprendre la personne en tant qu'être occupationnel. La seconde étape, elle, correspond à la mise en évidence des priorités occupationnelles de la personne. Dans la troisième étape, l'ergothérapeute évalue les performances occupationnelles de la personne dans son environnement. Et pour finir, la quatrième étape consiste à comprendre l'origine des difficultés occupationnelles.

L'évaluation de la personne en ergothérapie s'oriente ainsi vers une approche occupation-centrée. Elle permettra ainsi à la personne de favoriser l'engagement occupationnel au sein même de son répertoire occupationnel. (Dubois et al., 2017).

Cette démarche d'évaluation centrée sur l'occupation, se trouve d'ailleurs être la base de l'écriture du diagnostic en ergothérapie. Autrement dit, l'évaluation réalisée au préalable par l'ergothérapeute, lui permettra d'avoir toutes les clés en main pour construire un diagnostic ergothérapeutique. (Dubois et al., 2017).

D'ailleurs, d'après l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État « l'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapeutique. »

On retrouve également sur le site en ligne Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (S.I.F.E.F, s.d.) que le premier référentiel de compétences de l'ergothérapeute est « évaluer une situation et élaborer un diagnostic ».

En définitive, le diagnostic ergothérapeutique représente une partie intégrante de la pratique de l'ergothérapeute. Il semble donc nécessaire de définir ce terme.

Selon Mignet (2017) « le diagnostic ergothérapeutique fait partie du raisonnement clinique de l'ergothérapeute. C'est un processus, guidé par un modèle conceptuel ergothérapeutique, qui aboutit à la construction d'une image clinique de la personne qui va permettre de concevoir le plan d'intervention en ergothérapie. Cette image clinique s'appuie sur la synthèse des résultats de l'évaluation : elle prend en compte la complexité de la situation de handicap de la personne, et est formulée en termes de forces/ potentiels et de limites/ problèmes en regard de l'occupation. En plus de cette image clinique, le diagnostic ergothérapeutique pose également des hypothèses, et propose des bases pour résoudre les problèmes occupationnels et valorise les potentiels de la personne. Ainsi, il permet de définir les priorités d'accompagnement et de concevoir le plan d'intervention en ergothérapie. »

L'énoncé du diagnostic en ergothérapie permettrait donc de définir et d'expliquer l'état occupationnel de la personne. (Dubois et al., 2017).

L'état occupationnel est défini par ces mêmes auteurs : « l'état occupationnel d'une personne correspond à son engagement dans des occupations, à la réalisation des habiletés et des performances qui lui permettent ou non de participer à ces occupations, et à la

perception qu'elle a de cet engagement. Lorsqu'il formule l'état occupationnel d'une personne, l'ergothérapeute précise les domaines et les aspects objectifs ou subjectifs de l'occupation pris en considération. » (Dubois et al., 2017).

D'ailleurs, à la suite de l'évolution récente du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (M.C.R.O) au Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (M.C.R.E.O), une étude a pu souligner l'intérêt et l'importance de considérer l'aspect subjectif de l'état occupationnel de la personne. (Dubois et al., 2017)

De fait, l'état occupationnel de la personne serait l'objet premier du diagnostic en ergothérapie avec une démarche qui tend à se démarquer d'une approche bio-médicale centrée sur les fonctions corporelles, pour une démarche qui s'oriente davantage vers une approche centrée sur la personne type *top-down*. L'approche *top-down* est une « intervention portée directement sur les occupations de la personne avec pour but ultime d'optimiser la performance occupationnelle, quelles que soient les méthodes utilisées. » Cette approche *top-down* pourra être ainsi facilitée par l'utilisation de modèles en ergothérapie, notamment le M.C.R.E.O. (Dubois et al., 2017)

De plus, les auteurs Dubois et al. (2017) ajoutent que « le diagnostic est co-construit avec la personne, par le fait d'engager la motivation de la personne peut avoir des effets sur le plan de l'évolution clinique, de l'engagement dans le soin, de la satisfaction d'être acteur. »

Tout compte fait, « le diagnostic est le fruit d'une co-construction. » (Dubois et al., 2017).

Cette dynamique co-constructive est aussi mise en œuvre aussi en aval de la rédaction du diagnostic. Autrement dit, à la suite de la rédaction du diagnostic il pourra être revu avec la personne lors d'un temps d'échange, dont l'objectif est d'assurer le respect d'une démarche client-centré dans la communication de son diagnostic.

En somme, le diagnostic serait un moment clé dans le parcours de la personne où elle s'engage comme acteur dans son processus d'intervention (Dubois et al., 2017).

Pour l'élaboration d'un diagnostic co-construit, l'ergothérapeute peut faire appel à de nombreux outils, un des plus connus en France : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O) issue du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (M.C.R.E.O) (Dubois et al., 2017).

Selon Caire (2015) la M.C.R.O est un outil d'évaluation qui propose une entrevue semi-directive qui permet à l'ergothérapeute de se rendre disponible pour accueillir les propos de la personne. De plus, la subjectivité de cette évaluation favorise la priorisation des objectifs

et la cotation d'un niveau du rendement et de satisfaction de la personne. Dans ce cas de figure la personne a alors une nouvelle position où elle co-construit son propre projet de soins avec l'ergothérapeute (cité par Dubois et al., 2017).

Toutefois, le consentement et l'engagement de la personne s'avèrent primordiaux pour entrer dans cette dynamique co-constructive que propose le diagnostic, sans quoi cette alliance se révélera arbitraire et incomplète. (Dubois et al., 2017).

En revanche selon les auteurs Cohadon et al. (2008), il est fréquent que persistent des difficultés d'autoévaluation chez le blessé : ils n'arrivent pas à identifier leurs difficultés. Et plus particulièrement, chez les personnes atteintes d'anosognosie il y aurait une surestimation des performances concernant une évaluation internalisée<sup>19</sup> (Dromer & Azouvi, 2015). Finalement, on pourrait se questionner sur la pertinence de cet outil auprès de cette patientèle, la M.C.R.O étant une auto-évaluation subjective.

### III. La M.C.R.O un outil d'évaluation de l'état occupationnel

#### a. Objectifs de l'outil

Selon C.O.P.M<sup>20</sup> (2021), l'objectif de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O) est d'évaluer la perception de la personne à l'égard de son rendement et de son sentiment de satisfaction occupationnel, associés aux difficultés identifiées dans les domaines des soins personnels (hygiène personnelle ; mobilité fonctionnelle ; vie communautaire), de la productivité (travail rémunéré ou non ; gestion du foyer ; travail scolaire et jeu) et des loisirs (activités récréatives paisibles ; loisirs actifs ; vie sociale). Ainsi, c'est un outil d'évaluation subjectif, dont la population visée est : enfants et adolescents, adultes et aînés. Il est à noter que l'outil utilise la terminologie de « clients<sup>21</sup>».

---

<sup>19</sup> « Évaluation subjective de processus non visibles ou abstraits tels que le fonctionnement cognitif, émotionnel ou encore les capacités sociales. » (Dromer et Azouvi, 2015)

<sup>20</sup> *Canadian Occupational Performance Measure*

<sup>21</sup> En ergothérapie peuvent être des individus, des familles, des groupes, des communautés, des organismes, ou des populations qui bénéficient des services d'ergothérapie à la suite d'une recommandation directe ou un contrat, ou par tout autre service et entente de financement avec une équipe, un groupe, ou un organisme qui inclut l'ergothérapie (Townsend & Polatajko, 2013)

*b. Description de l'outil : matériel, protocole de passation, feuilles de recueil de données*

La M.C.R.O se compose d'un entretien semi-directif qui a été conçu pour déceler, à partir des propos de la personne, les changements de son rendement occupationnel qui se produisent au fil du temps, dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs.

L'évaluation procède par entrevue semi-directive et par cotation structurée (dont les scores sont significatifs pour la personne) guidée par un livret<sup>22</sup>. L'administration de la M.C.R.O s'appuie sur l'expertise et l'expérience du thérapeute dans une pratique axée sur le client et l'occupation. La base théorique de cet outil repose sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel : M.C.R.E.O (Law et al., 2014)

La durée moyenne de passation est de 20-40 minutes (la durée dépend de la personne). Cette mesure a été conçue pour être utilisée auprès de toutes patientèles, peu importe les incapacités ou les conditions. (Cantin, 2018).

Selon le site en ligne *C.O.P.M* (2021), et le livret, l'administration la M.C.R.O (Law et al., 2014) est constituée de 5 étapes :

○ **Étape 1 : Identification des problèmes occupationnels**

Cette étape consiste à définir et à identifier la nature des difficultés grâce à une écoute active lors d'un entretien semi-directif. (Law et al., 2014).

L'identification d'une difficulté se définit ainsi : une occupation qu'une personne veut réaliser, doit réaliser ou devrait réaliser, mais n'arrive pas à réaliser ou ne réalise pas à sa propre satisfaction. (Law et al., 2014).

L'entretien semi-directif, lui, se définit comme « une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes. [...] L'entretien semi-directif est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage. » (Imbert, 2010).

L'objectif étant d'établir une relation de confiance avec l'interrogé afin de recueillir son discours en s'appuyant sur un guide testé et construit. La relation de confiance créée avec la

---

<sup>22</sup> Voir Annexe I

personne reste essentielle, car elle conditionne la richesse et la densité (authenticité, pertinence) du discours de la personne. L'entrevue semi-dirigée implique donc une dynamique co-constructive avec la personne. Néanmoins, dans certains cas difficiles, la passation de l'entretien semi-dirigée avec l'entourage de la personne est possible. (Imbert, 2010).

Il est essentiel de comprendre que l'entrevue semi-dirigée n'est pas l'application d'un questionnaire ou d'un interrogatoire, au contraire la personne est libre de s'exprimer et de développer ses propos. Cela requiert pour l'interrogateur de développer une écoute attentive et soutenue de la personne. (Imbert, 2010).

D'ailleurs, dans la M.C.R.O « ce processus d'entrevue est relativement peu structuré, les ergothérapeutes doivent mettre à profit leurs compétences pour bien mener l'entrevue, obtenir des réponses complètes, vérifier des assertions et motiver les répondants afin d'obtenir l'évaluation la plus approfondie et la plus exhaustive possible. » (Law et al., 2014). En effet, l'entrevue que propose la mesure met l'accent sur l'approche client-centrée où est déterminé l'appréciation personnelle du client au lieu d'une observation objective de l'ergothérapeute.

La subjectivité, la spiritualité et l'aspect social de la personne sont pris en compte (Caire & Rouault, 2017).

La mesure rappelle d'ailleurs l'importance de fournir au client et à l'ergothérapeute l'espace nécessaire pour colliger les informations recueillies. (Law et al., 2014).

Les domaines préétablis dans la mesure permettent de simplifier et structurer la passation de l'évaluation. Cependant, l'important est d'aborder ces différents domaines au fur et à mesure que le client les mentionne, l'entrevue doit suivre le cheminement du client. « Il est important de se rappeler que la M.C.R.O cherche à recueillir la perspective du client. » Dans cette perspective, la mesure peut d'ailleurs servir d'outil de communication.

Le but essentiel de cette étape est de cibler les domaines du rendement occupationnel dans lesquels le client se retrouve en difficulté. Toutefois, il est nécessaire de passer en revue chaque domaine de telle sorte que toutes les difficultés en matière de rendement occupationnel sont relevées (Law et al., 2014).

- **Étape 2 : Cotation de l'importance des occupations**

Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, la personne doit coter l'importance qu'elles revêtent dans sa vie.

L'importance est cotée avec une échelle à dix échelons : la cote 1 correspond à « pas important du tout » et la cote 10 correspond à « extrêmement important ». (Law et al., 2014).

○ **Étape 3 et 4 : Cotation du rendement et de la satisfaction des occupations**

Il sera demandé à la personne de prioriser et de hiérarchiser jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les côtes attribuées précédemment à l'étape 2. (Law et al., 2014).

Puis il lui sera demandé de procéder à la cotation du rendement (comment coteriez-vous la façon dont vous exécutez l'activité aujourd'hui ?) et le sentiment de satisfaction (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez l'activité aujourd'hui ?) des problèmes occupationnels. (Law et al., 2014).

Du même principe que pour la 2<sup>ème</sup> étape, la cotation est réalisée avec une réglette à partir d'une échelle à dix échelons. Pour le rendement, la cote 1 correspond à « incapable d'exécuter l'activité » et la cote 10 correspond à « capable d'exécuter parfaitement l'activité ». Et pour la satisfaction la cote 1 correspond à « pas satisfait du tout » et la cote 10 correspond à « extrêmement satisfait ». (Law et al., 2014).

Toutefois, « La M.C.R.O n'est pas une mesure normative. Elle n'a pas été conçue pour évaluer l'écart dans le rendement occupationnel à partir d'une obtenue de manière empirique. » Ainsi l'approche client-centrée que propose la mesure est cohérente. (Law et al., 2014).

○ **Étape 5 : Réévaluation**

Après l'évaluation initiale, au moment jugé opportun on procède à une réévaluation.

L'intervalle qui peut s'écouler entre les deux évaluations est variable et dépend du thérapeute et de l'avis du patient.

En effet, cette étape doit être prise conjointement avec le client. (Law et al., 2014).

« La réévaluation peut être prévue vers la fin de la thérapie ou lorsqu'un changement significatif se produit. [...] La personne peut avoir le sentiment que certaines difficultés sont résolues et qu'il est prêt à s'engager dans de nouveaux objectifs à atteindre. » (Law et al., 2014).

Cette étape consiste à réévaluer le rendement, la satisfaction qui ont été identifiés lors de l'évaluation initiale. Ainsi, il sera attribué de nouveau une cote de 1 à 10. L'intérêt de la réévaluation est de déterminer si un changement s'est produit au niveau du rendement et de la satisfaction de la personne. Pour cela, il suffit de comparer les résultats de la première et

deuxième évaluation. Cette étape permet donc au thérapeute d'observer et d'analyser l'évolution de la situation de la personne (Law et al., 2014).

### *c. Intérêts de l'outil dans le parcours de soins*

#### *i. Les apports de l'outil*

Les auteurs Caire et Rouault (2017) et Morel-Bracq (2009) affirment que la M.C.R.O est facile d'accès et d'utilisation.

En effet, selon Law et al. (2014), la M.C.R.O serait facile à comprendre et contribuerait à déterminer les difficultés nécessitant une intervention.

En ce sens, cet outil d'évaluation permettrait d'identifier un plus grand nombre de difficultés en matière de rendement occupationnel que d'autres outils de mesure. (Law et al., 2014).

D'ailleurs, les personnes qui ont utilisé cet outil ont éprouvé un sentiment de valorisation en étant partenaires de leur propre réadaptation. (Law et al., 2014).

Le site en ligne de la *C.O.P.M* (2021) énonce d'ailleurs les différentes caractéristiques de l'outil :

- **« Centré sur le client »** : il utilise les mots et les évaluations de vos clients pour mesurer les résultats.
- **Facile à utiliser** : les clients et les thérapeutes intuitifs le comprennent immédiatement.
- **Largement applicable** : peut mesurer presque tous les aspects de la vie quotidienne, pour tout type de client, dans n'importe quel contexte.
- **Utile pour le dépistage initial ou la gestion de cas** : vous pouvez identifier un problème, définir un point de référence et mesurer les résultats avec le même outil.
- **Capable de mesurer l'efficacité du service** : parfait pour l'évaluation.
- **Flexible** : applicable à tous les âges et à tous les sexes et à toutes les cultures et langues.
- **Soutenu par 25 ans de recherche** : soutenu par plus de 500 études et publications scientifiques évaluées par des pairs.
- **Multi-format** : vous pouvez utiliser un stylo et du papier, ou l'application Web sécurisée.



- **Transférable** : vous pouvez l'utiliser avec tous les principaux documents électroniques.
- **Sécurisé** : réponds aux normes de confidentialité les plus strictes grâce à l'authentification à deux facteurs.
- **Utilisé dans le monde entier** : dans plus de 40 pays et dans plus de 35 langues. »

Selon Law et al., (2014), l'utilisation de la M.C.R.O auprès des personnes qui souffrent de déficience cognitive, et donc qui aurait des difficultés à répondre par eux-mêmes aux questions pourrait se voir palliée avec l'utilisation de l'outil avec le soignant de la personne en question.

De plus, toujours selon le site en ligne de la *C.O.P.M* (2021), la M.C.R.O conçu pour les ergothérapeutes il s'est révélé profitable pour les équipes multidisciplinaires. En effet, une étude démontre que la M.C.R.O pourrait faire partie intégrante d'un programme de réadaptation complexe et multidisciplinaire.

D'ailleurs, de nombreuses études ont attesté que les difficultés occupationnelles identifiées avec la M.C.R.O permettent de diffuser largement les objectifs de l'ergothérapie et seraient aussi un levier dans la communication avec les autres. (Law et al., 2014)

En 2007, Phips et Richardson ont étudié cet outil auprès de personnes cérébro-lésées montrant des améliorations significatives de la perception de la personne sur son rendement et sa satisfaction. (Caire et al., 2018).

En effet, l'outil joue un rôle d'identification des problèmes occupationnels perçus par la personne, au travers du rendement occupationnel et de la satisfaction occupationnelle, permettant à l'ergothérapeute de cibler les occupations nécessitant une intervention. Il met également en évidence les ressources de la personne et identifie les leviers de changement (Faure et al., 2013).

## ii. Les limites de l'outil

On rappelle que l'outil de la M.C.R.O doit répondre à plusieurs critères pour qu'il soit exploitable et pertinent.

Selon Law et al., une des limites pourrait être retrouvée dans « l'honnêteté du client » lors de l'entrevue. En effet, il est difficile de s'en assurer, ainsi l'ergothérapeute se doit d'être attentif à la qualité subjective de l'évaluation.

Il en est de même concernant une personne ayant une perception qui semble « erronée » par rapport à ce qu'elle accomplit. En effet, il est difficile pour l'ergothérapeute de porter un jugement sur le degré d'introspection de la personne. Néanmoins, la M.C.R.O pourrait être rempli auprès des personnes significatives dans l'entourage de la personne (Law et al., 2014).

De plus, les limites peuvent être retrouvées dans l'état général que présente la personne au moment de l'évaluation. La fatigue et les douleurs conditionnent le degré de coopération de la personne traumatisée crânienne, et ainsi jouent un rôle majeur lors d'une évaluation (Cohadon et al., 2008).

On peut retrouver notamment des limites concernant le thérapeute. En effet, les ergothérapeutes non familiarisés avec une approche centrée sur le client peuvent se sentir moins à l'aise à l'utilisation de la M.C.R.O. De plus, ces ergothérapeutes affirment que lors de la passation de cette auto-évaluation certaines personnes n'arrivaient pas identifier leurs difficultés, qui paraissent pourtant évidentes. Ils considèrent ainsi l'outil comme une source d'information non fiable. (Law et al., 2014)

Toutefois, peu d'articles traitent réellement les limites de l'outil. On pourrait alors questionner son utilisation de l'outil auprès des personnes anosognosiques victimes d'un traumatisme crânien grave.

#### *d. Qualité de l'outil en termes de fiabilité, validité et sensibilité au changement*

Tout d'abord, pour mieux comprendre définissons le terme de fiabilité. « La fiabilité d'une mesure fait référence à la capacité de celle-ci de reproduire des cotes constantes sous différentes conditions en l'absence de changement significatif chez le client. » (Law et al., 2014) Étant donné que la M.C.R.O se base sur une entrevue semi-structurée la fiabilité entre la cotation de deux différents évaluateurs ne sera pas forcément élevée. Ainsi, l'outil basera sa fiabilité sur les tests-retests (évaluation - réévaluation), qui s'avère excellent (supérieur à la limite acceptable) (Law et al., 2014).

Selon le livret de la M.C.R.O (Law et al., 2014) la validité, elle, s'établit sur différentes composantes : la validité de contenu, la validité de critère et la validité de construit.

« La validité de contenu s'appuie sur le processus d'élaboration de la mesure dont la base théorique découle du modèle canadien du rendement occupationnel. » (Cantin, 2018).

« En ce qui a trait à la validité de critère, 53 % des participants interrogés au sujet de leurs problèmes dans la vie quotidienne ont spontanément rapporté au moins un des problèmes recueillis par la M.C.R.O. » (Cantin, 2018).

Et enfin « la validité de construit a été établie par différentes études qui font état d'associations et de corrélations entre les scores obtenus à la M.C.R.O et ceux obtenus à d'autres mesures ou à d'autres outils reconnus. [...] La validité de construit s'appuie également sur des analyses multivariées qui montrent que les scores de la M.C.R.O sont liés de manière significative aux construits théoriques suivants : satisfaction relativement à la performance, retour à la vie normale et satisfaction relativement à la vie » (Cantin, 2018).

Concernant, « la sensibilité au changement huit études répertoriées entre 2001 et 2012 révèlent que l'outil est sensible aux changements qui s'opèrent au niveau du rendement occupationnel. » (Cantin, 2018).

En somme l'outil de la M.C.R.O est une mesure de résultat fiable, valide et sensible au changement. Nous pourrions cependant nous questionner sur la fiabilité et la validité de cet outil concernant les personnes anosognosiques victimes d'un traumatisme crânien grave.

#### **IV. Conclusion**

Les écrits scientifiques que j'ai pu recenser m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur mon sujet de recherche, et ainsi d'appréhender plus amplement ma question de recherche, qui nous le rappelons se formule :

**« En quoi l'utilisation de l'outil d'évaluation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O), en ergothérapie, est-elle pertinente dans le parcours de soins en Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R) de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave ? »**

En effet, à travers le cadre conceptuel j'ai pu constater qu'à la suite d'un traumatisme crânien grave les principales séquelles identifiées sont cognitivo-comportementales, on parle ainsi « d'handicap invisible ». La conséquence principale de ces séquelles est que la réalisation des activités quotidiennes complexes reste difficile à conduire de façon autonome pour la personne. La personne peut ainsi se retrouver dépendante de son entourage.

De plus, on peut constater qu'une des séquelles possibles, suite à un traumatisme crânien grave, est l'anosognosie. L'anosognosie est un trouble neuropsychologique très complexe, peu étudié et encore mal compris. Elle se caractérise par la non-conscience de ses déficits. En effet, cet écart de perception pour la personne engendre des difficultés, voire une incapacité, à se fixer des objectifs réalistes et atteignables. Ce qui pourrait contraindre une prise en charge optimale.

D'ailleurs, dans sa prise en charge l'ergothérapeute s'oriente vers une démarche centrée sur la personne et ses occupations. Pour guider cette démarche, l'ergothérapeute élabore un diagnostic ergothérapique en co-construction avec la personne, en s'appuyant sur l'outil de Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O).

La M.C.R.O est un outil composé d'un entretien semi-directif qui a été conçu pour déceler, à partir des propos de la personne, les problèmes occupationnels rencontrés, les changements de son rendement occupationnel qui se produisent au fil du temps, dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs.

Toutefois, quand est-il de l'utilisation de la M.C.R.O auprès d'une personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave ? Qu'est-ce que la M.C.R.O pourrait apporter de plus ou de différent qu'un autre outil qui évalue aussi l'état occupationnel de la personne ?

Ainsi, grâce aux réflexions que m'a apportées la littérature, j'ai pu construire mon hypothèse de recherche, qui se formule :

**« L'entretien semi-directif que propose la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O), serait un levier dans l'identification des problèmes occupationnels de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave. »**

Pourtant, ce travail sur le cadre théorique ne suffit pas à affirmer ou infirmer mon hypothèse de recherche. C'est pourquoi il est nécessaire de compléter les écrits qui ont pu être recensés



avec l'appui d'une enquête exploratoire sur la pratique des ergothérapeutes diplômés d'État.  
Ce qui accordera d'ailleurs plus d'authenticité à ma démarche de recherche.

## 2<sup>ÈME</sup> PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

### I. La construction de la méthode de recherche

#### a. *Champ de recherche*

##### i. Choix du terrain

Dans la cadre de ma recherche, il m'a paru pertinent de porter mon choix sur les ergothérapeutes exerçant dans une structure bénéficiant d'un Service de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R), accueillant les personnes victimes d'un traumatisme crânien grave.

Je me suis orientée particulièrement vers ce choix, car d'après le Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation : « Art. R. 6123-118. – L'activité de soins de suite et de réadaptation mentionnée au 5° de l'article R. 6122-25 a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique. »

Dans cette perspective, la personne est directement admise en S.S.R et obtiendrait un suivi thérapeutique complet, intensif et régulier. D'où mon intérêt à enquêter et m'enrichir de l'expérience des ergothérapeutes exerçant en S.S.R.

D'ailleurs, le S.S.R semble rassembler tous les critères nécessaires pour, accueillir au mieux une personne victime d'un traumatisme crânien grave, et pour appréhender ce trouble très complexe qu'est l'anosognosie.

Pour finir, j'ai fait le choix du S.S.R, car c'est un lieu que j'ai eu l'occasion de parcourir à mainte reprise lors de mes stages. C'est d'ailleurs, le lieu où a émergé cette situation avec Mme E, ce qui a finalement pu faire éclore une question et un travail de recherche.

##### ii. Choix de la population

Le choix de la population se porte sur les personnes anosognosiques victimes d'un traumatisme crânien grave, car cette population fait l'objet de ma recherche.

Cependant, comme nous avons pu le voir dans le cadre théorique, l'anosognosie peut se présenter de manière différente d'une personne à l'autre (Dromer et Azouvi, 2015). Ainsi, j'ai fait le choix de ne faire aucune distinction sur le mode expressif et/ ou sur l'intensité de l'anosognosie.

### iii. Choix des professionnels

Le choix des professionnels s'est orienté vers des ergothérapeutes français formés à l'utilisation de l'outil de la M.C.R.O travaillant ou ayant travaillé avec des traumatisés crâniens graves dans un S.S.R.

En effet, ma démarche de recherche traite les personnes victimes d'un traumatisme crânien grave et sur l'intérêt de la M.C.R.O, un outil ergothérapeutique. Il m'a paru évident et pertinent d'interroger des ergothérapeutes formés à l'utilisation de l'outil accompagnant cette population, dans le but d'apporter plus de fiabilité à mon enquête exploratoire.

De plus, cela me permettra de me nourrir de la richesse des expériences des ergothérapeutes et d'y confronter mes recherches théoriques.

### iv. Choix de l'outil d'enquête

Pour la réalisation de mon enquête exploratoire, je me suis orientée vers un outil qualitatif : l'entretien semi-directif.

Ma recherche s'intéresse à l'utilisation de la M.C.R.O, notamment à l'entretien semi-directif qu'elle propose, auprès de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave. En effet, mon étude aborde une situation assez particulière et complexe, avec un contexte précis. Il m'a donc paru évident d'avoir recours à un outil qualitatif tel que l'entretien semi-directif.

Cet outil qualitatif pourra d'ailleurs m'offrir un accès direct à l'expérience des ergothérapeutes à travers un échange riche et spontané. Aussi bien, cette interaction me

permettra de prendre du recul sur ma recherche et d'accueillir de nouvelles pistes de réflexion.

De plus, le choix de cet outil a pu faire échos à mon hypothèse de recherche, étant basé sur l'intérêt de l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O. Ce qui a finalement pu me conforter dans l'évidence du choix de cet outil de recherche. En effet, pouvoir vivre cette expérience me permettra de mieux en comprendre les concepts.

### *b. Caractéristiques et modalités de passation de l'entretien semi-directif*

#### *i. Bases théoriques*

L'entretien semi-directif se définit comme : « une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes (un ensemble d'implicites) constructivistes. » (Imbert, 2010, p.23).

Selon Tétreault et Guillez (2014) « l'entretien de recherche vise la compréhension du thème choisi et aide la personne à découvrir le sens de ce qu'elle dit et vit » (p.215-245). Il « permet de ressortir ce que la personne a expérimenté et d'en discuter autour d'un thème précis. » (p.215-245). Il oblige d'ailleurs à l'interactivité, à la spontanéité, à la naturel et à l'engagement, car l'interviewé ne peut pas être détaché ou insensible à son propre discours.

Cette méthode de recherche me permettra de trouver des idées et des pistes de réflexion éclairantes concernant mon hypothèse de recherche (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). En effet, on pourrait se demander quels autres aspects de la M.C.R.O les ergothérapeutes utilisent pour contribuer à l'identification des problèmes occupationnel de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

L'objectif étant d'avoir une conversation libre et très ouverte amenant à une communication centrée sur la pensée et l'expérience des interrogés (ici les ergothérapeutes). (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p.63).

De plus, « la souplesse de l'entretien semi-structuré permet de poser des questions de manière à établir des liens entre différents sujets et à approfondir davantage certains éléments énoncés. » (Tétreault et al., 2014, p.223)



Selon Combessie (2007), pour la réalisation d'un entretien semi-directif, la personne qui interroge doit disposer d'une trame de référence qu'elle doit suivre, mais qui peut évoluer en fonction des réponses des interrogées. Ce guide d'entretien est un *memento* (un pense-bête) c'est-à-dire qu'il se doit d'être facilement et rapidement consultable : détaillé et précis, mais avec des notations brèves et claires.

En ce qui concerne la durée de passation de l'entretien, la discussion autour des différents thèmes sera d'environ de 60 à 90 minutes maximum, au-delà il y aurait risque de perte d'intérêt à la conversation (Tétreault et al., 2014).

Au cours de l'entretien, la mise en place d'un cadre est nécessaire afin de se recentrer sur les objectifs de ce dernier, notamment « relancer la dynamique ou pour inciter l'interviewer à approfondir certains aspects particulièrement du thème aborder. » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p.63)

Étant donné les conditions sanitaires actuelles, il pourra être convenu d'un entretien en visioconférence (via l'application « Zoom ») ou par téléphone. Cependant, si nécessaire, je pourrais me déplacer dans la structure où travaillent les ergothérapeutes pour favoriser les échanges sur ma recherche.

Il est d'ailleurs primordial d'enregistrer l'entretien avec, au préalable, l'accord des ergothérapeutes interviewés.

De plus, les entretiens seront anonymes, les propos qui seront apportés seront utilisés uniquement dans le cadre de ce mémoire de fin d'études.

Finalement, l'entretien aura ainsi pour objectif d'enrichir et de compléter mes lectures. D'ailleurs, « il constitue l'une des phases des plus agréables et stimulantes d'une recherche : celle de découverte, des idées qui jaillissent et des contacts humains les plus riches avec des personnes qui expérimentent concrètement, dans leur vie professionnelle, sociale ou personnelle, les phénomènes que la recherche entend étudier. » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p.59).

## ii. En pratique

Pour donner suite au choix de mon outil d'enquête : l'entretien semi-directif, l'élaboration d'un guide d'entretien<sup>23</sup> a été nécessaire. Ce guide d'entretien a été conçu à partir du cadre théorique dans le courant du mois mars-avril, afin de recueillir des données qualitatives pour répondre à ma question de recherche. Il est composé de 3 questions concernant la présentation des interrogées, et de 10 questions d'entretien, accompagnées chacune de questions complémentaires.

Dans ce même temps, je me suis mise à la recherche des ergothérapeutes pouvant répondre à mes critères d'inclusion, qui nous le rappellent, sont : « je suis ergothérapeute, formé à l'utilisation de la M.C.R.O et je/ j'ai travaillé/é en S.S.R auprès des personnes victime d'un traumatisme crânien grave. »

Dans l'élaboration de cette recherche, j'ai d'abord pu faire appel à mon réseau, bâti et développé tout au long de ces 3 années de formation, notamment lors de mes stages. Par la suite, j'ai sollicité l'aide de mes collègues de promotion afin qu'ils puissent me transmettre les contacts qu'ils ont eus au cours de leur stage précédant et/ ou actuel.

Après cette récolte de contact, j'ai pu rédiger un courriel<sup>24</sup> répertoriant toutes les modalités nécessaires pour participer à l'entretien.

Pour optimiser mes chances de réponses aux courriels envoyés, j'ai réalisé des relances courriel chaque semaine, tout comme des appels téléphoniques afin que les personnes concernées puissent prendre en considération les courriels envoyés en amont.

À nouveau pour maximiser mes chances, j'ai élargi mes recherches au-delà de l'île de France. J'ai ensuite contacté par courriel et par téléphone l'A.N.F.E afin qu'il puisse m'épauler dans mes recherches. Et pour finir, j'ai publié ma demande sur le réseau social *Facebook*, à plusieurs reprises, sur différents groupes constitués uniquement d'étudiants en ergothérapie et d'ergothérapeutes professionnels.

Finalement, 5 ergothérapeutes ont répondu favorablement à ma demande.

L'anonymat a été assuré pour chacun des ergothérapeutes interrogés, les propos apportés lors des entrevues ont été enregistrés, avec leur accord, et sera utilisé uniquement dans le cadre de ce mémoire de fin d'étude.

---

<sup>23</sup> Voir Annexe II

<sup>24</sup> Voir Annexe III

Pour faire demeurer l'anonymat des 5 ergothérapeutes interrogés pour cette enquête, j'ai choisi de les nommer sous l'appellation suivante : E1 ; E2 ; E3 ; E4 ; E5.

Le tableau ci-dessous répertorie les informations concernant les 5 ergothérapeutes interrogés.

|                              | <b>E1 (F)</b>   | <b>E2 (F)</b>   | <b>E3 (F)</b>   | <b>E4 (H)</b>   | <b>E5 (F)</b>  |
|------------------------------|---|---|---|---|--|
| <b>Date de l'entretien</b>   | 19/04/2021  | 20/04/2021  | 22/04/2021  | 23/04/2021  | 28/04/2021   |
| <b>Type d'entretien</b>      |  |  |  |  |   |
| <b>Durée de l'entretien</b>  | 45 min 22   | 1 h 14 min  | 1 h 05 min  | 32 min 19   | 42 min 53  |
| <b>Année du diplôme</b>      | 2019  | 2020  | 1989  | 2013  | 2004   |
| <b>Lieu d'exercice S.S.R</b> | Clinique Médicale et Pédagogique (C.M.P) en Île-de-France.                        | Clinique Médicale et Pédagogique (C.M.P) en Île-de-France.                        | Institut de Médecine Physique et de Réadaptation (I.M.P.R) hors Île-de-France.    | Institut de Médecine Physique et de Réadaptation (I.M.P.R) hors Île-de-France.      | <sup>25</sup> Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (C.S.S.R) en Île-de-France |
| <b>Années d'expérience</b>   | 1 an ½  | 8 mois  | 32 ans  | 7 ans   | 14 ans   |

<sup>25</sup> E5 exerce actuellement en libéral en Île-de-France auprès d'une autre population.

|  |   |   |  |   |                                 |
|--|---|---|--|---|---------------------------------|
| <b>auprès des personnes T.C.G</b>                        |   | (en sept. dernier)                                  |  |   |                                 |
| <b>Années de formation à l'utilisation de la M.C.R.O</b> | Formée depuis 2020 (6 mois en nov. dernier) | Formée depuis 2020 (7 mois en oct. dernier)         | Formée depuis 2001 (20 ans)  | Formé depuis 2014 (7 ans)   | Formée depuis 2016 (5 ans)      |
| <b>Type de formation M.C.R.O reçu*</b>                   | Formation initiale à la M.C.R.O             | Formation continue par ses collègues formés M.C.R.O | Formation initiale à la M.C.R.O, est actuellement formatrice M.C.R.O | Formation continue par la formatrice M.C.R.O E3 (équivalent à une formation initiale) | Formation initiale à la M.C.R.O |

*Tableau I – Profil des ergothérapeutes interrogés - F (Femme) et H (Homme)*

### *c. Modalités d'analyse des données recueillies*

#### *i. Bases théoriques*

En premier lieu, l'entretien se doit d'être retranscrit intégralement et relu plusieurs fois afin de s'en imprégner (Tétreault et al., 2014).

Selon Van Campenhoudt et Quivy (2011) la meilleure manière d'exploiter les entretiens exploratoires serait « d'écouter et réécouter les enregistrements les uns après les autres, à noter les pistes et les idées, à mettre en évidence les contradictions internes et les divergences de points de vue et à réfléchir à ce qu'il pourrait bien révéler ». Il réside aussi dans la relecture de mes notes pour en dégager les pistes d'investigation les plus intéressantes (p.70).

Il sera nécessaire d'apporter une structure aux résultats obtenus en mettant en évidence et en regroupant les idées principales et les idées complémentaires (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p.72).

Il apparaît donc le terme de « codage » qui est le fait « d'associer un sens aux mots de la personne interrogée ». Ici le codage sera fait selon un « modèle ouvert » avec aucune catégorie préétablie. Néanmoins, il reste essentiel de classer les idées obtenues de l'entretien par codage, car c'est une étape clé de l'analyse et cette étape permet aussi un premier déblayage. (Tétreault et al., 2014, p.234).

Lorsque le codage sera terminé s'engage l'étape d'analyse et d'interprétation de l'entretien. (Tétreault et al., 2014, p.234).

De ce fait, « Chaque entretien peut être décodé en tant que processus au cours duquel l'interlocuteur exprime sur lui-même une vérité plus profonde que celle qui est immédiatement perceptible. » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p.77).

## ii. En pratique

Pour rappel, dans le cadre de mon analyse des données le « codage » est réalisé selon le « modèle ouvert » avec aucun thème préétabli.

Pour l'analyse de ces 5 entretiens, j'ai d'abord effectué une relecture de mes notes prises durant les entretiens, et réécouté les enregistrements de chacun d'entre eux.

Ensuite, j'ai retranscrit chaque entretien. Le contenu intégral de l'entretien avec l'E4 est d'ailleurs disponible en annexe<sup>26</sup>.

Après cette retranscription, j'ai entamé une première lecture des 5 entretiens, puis une seconde où j'ai pu relever les éléments clés qui m'ont paru essentiels dans le cadre de ma question de recherche. J'ai ensuite classé les propos similaires et divergents de chacun d'entre eux.

Finalement, j'ai pu en dégager les 5 thèmes suivants :

- L'intérêt de l'entretien semi-directif proposé par la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

---

<sup>26</sup> Cf. Annexe III

- L'intérêt de la réévaluation proposé par la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.
- L'intérêt de la passation de la M.C.R.O avec l'entourage de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.
- Autres intérêts qu'apporte la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.
- L'utilisation de la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave, est-elle une limite ?

Après avoir établi ces thèmes, j'ai réalisé un tri des citations que me semblent les plus pertinentes à étudier dans le cadre de ma recherche.

Pour finir, j'ai fait le choix d'analyser mes résultats de recherche par thème et non pas par question. En effet, avec du recul, certaines questions se sont finalement avérées peu pertinentes. De plus, nous le rappelons, l'entretien semi-directif a pour objectif d'être une conversation libre et très ouverte amenant à une communication centrée sur les pensées et les expériences des ergothérapeutes interrogés (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p.63). Ainsi, dans cette dynamique libre et ouverte, je me suis souvent retrouvé face à une réponse de l'ergothérapeute suite à une question que j'ai posée, alors que cette même réponse était attendue pour la question précédente ou une question suivante par exemple.

## II. Analyse des données de l'enquête

### *a. Thème 1 : L'intérêt de l'entretien semi-directif proposé par la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave*

Au cours de mes entretiens E1, E2, E3 et E4 ont chacun trouvé un intérêt dans l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

Tout d'abord E1, E2, E3 et E4 y trouvent de l'intérêt dans l'espace qui est laissé à la parole de la personne. Cet espace pourrait jouer en faveur du cheminement, voire de la verbalisation

de la personne sur ces problèmes occupationnels. L'entretien semi-directif permettrait donc d'entrer dans une dynamique de co-construction avec la personne.

E1 affirme que « lors de l'entretien, potentiellement, il y a plus de choses qui vont ressortir. Ça donne du sens parce que c'est lui qui a la parole, c'est lui qui va apporter des choses et donc l'entretien pourrait faire découler des ou d'autres problèmes occupationnels. »

Sur cette même idée, E2 trouve que « chez le patient anosognosique, l'entretien semi-directif peut lui permettre de se libérer ou en tout cas de poser des questions et de se livrer. »

Elle complète sur le fait que l'entretien semi-directif « va vraiment permettre de mettre en évidence des difficultés auxquelles on n'aurait jamais pu penser. »

En revanche E2 affirme qu'il est nécessaire « aussi l'aiguiller sur ces moments de vie pour l'amener à verbaliser des choses dans un cadre sécurisé et rassurant. On donne quand même une direction au patient sans en dire trop, ça pour moi c'est le point fort de la M.C.R.O. »

Finalement, elle conclut par : « on travaille ensemble, on est accompagnateur et c'est lui qui est acteur, parce que c'est sa parole. »

E4 ajoute que : « c'est aussi à nous de mener l'entretien et d'accompagner la personne à exprimer ses difficultés, donc même avec son anosognosie. »

Il tient à préciser que « le semi-directif, ça laisse un minimum de souplesse pour s'entretenir avec le patient et de le laisser s'exprimer, mais nous, ça nous garantit aussi le fait de nous recentrer quand même sur la définition des objectifs thérapeutiques et de ne pas laisser une entière liberté sur les réponses, ou en tout cas de pouvoir guider le type de réponse. »

Il finit par en tirer la même conclusion que E2 : « c'est vraiment l'idée, « bâtir ensemble » le projet de soins en ergothérapie. »

Pour E3 « l'entretien semi-directif c'est sérieux, ce n'est pas un petit entretien bien sympathique, il est empathique. Il ne va pas nous laisser aller là où on n'aurait pas de terrain de jeu. La M.C.R.O est tellement directive, tellement bien guidée qu'elle va vous faire faire de l'entretien motivationnel sans en avoir l'air. » D'ailleurs, pour illustrer, E3 a pris l'exemple de notre entretien : « dans notre entretien, vous avez une petite longueur d'avance, vous m'amener où vous voulez aller et à la fois vous focaliser votre attention sur moi, vous aller plus loin ou vous m'arrêter quand vous m'avez perdu. »

De plus, pour que ça soit plus clair E3 amène des précisions sur le principe de l'entretien motivationnel : « c'est un des éléments des 40 heures d'E.T.P<sup>27</sup>, on reformule jusqu'à trouver des objectifs atteignables. » Elle ajoute d'ailleurs que l'on peut faire le lien entre l'entretien semi-directif et l'entretien motivationnel : « la M.C.R.O est basée sur un entretien semi-directif, et l'entretien motivationnel est un entretien semi-directif. Donc je me sers de mon apprentissage supplémentaire en entretien motivationnel pour améliorer la passation de la M.C.R.O. »

Finalement, E3 couple sa compétence d'ergothérapeute en E.T.P pour améliorer la passation de l'entretien semi-directif M.C.R.O.

D'ailleurs, à plusieurs reprises E3 parle de « reformulation » faisant, comme l'entretien motivationnel, partie intégrante de l'E.T.P.

donc E3 l'utilise aussi pour la passation de l'entretien semi-directif.

E3 illustre avec un exemple que l'un de ces patients a pu formuler un problème occupationnel irréaliste : « il avait formulé comme problématique de vie : faire revenir sa femme. Au début j'ai *buggué*, je ne savais pas trop quoi répondre. »

E3 formule donc que : « dans l'entretien, y'a quand même des choses qui ressortent même si je dois beaucoup reformuler. La M.C.R.O me donne des situations problèmes et moi je vais devoir reformuler des objectifs en tenant compte des situations problèmes. »

En s'appuyant sur un exemple, E3 précise que « la reformulation, c'est de la manipulation parce que la patiente m'a quand même dit « monter les escaliers » alors que moi j'ai noté « lire le livre aux enfants », la marche est haute, c'est ça la reformulation : obtenir des objectifs S.M.A.R.T<sup>28</sup>. »

Pour conclure, E3 ajoute que « on reformule pour atteindre quelque chose de réaliste et d'atteignable, c'est de la manipulation. On manipule, mais de façon altruiste, c'est-à-dire si je manipule c'est sans aucun élément qui irait en ma faveur, je manipule pour le bien de l'autre. »

Par la suite, E2 et E4 pensent que l'entretien semi-directif permet de construire/ maintenir relation thérapeutique avec la personne.

---

<sup>27</sup> Éducation Thérapeutique du Patient

<sup>28</sup> Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et Temporellement défini



E2 formule : « on vit une vraie discussion où on peut rebondir et donc créer des liens avec la personne. »

E4 pense que « sur un questionnaire on peut imaginer que c'est le patient qu'il le remplit tout seul dans son coin (...) on va moins rebondir ou s'intéresser à la vie concrète du patient on va plutôt descendre une liste de questions. Donc je pense que c'est moins intéressant dans vraiment la relation avec le patient. »

Il ajoute aussi que « le risque des questionnaires et notamment des autoquestionnaires c'est que c'est plus impersonnel en fait. (...) et du coup la relation thérapeutique, à mon sens, peut-être plus difficile à établir ou en tout cas on va devoir utiliser d'autres temps pour établir une relation thérapeutique. »

Et il finit par formuler que « si on était dans un entretien complètement ouvert avec une personne anosognosique je pense qu'il n'y aurait pas suffisamment de cadre. » et « si c'est très fermé, on va avoir du mal à maintenir une alliance thérapeutique. »

Finalement E4 met en valeur l'entretien semi-directif en le comparant aux autres méthodes de passation possible (questionnaire, autoquestionnaire, entretien ouvert et entretien fermé). Ce qui lui a permis de mettre en évidence, a contrario des autres méthodes, l'entretien semi-directif permet de construire une relation thérapeutique avec la personne.

C'est pourquoi E3 et E4 trouvent un intérêt particulier à ce que les ergothérapeutes soient formés, pour maîtriser l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O

Selon E3 « il faut apprendre à faire passer la M.C.R.O, reformulé, guider la personne. »

Et elle ajoute que « aller plus loin dans la démarche des objectifs occupationnels va permettre de cheminer vers d'autres éléments. Et c'est ça le pouvoir magique de la M.C.R.O, de la reformulation et des ergos formés à l'entretien motivationnel. La clé c'est que du concret, du concret, du concret. »

E4 affirme que « on arrive quand même au fur à mesure, en utilisant vraiment la technique d'entretien de la M.C.R.O à pouvoir définir des objectifs ou des sous objectifs qui seront peut-être parfois à modeler au fur à mesure des séances. »

E4 complète : « c'est vrai qu'il y a la technique d'entretien, avec l'entretien semi-directif qui est vraiment important à maîtriser pour justement avoir des objectifs M.C.R.O. »

En revanche, E5 trouve que l'utilisation de l'entretien semi-directif perd de son intérêt avec la personne anosognosique.

E5 argumente donc ces propos : « les patients traumatisés crâniens anosognosiques avec des problèmes moteurs, ça se voit donc il n'y a pas de problème pour le dire. En revanche s'il n'y a pas de problème moteur et uniquement cognitif là ça devient vraiment difficile pour l'entretien semi-directif. »

Elle précise d'ailleurs que « il faut donner des exemples parce qu'en face la personne n'aura rien à dire, et là je faisais un questionnaire quasiment donc ça marchait plus et ça perdait de son intérêt finalement. »

Ainsi, selon E5 utiliser l'entretien semi-directif avec une personne anosognosique revient à l'utiliser comme un questionnaire, ce qui finalement n'a plus d'intérêt.

Finalement, 4/5 ergothérapeutes (E1, E2, E3 et E4) trouvent un intérêt à utiliser l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

Et 1/5 ergothérapeute (E5) pense que l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O est une limite avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

### *b. Thème 2 : L'intérêt de la réévaluation proposé par la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave*

Au cours de mes entretiens, on constate que E1, E2, E3 et E4 ont chacun trouvé un intérêt à l'étape 5 de la M.C.R.O, l'étape de la réévaluation avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

Dans un premier temps, E1, E2 et E3 s'accordent pour formuler que l'étape de la réévaluation a tout son intérêt dans un second temps, c'est-à-dire lorsque la personne évolue et/ou est en sortie d'anosognosie. De plus, elles y trouvent aussi un intérêt dans sa passation sans limites.

Pour commencer E1 formule que pour elle « il n'y a pas de limite à faire la M.C.R.O. Si la M.C.R.O ne donne rien, elle ne donne rien. » Et ce qui est intéressant, est que « peut-être qu'il y aura des problèmes plus précis qui viendront par la suite, et là on pourra faire une réévaluation. »

E2 s'accorde avec E1 pour dire que « la M.C.R.O peut être pertinente avec les personnes anosognosiques dans la liberté de pouvoir la faire passer et repasser et réévaluer. »

E2 voit aussi l'intérêt de réévaluation « pour le « après » quand le patient est en sortie de son anosognosie. »

Pour finir, E3 s'accordent également avec E1 et E2 : « si je vois que je rame, bah je peux réévaluer. Si je vois qu'on a progressé et que la personne ne s'en rend pas compte, bah je peux réévaluer. Je peux toujours réévaluer. »

De plus, on constate que E1, E3 et E4 trouvent un intérêt à utiliser l'étape de la réévaluation de la M.C.R.O, en couplage avec des mises en situation.

En effet selon E1 : « la M.C.R.O ne fonctionne pas toute seule. C'est une bonne base pour objectiver les problèmes occupationnels que ton patient peut avoir, mais tu ne peux pas t'arrêter à ça. Moi je le mets en situation, puis plus tard je réévaluerais pour voir ce que ça donne. »

Dans la même idée, E3 affirme qu'après une M.C.R.O « on peut mettre en situation la personne et réévaluer, et se demander ce qui s'est passé : « votre perception était si grande de vos capacités, qu'est-ce que vous en pensez maintenant ? ». »

E4 finit par ajouter : « avec un patient anosognosique on va avoir une première base avec la M.C.R.O je pense, qu'on va pouvoir affiner avec les mises en situation, puis on réévalue. »

Selon E1, E3 et E4, la M.C.R.O serait une première base dans l'identification des problèmes occupationnels. Néanmoins, un couplage entre expérimentation et réévaluation paraît nécessaire pour favoriser les échanges de la personne sur les problèmes occupationnels qu'elle rencontre.

Finalement, 4/5 ergothérapeutes (E1, E2, E3 et E4) trouvent un intérêt dans l'étape de la réévaluation de la M.C.R.O, dont 3/5 ergothérapeutes (E1, E3 et E4) trouvent aussi un intérêt à coupler l'utilisation des mises en situation et la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

En revanche 1/5 ergothérapeute (E5), pour des raisons institutionnelles, n'a jamais eu l'occasion de procéder à l'étape de la réévaluation avec une personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

*c. Thème 3 : L'intérêt de la passation de la M.C.R.O avec l'entourage de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave*

Au cours de mes entretiens, il est apparu à l'unanimité (E1, E2, E3, E4 et E5) que chacun trouve un intérêt à utiliser la M.C.R.O avec l'entourage de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

Il est à noter E1 et E2 n'en ont pas fait l'expérience, bien qu'elles y trouvent un intérêt.

E1 dit : « en termes d'amélioration de ma pratique avec la M.C.R.O j'aimerais bien la faire passer avec l'entourage (...) À la base, elle n'est pas faite pour être passée avec les proches, mais on a trouvé un intérêt à le faire. »

E2 s'accorde avec E1 : « c'est vrai que le faire passer à l'entourage ça serait intéressant. » En revanche, elle précise pouvoir y trouver un intérêt dans le recueil d'information sur la personne : « faut vraiment aussi s'intéresser à l'environnement du patient. Comment le patient était « avant » l'accident donc là on va être sur son environnement familial et amical. »

Plus expérimentés E3, E4, et E5 ont déjà eu l'occasion de réaliser la passation de la M.C.R.O avec l'entourage de la personne. Ce qui s'est avéré, selon eux, intéressant et pertinent pour différentes raisons.

E3 et E4 tous deux ne trouvent aucune limite à l'utilisation de la M.C.R.O, ils pensent qu'elle a son intérêt auprès de tout type de patientèle, notamment si l'on prend en considération que la passation de la mesure peut être réalisée avec les personnes-ressources de la victime.

L'E3 formule « je ne vois pas de limite à la M.C.R.O parce que si la personne elle ne peut pas, c'est qu'elle est complètement décalée dans ses occupations de vie, c'est juste que l'ergothérapeute s'est trompé de cible. » Ainsi l'ergothérapeute laisse sous-entendre

qu'utiliser la M.C.R.O avec l'entourage n'est pas une limite, mais une ressource. Finalement, « la limite n'est pas pour ce type de patient, mais elle est du professionnalisme de l'ergothérapeute pour moi. Je pense que la M.C.R.O peut toujours être passée, idéalement avec la personne. »

Elle ajoute : « en fait, j'utilise la M.C.R.O avec l'entourage avec les patients qui sont soit vraiment anosognosique, soit trop atteints. »

L'E4 rejoint E3 sur l'intérêt de la passation à l'entourage : « ça a été plutôt efficace d'utiliser la M.C.R.O de cette manière-là parce que je me serais retrouvé en échec avec le patient. »

Il ajoute aussi que « tout dépend des troubles si on est sur un patient anosognosique qui estime qu'il n'y a strictement aucun trouble (...) c'est clair que là il va falloir peut-être se rapprocher aussi des personnes-ressources dans ce cas-là, mais tout dépend quand même du degré d'anosognosie. »

E4 complète son idée : « à mon sens c'est une ouverture de notre champ d'action, ça veut dire accepter l'idée de se dire que ce n'est pas forcément directement avec la personne qu'on travaille à chaque fois, on peut être aussi amené à travailler avec l'entourage. » En effet, pour lui, il faut intégrer l'éventualité de travailler avec la personne de manière indirecte : avec l'entourage.

Pour E3 et E4 l'utilisation de M.C.R.O avec l'entourage paraît essentielle pour éviter les situations d'échec. De plus, cette passation auprès l'entourage serait dépendante du niveau de sévérité de l'anosognosie.

Finalement, E3 et E4 formulent conjointement que si l'entourage est pris en compte, il n'y a pas de limite à l'utilisation de la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

Dans ce contexte pour E3 et E4 « la M.C.R.O, a intérêt pour tout le monde. » et « la M.C.R.O on l'utilise avec tout le monde donc pour moi elle a le même intérêt avec tout le monde. »

E3 et E4 ajoutent aussi que l'entourage serait autant concerné que la personne elle-même.

E3 formule que « si un patient est complètement à côté de la plaque et que la charge est couplée à la famille, les situations problèmes ne sont pas pour la personne, mais sont pour l'entourage, et à ce moment-là c'est à eux qu'on va faire passer la M.C.R.O. »

Et E4 affirme que « le but de la M.C.R.O c'est quand même de définir des objectifs thérapeutiques qui font sens pour le patient, qui fait sens pour son entourage, ça peut être soit l'un, soit l'autre, soit les deux. »

Finalement pour E5, au fil de l'entretien, a pu affirmer trouver un intérêt à utiliser la M.C.R.O avec l'entourage de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

E5, elle, l'utilise avec l'entourage en présence de la personne, elle formule que « l'utiliser avec les proches c'est pas mal, enfin, c'est un bon support plutôt qu'une réunion où les proches ils disent « Tu ne fais pas ça ! tu ne fais pas ça ! » Du coup le patient il a un peu l'impression d'avoir des reproches. Alors que quand on fait passer la M.C.R.O à la famille, la famille elle parle d'elle dans les difficultés occupationnelles qu'elle rencontre. Et donc le patient, peut se dire : « moi là-dedans qu'est-ce que j'ai comme place ? » et c'était ça le côté intéressant, ce n'était pas révolutionnaire, mais au moins ça avait donné des pistes de travail. »

E5 y trouve donc un intérêt dans la réflexion et le cheminement que va voir la personne face au propos de son entourage.

E5 ajoute également, « on peut dire au patient : « regardez, vous-avez 0 problème et eux ils ont ça comme problème, est-ce que vous voulez qu'on travail là-dessus ? » alors la oui, c'est un bon levier. Et donc de l'avoir fait passer au deux, là c'était intéressant. »

E5 trouve donc aussi un intérêt sur l'aspect motivationnel qu'elle apporte à la personne avec la comparaison des M.C.R.O.

En revanche E1 et E4 s'accordent pour dire que solliciter l'entourage n'est pas toujours simple.

E1 dit : « je pense par contre que c'est plus difficile à mettre en œuvre. Il faut prendre rendez-vous, avec les patients on a l'habitude de les voir en chambre et on peut passer prendre des informations de manière informelle. Alors qu'avec l'entourage ça serait plus de manière formelle. »

E4 confirme les propos d'E1 : « quand on est amené à parler avec une personne extérieure qui n'a pas forcément la même disponibilité que le patient en séance. »

E4 propose donc : « d'adapter un petit peu sa technique d'entretien et la vitesse d'entretien. »

E1 et E4 se mettent donc d'accord pour dire que la M.C.R.O peut être difficile à mettre en place avec les personnes-ressources de la personne par rapport aux disponibilités de ces derniers. E4 affirme donc l'utilité d'adapter l'entretien.

Finalement, 5/5 ergothérapeutes trouvent de l'intérêt à utiliser la M.C.R.O avec l'entourage de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

Bien que 2/5 ergothérapeutes (E1 et E2) n'en ai pas fait encore l'expérience.

Et que 2/5 ergothérapeutes (E1 et E4) formulent que l'entourage n'est pas aussi disponible que la personne est donc la passation peut être compliquée à mettre en place.

*d. Thème 4 : Autres intérêts qu'apporte la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave*

Au cours de mes entretiens, E1, E2, E3 et E4, ont formulé d'autres intérêts à l'utilisation de la M.C.R.O auprès de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

On constate que E1 et E2 trouvent un intérêt à l'utilisation de la M.C.R.O pour identifier l'anosognosie.

E1 énonce que l'utilisation de la M.C.R.O avec « le patient anosognosique, pour moi, ce n'est pas le bilan qui va te permettre de mettre en évidence les problèmes occupationnels. Mais ça va pouvoir t'aider quand même identifier s'il est en anosognosie ou pas. »

Et se met d'accord avec E2 : « je vois l'intérêt pour le thérapeute parce que ça va permettre, je pense, de peut être détecté davantage cette anomalie ou de commencer à la détecter. » Mais relève aussi un intérêt pour le patient : « en sortie d'anosognosie ou quand il commence à apprendre conscience. »

D'ailleurs, E3 a un point de vue contraire face à E1 et E2, pour elle l'anosognosie : « c'est un problème de perception de ce qu'il est. » car selon elle « le traumatisé crânien, a le droit aussi, d'avoir une part de lui qu'il ne veut pas assumer. »

Elle ajoute aussi que « pour parler d'anosognosie, la personne doit être diagnostiquée par le neuropsychiatre. Parce que, oui, l'anosognosie existe, mais beaucoup moins que ce qu'on ne le pense en ergothérapie. »

On constate que E1 et E3 qui trouvent un intérêt dans l'instauration d'un cadre thérapeutique et dans la mise en valeur de l'identité même du métier d'ergothérapeute.

En effet, E1 dit : « au début de la prise en charge je fais toujours une M.C.R.O, ça permet que le patient comprenne en quoi consiste notre métier, ça permet de mettre en place un vrai cadre et ça permet aussi de partir directement sur les vraies problématiques. »

Elle ajoute aussi que « c'est très aidant et ça donne du sens à notre travail. »

L'E3 surenchérit en formulant que « la M.C.R.O est l'identité même de notre métier de partir des situations problèmes, donc avoir une évaluation standardisée, reproductible des situations problèmes, ça cadre ma démarche d'ergothérapeute, et je pense que les patients s'en sentent mieux parce qu'ils se sentent cadrés aussi. »

Elle spécifie d'ailleurs que « les patients anosognosiques sont beaucoup dans l'émotion » donc elle ajoute que « si on est cadré, l'espace est cadré, le patient est cadré, ça leur permet de se recentrer sur leurs occupations. »

Pour finir elle insiste sur le fait que la M.C.R.O « cadre surtout ma pratique, ma façon de faire, ma façon d'être. »

Lors de mon entretien avec E3, elle m'a spécifié qu'une structure « occupation-centrée » se prête à favoriser l'identification des problèmes occupationnels de la personne et donc à l'utilisation de la M.C.R.O.

En effet, E3 dit : « notre service ergo il est occupation centrée : on a des espaces de vie, des espaces de production, des espaces de loisirs on a quand même pas mal d'éléments qui font que ça peut l'aider à trouver des situations problèmes, c'est un lieu propice à l'échange sur les situations. Et en fait ça aide aussi à la réalisation de la M.C.R.O. »



Pour finir, on recense que E1 et E2 trouvent un intérêt à coupler le travail pluriprofessionnel avec la M.C.R.O.

En effet, d'après E1 « un des éléments importants c'est de travailler en équipe : je vais aller voir la neuropsychologue, l'orthophoniste, le kiné, etc., ce sont les observations de toute l'équipe qui compte. »

Selon elle, il est nécessaire de former et informer les équipes à l'utilisation de la M.C.R.O, elle dit : « si on ne travaille pas la M.C.R.O un peu en équipe, ça perd de son sens. »

Elle ajoute d'ailleurs les ergothérapeutes ne sont pas les seuls concernés par les objectifs M.C.R.O : « quand on fait ressortir les problèmes occupationnels du patient, ce n'est pas forcément nous qui allons agir dessus. Donc le but c'est que l'ensemble des professionnels soient au courant de ça, et qu'ils aient aussi une action à faire sur la M.C.R.O. »

Pour finir, elle ajoute que la M.C.R.O permet de renforcer la cohésion d'équipe : « elle nous permet d'avoir le même langage, ça casse des barrières et ça permet d'avancer et de travailler en équipe. »

Ainsi, E2 rejoint les propos de E1 l'intérêt d'allier les autres professionnels à l'outil : « les objectifs de la M.C.R.O concernent aussi les autres professionnels parce qu'on va parler de tout son quotidien. On va donc pouvoir faire du lien avec les autres professionnels. »

Finalement, 4/5 ergothérapeutes (E1, E2, E3 et E4) un intérêt à utiliser la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave, que ce soit pour des raisons similaires ou divergentes.

*e. Thème 5 : L'utilisation de la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme grave, est-elle une limite ?*

Au cours de mes entretiens, E1 et E2 relèvent aussi des limites à l'utilisation de la M.C.R.O auprès de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

De plus, pour E5, pense que la M.C.R.O n'apporte ni intérêt ni limite, auprès de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

D'après E1 et E2 la limite principale, se trouve dans la difficulté, voire l'impossibilité, que la personne identifie ces problèmes occupationnels.

Pour E1, « c'est une limite parce que tu vas tout faire sauf faire ressortir ses problèmes occupationnels, car elle n'en a pas conscience, d'ailleurs dans aucun des bilans où le patient subjective quelque chose. »

Elle ajoute notamment que « c'est un indicateur pour toi, pour t'aider à savoir où il en est dans son sa prise de conscience des troubles. Donc c'est une limite, enfin, tu ne l'exploites pas pareil, c'est la différence. »

E2 s'accorde avec E1 pour dire que « la M.C.R.O ça reste quand même une des grandes limites avec les patients anosognosiques, la personne n'arrive pas toujours à identifier ces problèmes occupationnels, comme elle n'en a pas conscience. »

E5, elle, n'a trouvé aucun intérêt à utiliser la M.C.R.O avec ce type de patientèle. En revanche comme E1 et E2 elle annonce que la difficulté principale est que la personne n'a pas la capacité d'identifier ces problèmes occupationnels : « si le patient est persuadé de ne pas avoir de difficulté ou de situation de handicap et qu'on lui demande quelles sont ces difficultés, c'est compliqué. Il peut formuler des objectifs aberrants ou ne pas formuler d'objectif du tout et me dire que tout va bien. »

Cependant, pour elle « la M.C.R.O n'est pas une limite avec la personne anosognosique, mais ça n'apporte rien pour moi. »

Finalement, pour conclure sur les limites de la M.C.R.O, 2/5 ergothérapeutes (E1 et E2) trouvent que l'utilisation de la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave, bien qu'elles y trouvent aussi un intérêt, notamment dans l'identification des problèmes occupationnels.

De plus, 1/5 ergothérapeute (E5) pense que la M.C.R.O n'apporte ni intérêt ni limite, bien qu'elle retrouve une des limites formulées par E1 et E2.

### **3<sup>ÈME</sup> PARTIE : DISCUSSION**

#### **I. Confrontation des écrits théoriques avec les éléments du terrain**

Les propos qui seront énoncés dans cette partie feront l'objet d'une confrontation entre la littérature issue du cadre théorique et les résultats recueillis lors de l'enquête exploratoire.

L'objectif étant de dégager de cette discussion, des propos solides pouvant alimenter ma question de recherche, qui nous le rappelons se formule :

**« En quoi l'utilisation de l'outil d'évaluation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O), en ergothérapie, est-elle pertinente dans le parcours de soins en Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R) de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave ? »**

Il conviendra de cette discussion de mettre en lien mon hypothèse de recherche, qui nous le rappelons, se formule :

**« L'entretien semi-directif que propose la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O), serait un levier dans l'identification des problèmes occupationnels de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.»**

De plus, cette discussion permettra d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion et d'élargir les horizons de lecture et/ ou de les préciser.

Dans le cadre de cette discussion, nous nous intéresserons donc à l'intérêt de la M.C.R.O, notamment à l'entretien semi-directif qu'elle propose, auprès de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

La majorité des ergothérapeutes (E1, E2, E3 et E4) trouvent un intérêt à l'utilisation de l'entretien semi-directif avec cette population. En effet, selon eux, cet entretien permet de laisser place à la parole de la personne, ce qui laisserait finalement assez d'espace à la personne pour cheminer vers l'identification de ces problèmes occupationnels. Les

ergothérapeutes, notamment E4 trouvent aussi un avantage à l'entretien semi-directif dans la dynamique co-constructif qu'il apporte. De plus, les ergothérapeutes affirment que l'entretien permet l'élaboration d'une relation thérapeutique avec la personne.

En effet, les propos des ergothérapeutes s'accordent avec les écrits qui ont été recensés, selon Imbert (2010), l'entretien semi-directif permet la construction d'une relation avec la personne pour accueillir ces propos. Sa construction est essentielle, car elle conditionne la richesse et la densité (authenticité, pertinence) du discours de la personne. En effet, la personne est donc libre de s'exprimer et de développer son discours, mais elle est aussi guidée, l'entrevue suit donc une dynamique co-constructive.

Néanmoins, cette dynamique induit la formation d'une alliance thérapeutique solide et authentique. Mais que signifie alliance thérapeutique ? Ce terme a été défini en 2010 par les auteures Bioy et Bachelart comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre la personne et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. » (p. 317). En effet, dans cette définition est formulé « accomplir les objectifs fixés » néanmoins comme le précise les auteurs Prigatano et Schacter en 1991, la personne atteinte d'anosognosique peut rencontrer des difficultés à se fixer des objectifs réalistes (cité par Jourdan, 2019). On pourrait donc supposer que la formation de cette alliance thérapeutique avec la personne permettrait de soutenir la personne dans la fixation d'objectif réaliste.

L'idée est d'avoir un rapport collaboratif : la personne anosognosique et l'ergothérapeute travaillent ensemble sur un même problème.

Ce rapport collaboratif fait d'ailleurs directement lien avec l'habilitation. En effet, selon Townsend et Polatajko (2013) l'habilitation se retrouve au cœur de l'approche « client-centrée » et cible l'occupation. Les auteurs définissent qu'une habilitation centrée sur le client « s'appuie sur les fondements de l'habilitation et elle emploie les habilités d'habilitation dans une relation de collaboration avec les clients (individus, familles, groupes, communautés, organismes, et populations) afin de promouvoir une vision prospective en matière de santé, de bien-être et de justice par l'occupation. » (p. 442)

En définitive, il en découle le lien avec l'élaboration du diagnostic en ergothérapie qui « repose sur une approche centrée sur la personne (il est donc co-construit avec elle) et centré sur l'occupation (sa présentation est *top-down*) » (Trouvé, 2018)

Finalement, il semble que l'entretien semi-directif voit sa pertinence à travers une approche co-constructive centrée sur la personne et ses occupations.

Néanmoins, l'expérience de E5 montre que des difficultés peuvent être rencontrées lors de la passation de l'entretien semi-directif avec la personne anosognosique, notamment pour mener et adapter ce dernier. Selon elle, avec une personne atteinte d'anosognosie, il est nécessaire d'illustrer avec des exemples ce qui finalement revendrait à la passation d'un questionnaire. Elle n'en voit donc pas d'intérêt. En effet, selon Imbert (2010) l'entrevue semi-dirigée n'est pas l'application d'un questionnaire ou d'un interrogatoire, au contraire la personne est libre de s'exprimer et de développer ses propos.

De plus, les auteurs Law et al. (2014) affirment que lors de la passation de cet entretien certains ergothérapeutes peuvent rencontrer des difficultés avec des personnes qui n'arrivaient pas identifier leurs difficultés, qui paraissent pourtant évidentes. Ils considèrent ainsi l'outil comme une source d'information non fiable (Law et al., 2014). Cette affirmation de ces auteurs peut totalement correspondre au cas qu'a rencontré E5 avec une personne anosognosique.

C'est pourquoi les ergothérapeutes E3 et E4 soulignent la nécessité d'être formé et de maîtriser la technique de l'entretien semi-directif afin d'obtenir des résultats qualitatifs avec la personne atteinte d'anosognosie. Les auteurs s'accordent donc avec E3 et E4 pour expliciter que « les ergothérapeutes doivent mettre à profit leurs compétences pour bien mener l'entrevue, obtenir des réponses complètes, vérifier des assertions et motiver les répondants afin d'obtenir l'évaluation la plus approfondie et la plus exhaustive possible. » (Law et al., 2014)

Ainsi, l'entretien semi-directif serait pertinent avec cette population à condition que la technique d'entretien soit maîtrisée par l'ergothérapeute.

De plus, certains ergothérapeutes (E3 et E4) ont d'ailleurs formulé que la M.C.R.O, notamment l'entretien semi-directif n'est pas utilisé lorsque l'anosognosie est trop importante.

Ainsi, il semblerait que la pertinence de l'entretien semi-directif serait dépendante du degré d'anosognosie de la personne.

Néanmoins E3 trouve un autre intérêt à l'utilisation de l'entretien semi-directif auprès de cette population. Elle précise que pour elle il est primordial qu'on se serve de nos apprentissages supplémentaires, notamment en entretien motivationnel et en reformulation pour améliorer la passation de l'entretien semi-directif de la M.C.R.O afin d'obtenir des objectifs S.M.A.R.T.

E3 est le seul ergothérapeute qui mentionne ces éléments, ainsi on pourrait se demander pourquoi l'ergothérapeute les utilise. Il y a-t-il un intérêt à les utiliser avec la M.C.R.O ou avec la personne anosognosique ?

Tout d'abord, l'entretien motivationnel et la reformulation sont des éléments qui font partie de l'Éducation Thérapeutique du Patient (E.T.P). Selon le site en ligne de la S.I.F.E.F (s.d.) L'E.T.P fait partie de la compétence 5 du référentiel des compétences acquises par l'ergothérapeute diplômé d'état consiste à « élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique. »

En effet, pour mieux comprendre l'intérêt de l'E.T.P notamment, de l'entretien motivationnel Michiels (2017) propose de le définir : « l'entretien motivationnel fait partie des nouvelles techniques de communication que les professionnels de santé peuvent utiliser pour aider leurs patients à modifier leur comportement. Cet outil leur permet de structurer leur discours et d'analyser plus facilement les freins au changement. » On peut d'ailleurs noter que la reformulation fait partie intégrante de cet outil.

De par sa définition l'entretien motivationnel semble pouvoir bien compléter l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O. En effet, il semblerait que cet outil apporterait une discussion collaborative qui pourrait renforcer la motivation de la personne anosognosique dans son engagement vers le changement.

Il ne faut pas oublier que E3 mentionne aussi cette notion d'objectif S.M.A.R.T. Mais quelle est la signification de S.M.A.R.T ? Quel pourrait être l'intérêt d'obtenir des objectifs S.M.A.R.T avec la personne anosognosique ? et dans la M.C.R.O ?

Ainsi, pour mieux comprendre ce terme, l'auteur Brunetiere (2013) le définit : le S correspond à « Significatif » ou « Spécifique » ; le M « Mesurable » à l'aide d'indicateurs ; le A à « Attribuable » (et attribué) à un responsable ; le R à « Réalisable » avec les moyens disponibles ; et enfin le T à « Temporel » ou daté. L'intérêt est que l'objectif qu'on formule ait toutes ces vertus.

Finalement, les objectifs S.M.A.R.T semblent se compléter assez naturellement avec la M.C.R.O, notamment sur la nécessité d'obtenir des problèmes occupationnels réalistes et atteignables, qui font sens pour la personne et qu'elle va pouvoir mesurer l'importance, le rendement et la satisfaction de ce dernier à un temps donné.

D'ailleurs, E3 insiste sur la nécessité d'utiliser la reformulation, car elle a pu rencontrer des difficultés lorsque la personne anosognosique formulait une problématique irréaliste comme : « faire revenir ma femme ». Nous pouvons d'ailleurs rappeler, d'après les auteurs Prigatano

et Schacter (1991) la personne anosognosique peut rencontrer des difficultés se fixer des objectifs réalistes. (cité par Jourdan, 2019)

La reformulation permettrait donc d'approfondir avec la personne sur ces véritables problèmes occupationnels, jusqu'à l'obtention d'objectifs réalistes et atteignables.

E3 met finalement à profit ces compétences d'ergothérapeute afin d'appréhender au mieux l'utilisation de l'entretien semi-directif M.C.R.O auprès de cette population.

En définitive, il semblerait que l'entretien semi-directif trouve son intérêt dans l'identification des problèmes occupationnels de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave. Toutefois, la pertinence de l'entretien semi-directif est dépendante du degré d'anosognosie donc de la personne, et de la maîtrise de la technique d'entretien donc de l'ergothérapeute.

De plus certains éléments pourraient d'ailleurs améliorer la passation de cet entretien auprès de cette population.

Cette enquête exploratoire auprès des ergothérapeute a également permis l'émergence de nouvelle piste de recherche concernant l'intérêt de la M.C.R.O auprès des personnes anosognosiques victimes d'un traumatisme crânien grave.

La majorité des ergothérapeutes trouvent un intérêt à l'étape de la réévaluation de la M.C.R.O. Les ergothérapeutes y accordent un premier intérêt dans cette possibilité de pouvoir observer l'évolution de l'anosognosie de la personne. En accord avec les auteurs Law et al. (2014), qui confirment que l'étape de la réévaluation permettrait au thérapeute d'observer et d'analyser l'évolution de la situation de la personne.

Amenant au second intérêt, qui est la possibilité de réévaluer sans limites, car selon les ergothérapeutes les problèmes occupationnels pourraient subvenir après l'évaluation initiale. Les ergothérapeutes formulent d'ailleurs se servir de la réévaluation associée aux mises en situation. L'objectif serait que la personne puisse expérimenter, et être réévaluée par la suite. Ce qui permettrait d'apporter à la personne un *feed-back* sur son expérimentation. Selon le site en ligne du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, un *feed-back* est un « réglage des causes par les effets, dans un processus d'autorégulation. » (C.N.R.T.L, 2012) En effet, la mise en situation suivie d'une réévaluation donnerait à la personne l'opportunité de se remettre en question et de revoir les problèmes occupationnels identifiés lors de l'évaluation initiale, mais aussi de cheminer pour en identifier de nouveaux. Ce qui s'accorde

encore une fois avec les propos des auteurs Law et al. (2014) qui disent que « La réévaluation peut être prévue vers la fin de la thérapie ou lorsqu'un changement significatif se produit. [...] La personne peut avoir le sentiment que certaines difficultés sont résolues et qu'il est prêt à s'engager dans de nouveaux objectifs à atteindre. »

Ainsi, il semblerait pertinent d'utiliser la réévaluation associée aux mises en situation comme levier à l'identification des problèmes occupationnels de la personne victime d'un traumatisme crânien grave.

Néanmoins, quelle alternative avons-nous si l'utilisation de la M.C.R.O avec la personne anosognosique ne semble toujours pas adaptée ? Comment pouvons-nous rebondir et faire face à cette situation ?

Il est vrai que la personne anosognosique ne parvient pas toujours à identifier ces problèmes occupationnels. D'ailleurs, d'après Meyer (2007), toute personne n'est pas à même d'exprimer ses difficultés.

De plus, comme nous avons pu le voir précédemment, selon certains ergothérapeutes lorsque l'anosognosie est trop importante chez la personne, la passation de l'entretien semble difficile.

Ainsi, face à cette difficulté les ergothérapeutes ont su trouver une alternative : l'utilisation de la M.C.R.O auprès l'entourage de la personne. En effet, selon les auteurs Law et al. (2014) la M.C.R.O pourrait être remplie auprès des personnes significatives dans l'entourage de la personne, notamment lorsque la personne a une perception qui semble « erronée » par rapport à ce qu'elle accomplit (Law et al., 2014)

De plus, ces auteurs spécifient l'intervention de l'entourage lorsque la personne a une perception « erronée » de ses capacités. Nous pouvons ainsi faire le lien avec les personnes anosognosique, car, selon certains ergothérapeutes, notamment E4<sup>29</sup>, chez la personne anosognosique il y a un écart de réalité entre sa perception de ces capacités et celle de l'ergothérapeute. Ces propos sont d'ailleurs appuyés par l'ergothérapeute Taillefer (cité par Satti) qui explique que la personne anosognosique, par l'expression d'un mauvais jugement sur ces capacités à réaliser ces activités de vie quotidienne, pourrait rencontrer des difficultés au moment de s'investir dans sa prise en charge. Ainsi, on pourrait supposer que la personne anosognosique pourrait rencontrer des difficultés à s'investir dans la passation de la M.C.R.O, d'où la nécessité de recourir à l'alternative de l'entourage.

---

<sup>29</sup> Voir Annexe IV



Au-delà d'une simple alternative, l'entourage peut être « client » cible de la M.C.R.O. D'ailleurs E3 formule que la charge des problèmes occupationnels peut-être plus importants chez l'entourage, et donc qu'il serait le principal concerné par cette passation. Effectivement, l'auteur Meyer (2007) soulève l'intérêt de préciser et de réfléchir sur : qui est le client. En consensus avec E3 cette même auteure affirme que « le client est davantage l'entourage que le porteur de la maladie. » (Meyer, 2007, p. 105)

La M.C.R.O est un outil client-centrée, autrement dit, il s'adresse au « client ». Autrement dit on ne parle plus, ici, de « personne » mais de « client ».

Pour mieux comprendre, il advient de définir ces deux termes.

On rappelle la définition du client d'après les auteurs Townsend et Polatajko (2013) : « en ergothérapie peuvent être des individus, des familles, des groupes, des communautés, des organismes, ou des populations qui bénéficient des services d'ergothérapie à la suite d'une recommandation directe ou un contrat, ou par tout autre service et entente de financement avec une équipe, un groupe, ou un organisme qui inclut l'ergothérapie. » Ainsi, le client concerne aussi bien la famille que l'individu.

Tandis que, selon le site en ligne du Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (C.N.R.T.L, 2012) la personne correspond est un « individu de l'espèce humaine, sans distinction de sexe. » En effet, ici est employé le singulier, car il s'agit de la personne dans son individualité.

Finalement, la famille peut devenir client.

D'ailleurs, l'ergothérapeute E4 ajoute qu'intervenir avec l'entourage de la personne c'est élargir son champ d'action, en acceptant l'idée de ne pas forcément travailler directement avec la personne.

En définitive, selon les ergothérapeutes, cette passation avec l'entourage est nécessaire dans le but de mieux connaître les problèmes occupationnels que rencontre la personne.

En effet, c'est pour cela que les auteurs Vallat-Azouvi et Chardin-Lafont (2012) soulèvent l'importance de l'intervention de l'entourage dans la prise en charge de la personne, dans le but de connaître les perturbations qu'elle rencontre au quotidien.

Un des ergothérapeutes (E5) trouve un intérêt à réalisation cette passation avec l'entourage en présence de la personne. Ainsi, d'après elle, la collaboration avec l'entourage pour être un bon levier. Pour cette ergothérapeute l'intérêt réside dans la réflexion et le cheminement

que cela va induire chez la personne atteinte d'anosognosie. Finalement, le rôle de l'entourage serait celui de médiateur dans l'identification des problèmes occupationnels de la personne.

Ainsi, il semblerait pertinent d'utiliser la M.C.R.O avec l'entourage comme levier à l'identification des problèmes occupationnels de la personne victime d'un traumatisme crânien grave.

Toutefois, selon certains ergothérapeutes (E1 et E4) cette passation avec l'entourage peut s'avérer compliquée à mettre en place, car il n'est pas aussi disponible que la personne. Ce dernier pourrait donc être un des freins à son utilisation.

Durant mon enquête exploratoire, d'autres intérêts à l'utilisation de la M.C.R.O ont pu faire leur apparition.

En effet, E1 et E3 y trouvent un intérêt dans l'instauration du cadre thérapeutique. Selon E3 si l'espace, le thérapeute et la personne sont cadrés alors cela permettra à la personne de se recentrer sur ses occupations et donc potentiellement de pouvoir identifier ses problèmes occupationnels.

En définitive, l'instauration d'un cadre semblerait essentielle avec les personnes atteintes d'anosognosie pour favoriser l'identification de leurs problèmes occupationnels.

Selon Martin (2001) lors d'un suivi complexe, il est essentiel de préserver le cadre thérapeutique. Nous pouvons d'ailleurs rappeler que selon Vuilleumier et Vocat (2011) est un trouble très complexe. Ainsi il semblerait pertinent de faire lien avec les propos de l'auteur Martin pour formuler que dans le cas d'une anosognosie, il est essentiel de préserver le cadre thérapeutique.

On pourrait d'ailleurs supposer que ce cadre est mis en place lors de l'entretien semi-directif de la M.C.R.O, et donc qu'il ajouterait un intérêt à son utilisation auprès des personnes anosognosiques victimes d'un traumatisme crânien grave.

Les ergothérapeutes E1 et E2, elles, pensent que la M.C.R.O pourrait être utile pour identifier l'anosognosie. A contrario, selon le site en ligne de la *C.O.P.M* (2021), l'objectif de la M.C.R.O est l'évaluation de la perception de la personne à l'égard de son rendement et de son sentiment de satisfaction occupationnel, associés aux difficultés identifiées dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs.

En effet, sachant que l'objectif de la M.C.R.O n'est pas d'identifier la présence ou la levée de l'anosognosie, mais d'identifier les problèmes occupationnels qu'elle rencontre, aurait-il un réel intérêt à utiliser la M.C.R.O de cette manière ?

Toutefois, certains ergothérapeutes (E1 et E2) ont pu relever des limites à l'utilisation de la M.C.R.O auprès de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave. En effet ces ergothérapeutes rappellent que l'objectif de la M.C.R.O est d'identifier des problèmes occupationnels. Or, selon elles, la personne anosognosique, n'ayant pas conscience de ces troubles, semblerait rencontrer des difficultés à identifier ses problèmes occupationnels.

Pourtant E5, elle, formule qu'il est tout de même possible que la personne anosognosique formule des problèmes occupationnels, mais ces problèmes peuvent s'avérer « aberrants ». En accord avec le cadre théorique, il s'agit d'une des limites de l'outil qui peut être retrouvé avec une personne ayant une perception qui semble « erronée » par rapport à ce qu'elle accomplit. (Law et al., 2014). De plus, Meyer (2007) confirme que l'auto-évaluation, peut-être une limite chez la personne ayant une conscience perturbée de ses difficultés.

Finalement, a contrario de E3 et E4 qui ne trouvent pas de limite à l'outil à condition de ne pas oublier l'entourage. Selon eux, il serait bénéfique pour tout le monde. Ces ergothérapeutes insistent d'ailleurs sur la nécessité d'être client-centrée et non pas pathologie-centrée.

Pour finir, certains ergothérapeutes (E1 et E2) trouvent un intérêt à former et informer l'équipe pluriprofessionnelle à l'utilisation de la M.C.R.O. Pour E1 et E2 l'équipe est autant concernée que l'ergothérapeute dans la prise en charge des problèmes occupationnels de la personne. De plus, il permet « d'avoir le même langage » (E1) et donc de faciliter la communication et la cohésion d'équipe. En effet, selon le site en ligne *C.O.P.M* (2021), la M.C.R.O s'est révélée profitable pour les équipes pluriprofessionnelles. D'ailleurs une étude démontre que la M.C.R.O pourrait faire partie intégrante d'un programme de réadaptation complexe et multidisciplinaire.

Pour conclure, la M.C.R.O est un outil utilisé dans l'objectif d'identifier les problèmes occupationnels du client (Law et al., 2014). Cependant, certains ergothérapeutes (E1 et E2) confirment la difficulté pour les personnes T.C anosognosiques à identifier leurs problèmes occupationnels.

Néanmoins, l'utilisation de l'entretien semi-directif de la M.C.R.O est tout de même possible via l'instauration d'une relation et d'un cadre thérapeutique et d'une dynamique co-constructive (E1, E2, E3 et E4), épaulé par l'entretien motivationnel et la reformulation (E3). Cependant, la variabilité personnelle entre deux personnes anosognosiques (Azouvi & Dromer 2015) ne permet pas d'affirmer une efficacité de la passation de l'entretien semi-directif. En effet, il semblerait que le degré d'anosognosie et la maîtrise de la technique d'entretien peuvent avoir un rôle dans la variation de la réussite ou non de la passation de la M.C.R.O et donc dans l'identification des problèmes occupationnels.

Toutefois, d'autres approches de la M.C.R.O imposent leurs intérêts auprès de cette population étudiée. On parle notamment de son utilisation au moment de la réévaluation en s'associant aux mises en situation. (E1, E3 et E4). Et de son utilisation avec l'entourage (E1, E2, E3, E4 et E5) (Law et al., 2014).

## II. Limites de l'étude

Cette recherche, bien qu'elle se soit appuyée sur des écrits scientifiques et sur l'expérience qualitative de 5 ergothérapeutes diplômées d'État, des limites ont pu entraver la pertinence et la fiabilité de cette dernière.

Ainsi, dans cette partie seront énoncés les différents facteurs qui ont pu contraindre cette démarche de recherche.

De plus, ce travail me permettra également de proposer des axes d'amélioration dans l'objectif d'éviter ces facteurs lors de prochaines recherches.

### a. Limites théoriques

Dans le cadre de ma recherche, la pauvreté des lectures scientifique traitant sur l'anosognosie s'avère être une des limites des plus conséquentes concernant ma recherche. En effet, dans les ouvrages/ articles que j'ai lus et étudiés, ils ne consacrent qu'un chapitre, voire qu'un paragraphe à l'anosognosie.

D'ailleurs, comme nous avons pu le voir selon les auteurs Vuilleumier et Vocat (2011) l'anosognosie est un trouble très complexe, mal compris et peu étudié.

De plus, dans le peu d'ouvrages/ articles que j'ai pu recenser sur l'anosognosie, seulement un seul paragraphe a fait le lien avec l'ergothérapie, et aucun ne fait le lien avec la M.C.R.O. D'ailleurs, aucun de ces ouvrages/ articles ne traite des impacts/ répercussion de l'anosognosie sur les occupations de la personne, ce qui aurait pu, par exemple, me permettre de faire lien avec l'ergothérapie.

Finalement, ce « manque » de théorie sur l'anosognosie ne m'a pas permis d'appréhender les réponses des ergothérapeutes lors de mon enquête. De plus, cela m'a demandé une prise de recul plus ou moins conséquente, pour que je puisse voir et établir ses liens entre ces 3 composantes.

J'ai également rencontré une pauvreté des lectures en ce qui concerne l'entretien semi-directif de la M.C.R.O.

En effet, les ouvrages/ articles que j'ai recensés ne traitent pas ou peu de l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O. Mon hypothèse traitant d'ailleurs sur l'entretien semi-directif, les recherches sur ce sujet se sont avérées assez difficiles. Ce qui m'a finalement conduit à élargir mes recherches sur l'entretien semi-directif en général.

De plus, très peu d'ouvrages/ articles auxquelles j'ai pu avoir accès traitent des limites de l'outil.

En ce qui concerne l'anosognosie j'aurais pu me rapprocher d'un neuropsychologue par exemple, au vu d'obtenir des conseils et un accès à des ouvrages/ articles en version papier et/ ou en ligne.

En ce qui concerne l'outil de la M.C.R.O j'aurais pu me rapprocher l'A.N.F.E pour les mêmes objectifs : obtenir des conseils et un potentiel accès à des ouvrages/ articles en version papier et/ou en ligne.

### *b. Limites de la population cible*

Nous le rappelons, la population cible que j'ai choisi d'étudier est les personnes anosognosique victimes d'un traumatisme crânien grave.

Néanmoins, comme l'énoncent les auteurs Dromer et Azouvi (2015) l'anosognosie peut se présenter de manière différente d'une personne à l'autre et peut s'avérer être fluctuante au cours du temps.

D'ailleurs, les 5 ergothérapeutes interrogés affirment que chaque personne accompagnée en ergothérapie est différente, et qu'il est difficile de généraliser. De plus, E3 et E4 ajoutent qu'ils sont centrés sur le client et ses occupations, et non sur sa pathologie, ce qui implique un accompagnement au cas par cas.

En définitive, les caractères interpersonnels de chaque personne doivent être pris en compte. Ces caractères peuvent s'agir de la personnalité de la personne, du degré de son anosognosie, de ces troubles associés à son anosognosie, de la réalisation d'un diagnostic confirmant l'anosognosie, etc.

Finalement, afin d'améliorer ma pratique, lors de mes prochaines recherches, je pourrais envisager d'ajouter des critères d'inclusion concernant la population cible, notamment que la population concerne des personnes anosognosiques diagnostiquées.

Je pourrais également revoir la formulation des questions posées dans mon entretien qui peuvent s'orienter vers une démarche centrée sur la pathologie, notamment pour la question<sup>30</sup> n°6 qui est : *Quelle est la position de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave au moment de la passation de la M.C.R.O ?*

### *c. Limites des participants*

Nous le rappelons, les participants à mon enquête exploratoire sont des ergothérapeutes diplômés d'État formé à l'utilisation de la M.C.R.O qui travaille /ou ont travaillé en S.S.R avec des personnes victime d'un traumatisme crânien grave.

Mon enquête exploratoire s'étend sur l'entretien de 5 ergothérapeutes remplissant les critères d'inclusions vus précédemment.

Néanmoins, il est primordial de prendre en compte l'ergothérapeute dans son individualité. En effet, chacun d'entre eux a un profil différent. Il peut s'agir d'ailleurs de l'expérience de l'ergothérapeute en général, du nombre d'années d'expérience avec cette population et/ ou avec l'outil, et de type de formation qui a été obtenu pour chacun d'eux.

De plus, l'entretien est aussi interdépendant de la personnalité comme du parcours professionnel et personnel de l'ergothérapeute.

---

<sup>30</sup> Voir Annexe II

Aussi bien que dans le cadre de ma recherche, l'expérience des ergothérapeutes auprès des personnes T.C.G varie de 8 mois à 32 ans.

Dans l'amélioration de ma pratique, il aurait pu être pertinent d'ajouter à mes critères d'inclusion un nombre d'années d'expérience requis avec cette population pour pouvoir participer à l'entretien que j'ai proposé.

Effectivement, nous pourrions supposer que les ergothérapeutes qui ont plus d'expérience auprès de cette population seraient plus à même d'avoir du recul et/ ou d'avoir développé des stratégies/ méthodes pour accompagner une personne qui n'ai pas en capacité d'identifier ces problèmes occupationnels. D'ailleurs, on peut noter l'exemple de E1 et E2 qui sont tous deux les ergothérapeutes qui ont le moins d'expérience avec cette population, respectivement 1 an ½ et 8 mois, et effectivement sur l'hypothèse d'une passation de la M.C.R.O avec les personnes-ressources de la personne, n'a pas pu être encore expérimenté pour elles.

De plus, on observe dans le cadre de ma recherche que l'expérience avec l'outil varie également, allant de 6 mois à 20 ans.

Dans l'amélioration de ma pratique, il aurait pu être pertinent d'ajouter à mes critères d'inclusion un nombre d'années requis de formation à la M.C.R.O pour pouvoir participer à l'entretien que j'ai proposé.

En effet, on pourrait supposer que les ergothérapeutes qui ont plus d'expérience avec la M.C.R.O auraient une plus grande maîtrise des perspectives de l'outil, notamment dans la technique d'entretien.

On peut d'ailleurs reprendre le même exemple illustré plus haut de E1 et E2, avec respectivement 6 mois et 7 mois d'expérience avec la M.C.R.O, qui n'ont pas encore pu expérimenter l'outil avec l'entourage de la personne.

Il aurait pu être également précisé : le type de formation requis. En effet, j'aurais pu inclure dans mes critères, la formation initiale à la M.C.R.O qui peut d'ailleurs être délivrée par l'A.N.F.E (A.N.F.E, 2021). Et aussi, la formation continue délivrée par un ergothérapeute formateur M.C.R.O (équivalent à une formation initiale).

D'ailleurs, si nous prenons l'exemple de E2, elle ne répond pas à ces critères. E2 a reçu une formation continue à l'utilisation de l'outil par ses collègues formés à la M.C.R.O et non formateurs à la M.C.R.O.

Toutefois cela n'enlève pas l'intérêt qu'a apporté l'entretien de E2 à mon étude, mais on pourrait se demander si E2 avait pu bénéficier d'une formation initiale ou continue délivrée par un formateur M.C.R.O, aurait-elle eu les mêmes propos/ approches ?

Néanmoins, selon les auteurs Van Campenhoudt et Quivy (2011) « subjectivité, manque de recul, vision partielle et partielle sont inhérentes à ce genre d'entretien. » (p.60)

#### *d. Limites de l'entretien*

Nous le rappelons que j'ai fait le choix de m'orienter vers un entretien semi-directif pour ma méthodologie d'enquête.

Dans un premier temps, nous pourrions discuter de mon guide d'entretien.

En effet, après avoir utilisé ce dernier, j'ai pu m'apercevoir que certaines questions n'ont pas apporté d'intérêt en rapport avec ma question ou mon hypothèse de recherche. On peut d'ailleurs prendre l'exemple de la question<sup>31</sup> n°3 qui est : *Racontez-moi comment vous évaluer l'anosognosie ?*

Dans l'amélioration de ma pratique, il aurait pu être pertinent que je puisse tester mon guide d'entretien en amont.

En effet, j'aurais pu mettre en œuvre un entretien-test auprès d'un ergothérapeute, ce qui aurait pu me permettre de rebondir sur les axes à améliorer concernant mon guide d'entretien.

Dans un second temps, nous pourrions discuter de l'adhésion des ergothérapeutes à l'entretien proposé.

Selon Van Campenhoudt et Quivy (2011) « la première difficulté rencontrée par le chercheur est de convaincre les interviewés potentiels d'accepter de se prêter à l'entretien et de vaincre leurs réticences éventuelles. » (p.65)

En effet, l'adhésion des participants potentiels prend en compte plusieurs facteurs : ils doivent remplir les critères d'inclusion, porter un minimum d'intérêt à la recherche et être disponibles. De plus, ces ergothérapeutes sont aussi sollicités par l'ensemble des étudiants

---

<sup>31</sup> Voir Annexe II



réalisant leur mémoire de recherche, ce qui évidemment rajoute une contrainte, notamment dans la disponibilité de l'ergothérapeute.

Finalement, la réunion de l'ensemble de ces facteurs a rendu ma recherche très difficile. Néanmoins, j'ai tout de même pu interroger un panel de 5 ergothérapeutes.

Dans l'amélioration de ma pratique, il aurait pu être pertinent d'anticiper en contactant les ergothérapeutes au mois de janvier/ février. Cette anticipation m'aurait permis d'obtenir plus facilement et rapidement une réponse de la part des ergothérapeutes.

Dans un troisième temps, nous pourrions discuter des modalités des entretiens.

Effectivement, en raison des conditions de la crise sanitaire de la Covid-19, la passation des entretiens n'a pas pu se dérouler en présentiel.

J'ai réalisé 3 entretiens par téléphone et 2 autres en visioconférence.

D'après les auteurs Van Campenhoudt et Quivy (2011) « le contexte dans lequel se déroule l'entretien peut influencer considérablement son déroulement et son contenu. » (p.64)

En effet, j'ai pu constater que les entretiens qui se sont déroulés en visioconférence étaient plus fluides et s'atteler plus facilement à une discussion.

Dans l'amélioration de ma pratique, il aurait pu être pertinent de proposer aux 3 autres ergothérapeutes de réaliser ces entretiens en visioconférence.

Dans l'idéal, il aurait pu être proposé à 3 des ergothérapeutes un entretien en présentiel en respectant les gestes barrières. On note que cette proposition n'aurait pas pu être faite à E3 et E4 leurs structures se trouvant en dehors de l'Île-de-France.

Dans un quatrième et dernier temps, la mise en place d'un cadre auprès des ergothérapeutes lors des entretiens a pu s'avérer fastidieuse. Certains ergothérapeutes ont parfois dépassé le cadre que j'avais établi en amont. Et cela a pu engendrer chez moi une grande frustration, notamment de ne pas avoir su comment réagir pour recentrer l'entretien.

En effet, de cette difficulté, j'ai pu me questionner sur : le cadre, a-t-il un rôle à jouer dans la pertinence de l'entretien de l'ergothérapeute ?

Selon les auteurs Van Campenhoudt et Quivy (2011) « un minimum d'interventions est toutefois nécessaire pour recentrer l'entretien sur ses objectifs, pour en relancer la dynamique ou pour inciter l'interviewé à approfondir certains aspects particulièrement importants du thème abordé. » (p.63) Ainsi, l'instauration et le maintien du cadre sont primordiaux pour accompagner et guider les ergothérapeutes sur les objectifs de cette étude.

Dans l'amélioration de ma pratique, il aurait pu être pertinent que je me prépare à cette éventualité, en réalisant un entretien-test auprès d'un ergothérapeute. Ainsi, cela aurait pu me permettre de rebondir sur ma posture, notamment dans le maintien d'un cadre.

### *e. Limites de l'analyse*

Dans le cadre de ma recherche, la phase de l'analyse des données de l'entretien s'avère être une limite à mon étude.

En effet, la retranscription intégrale des 5 entretiens, les nombreuses relectures (écrite et audio), la classification et le tri des données se sont avérés fastidieux et très longs.

D'ailleurs, selon Van Campenhoudt et Quivy (2011) une des limites de l'analyse de données est que le traitement de cette dernière peut être très lourd et laborieux, sans oublier qu'il faut disposer du temps et des moyens nécessaires pour le mener à bien.

C'est pourquoi, au travers de cette analyse de données très lourde et laborieuse, j'ai pu me questionner : Est-ce que j'aurais pu m'égarer dans cette trop grande quantité d'informations qu'offre l'analyse de données ? Aurai-je relevé trop d'information, non essentielle au cadre de ma recherche ? Ou au contraire aurai-je manqué de relever des informations essentielles ?

En définitive, l'analyse de données est un support pour la confrontation entre la théorie et la pratique, ainsi une perte d'information, pourrait-elle remettre en cause la pertinence de l'étude ?

Dans l'amélioration de ma pratique, il aurait pu être pertinent qu'à la suite d'un entretien-test je réalise, aussi, une analyse-test afin d'anticiper mes difficultés et mes questionnements sur ce sujet. En fin de compte, j'aurai eu l'occasion d'en faire part aux professionnels qui encadrent ma recherche, et ainsi d'étudier leurs conseils.

De plus, j'aurais également pu faire appel aux étudiants diplômés de 2020, afin qu'ils puissent me conseiller sur les méthodes/ stratégies qu'ils auraient employées pour cette analyse de donnée.

### **III. Validation de l'hypothèse de recherche**

Dans le cadre de la validation de mon hypothèse, nous rappelons l'intitulé de ma question de recherche qui se formule :

**« En quoi l'utilisation de l'outil d'évaluation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O), en ergothérapie, est-elle pertinente dans le parcours de soins en Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R) de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave ? »**

En réponse à cette problématique a émergé l'hypothèse de recherche suivante :

**« L'entretien semi-directif que propose la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O), serait un levier dans l'identification des problèmes occupationnels de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.»**

D'après les concepts littéraires consultés et de l'expérience des ergothérapeutes interrogés, **mon hypothèse de recherche semble partiellement vérifiée.**

Il est vrai que la majorité des ergothérapeutes sont d'accord pour accorder un intérêt à l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O auprès de cette population, notamment à travers la construction d'une relation et d'un cadre thérapeutique, mais aussi par la mise en place d'une dynamique co-constructive centrée sur la personne et ces occupations.

Toutefois, la pertinence de mon hypothèse se retrouve dépendante de plusieurs facteurs.

En effet, un des ergothérapeutes a pu formuler rencontrer des difficultés à réaliser l'entretien semi-directif avec cette population.

Ainsi, la pertinence de mon hypothèse de recherche semblerait être dépendante de la maîtrise dont dispose l'ergothérapeute à mener et à adapter l'entretien semi-directif avec cette population étudiée.

Toutefois, la pertinence de cette hypothèse de recherche ne dépend pas seulement de la maîtrise de la technique d'entretien semi-directif.

En effet, il a été formulé par plusieurs ergothérapeutes que lorsque la personne a une anosognosie trop importante, ils peuvent se retrouver en situation d'échec au moment de la passation de l'entretien semi-directif. Ainsi, la pertinence de mon hypothèse de recherche semblerait être aussi dépendante du degré d'anosognosie de la personne.

D'ailleurs, pour éviter cette situation d'échec, les ergothérapeutes peuvent utiliser une autre alternative. Ils utilisent, l'entretien semi-directif de la M.C.R.O avec l'entourage de la personne. Effectivement, cette alternative aurait pu accorder un intérêt tout particulier à mon

hypothèse de recherche, car l'intervention de l'entourage va permettre à travers un entretien semi-directif l'identification de leurs problèmes occupationnels.

Or, dans le cadre de mon hypothèse de recherche, l'identification des problèmes occupationnels concerne « la personne » et non pas « le client ». Ainsi, mon hypothèse de recherche ne concerne pas l'entourage.

Autrement dit, l'utilisation de la M.C.R.O auprès de l'entourage n'apporte pas d'intérêt à mon hypothèse de recherche, mais plutôt, à ma question de recherche.

Pour finir, à la suite du recensement des limites de l'étude, notamment théoriques, il me semble difficile de pouvoir valider totalement cette hypothèse de recherche.

Néanmoins, cette étude a tout de même permis de faire émerger deux nouvelles hypothèses de recherche qui semblent également pertinentes pour répondre à ma question de recherche.

La première hypothèse est l'utilisation de la réévaluation que propose la M.C.R.O en couplage avec les mises en situation.

En effet, les ergothérapeutes suggéraient qu'à la suite d'une mise en situation, une réévaluation aurait tout son intérêt. Ce couplage permettrait à la personne de cheminer vers une réflexion et de reconsidérer ces problèmes occupationnels qui ont été formulés à l'évaluation initiale. Il permettrait également d'en verbaliser de nouveaux.

La deuxième hypothèse concerne l'utilisation de la M.C.R.O auprès de l'entourage de la personne.

En effet, selon les ergothérapeutes, l'intervention de l'entourage est nécessaire lorsque l'anosognosie est trop importante. Cette intervention permettrait à la personne de se retrouver face aux problèmes occupationnels de ses proches, et ainsi, potentiellement de cheminer vers la formulation de ces propres problèmes occupationnels, qui seront évidemment en lien avec ceux identifiés par son entourage. Les problèmes occupationnels identifiés doivent faire sens pour la personne et son entourage. Toutefois, une des limites évoquées par les ergothérapeutes est que l'entourage n'est pas aussi disponible que la personne, est donc la passation peut-être parfois compliquée à mettre en place.

En définitive, cette étude a pu mettre en avant plusieurs réflexions et d'hypothèses de recherche, mais peu de certitudes.

## CONCLUSION

Suite à un traumatisme crânien grave, la personne présentera des séquelles plus ou moins importantes de son traumatisme. L'une des séquelles possibles est l'anosognosie. L'anosognosie est un trouble neuropsychologique très complexe et peu étudié, il reste encore mal compris. Ce trouble se caractérise chez la personne par la non-conscience de ses déficits. En effet, cet écart de perception peut engendrer une incapacité pour la personne à se fixer des objectifs réalistes. En définitive, l'anosognosie peut faire obstacle à une prise en charge optimale.

Dans ces prises en charge, l'ergothérapeute suit une démarche centrée sur le client et ses occupations, et pour cela il peut avoir recours à de nombreux outils. Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes particulièrement intéressés à l'utilisation d'un outil en expansion en France : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O). D'ailleurs cette étude, traite particulièrement l'intérêt de l'entretien semi-directif proposé par la M.C.R.O dans l'identification des problèmes occupationnels de la personne.

Toutefois, quand est-il pour la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave ?

Dans le cadre de cette étude, des écrits scientifiques ont pu être recensés et 5 ergothérapeutes français formés à la M.C.R.O et exerçant en S.S.R ont pu être interrogés.

Selon les ergothérapeutes, cette population étudiée peu rencontrer des difficultés, voire une impossibilité, à identifier leurs problèmes occupationnels.

Néanmoins, cette confrontation entre le cadre théorique et l'expérience des ergothérapeutes a mis en évidence l'intérêt de l'utilisation de l'entretien semi-directif proposé par la M.C.R.O avec les personnes anosognosique victimes d'un traumatisme crânien grave.

L'entretien semi-directif permettrait la construction d'un cadre et d'une relation thérapeutique dans le but que le thérapeute puisse se rendre disponible pour accueillir la subjectivité des propos de la personne. Mais aussi, d'engager une dynamique co-constructive, en faveur de l'identification et de la priorisation des problèmes occupationnels de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

Cependant, la pertinence de l'entretien semi-directif peut être remis en cause. En effet, l'entretien est dépendant de nombreux facteurs, notamment du degré d'anosognosie et de la maîtrise de la technique d'entretien par l'ergothérapeute.

Ces résultats ont pu également faire émerger de nouvelles hypothèses de recherche concernant l'intérêt de la M.C.R.O auprès des personnes anosognosiques victimes d'un traumatisme crânien grave. On parle notamment d'un couplage entre une réévaluation M.C.R.O et des mises en situation, mais aussi d'une passation de la M.C.R.O auprès de l'entourage.

En revanche, il est nécessaire de prendre en compte les limites de l'étude, qui peuvent remettre en causes la pertinence de ces résultats.

Finalement, dans le cadre de ma recherche, l'énoncé de ces résultats a mis en avant de nombreuses hypothèses et d'axe de réflexion sur l'utilisation de la M.C.R.O auprès de cette population étudiée.

En définitive, cette démarche d'initiation à la recherche issue d'une situation de stage que j'ai rencontré avec Mme E m'a permis de m'ouvrir à de large perspective de réflexion sur ma pratique en tant que futur ergothérapeute.

Finalement, la réalisation de ce mémoire de recherche a su être aussi bien porteuse de richesse professionnelle qu'humaine.

## **OUVERTURE**

Après avoir mené cette étude de recherche, j'ai pu m'ouvrir à de nouvelles réflexions et accueillir de nouveaux questionnements.

Nous pourrions ainsi nous questionner sur la pratique de la M.C.R.O par les Canadiens auprès d'une personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

En effet, en France, l'ergothérapie tend à s'inspirer de plus en plus des modèles canadiens, qui ont d'ailleurs développé cette approche centrée sur le client et ses occupations.

**En définitive, l'utilisation de la M.C.R.O par les Canadiens est-elle similaire ou différente de celle des Français auprès de cette population ? Aurait-ils eu la même approche de l'outil ?**

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Allain, P., Aubin, G., Banville, F., Nolin, P., Le Gall, D. & Besnard, J.** (2015). Chapitre 3 : Évaluation en vie quotidienne après un traumatisme craniocérébral. In P. Azouvi., C. Vallat-Azouvi. & G. Aubin. (dirs.), *Traumatisme crânio-cérébraux* (pp. 37-62). Paris : De Boeck-Solal.
- Allain, P., Calso, C. & Besnard, J.** (2019). Approches théoriques des fonctions exécutives. In X. de Boissezon., P. Azouvi., P. Pradat-Diehl., C. Jourdan. & V. Brun. (dirs.), *Les fonctions exécutives du traumatisme crânien adulte : du trouble cognitif aux troubles du comportement* (pp. 11-29). Montpellier, France : Sauramps Medical.
- A.N.F.E.** (2019). *La profession*. Association National Française des Ergothérapeutes. <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> (consulté le 09 octobre 2020)
- A.N.F.E.** (2021). *L'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO issue du MCREO, en France*. Association National Française des Ergothérapeutes. <https://www.anfemigal.fr/formation-lentretien-en-ergotherapie-par-lutilisation-de-la-mcro-issue-mcreo-en-france> (consulté le 20 mai 2021)
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'ergothérapeute** (J.O. 08 juillet 2010)
- Azouvi, P.** (2015). Chapitre 2 : Évaluation neuropsychologique des troubles des fonctions exécutives après traumatisme crânien sévère. In P. Azouvi., C. Vallat-Azouvi. & G. Aubin. (dirs.), *Traumatisme crânio-cérébraux* (pp. 23-35). Paris : De Boeck-Solal.
- Azouvi, P. & Jourdan, C.** (2016). Complications et séquelles, fréquentes, parfois « invisibles ». *Le concours médical*, 138(1), (pp.17-20).
- Bayen, É., Jourdan, C., Azouvi, P., Weiss, J. & Pradat-Diehl, P.** (2012). Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien. *L'information psychiatrique*, 88(5), (pp. 331-337). <https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0331>



- Bierla, T.** (2020). Enjeux de santé publique. In *le soin à la limite : Approche éthique de la rééducation du sujet cérébrolésé* (pp. 15-26). Paris, France : Seli Arslan.
- Bioy, A. & Bachelart, M.** (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49, 317-326.  
<https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494317>
- Brunetiere, J.** (2013). Indicateurs, évaluation et typologie des objectifs : contrôle de gestion et performance sociale. *Revue française d'administration publique*, 4(4), 967-976.  
<https://doi.org/10.3917/rfap.148.0967>
- Caire, J.-M. & Morel-Bracq, M.** (2018). Chapitre 6 : La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) facilite-t-elle l'engagement occupationnel des personnes bénéficiant d'interventions en ergothérapie en France ? In J. Caire. & A. Schabaille. (dirs.), *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (pp. 83-93). Paris : ANFE.
- Caire, J.-M. & Rouault, L.** (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO). In M-C. Morel-Bracq. (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 85-97). Louvain-la-Neuve : De Boeck-Supérieur.
- Cantin, S.** (2018) Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) – Canadian Occupational Performance Measure (COPM). In J. Duquette. S. Cantin. & C. Houtekier. (dirs.), *Répertoire ORVIS : activités et participation* (pp. 1-5). Longueuil : Centre de recherche CRIR – site INLB, CISSS de la Montérégie-Centre.
- C.N.R.T.L.** (2012). *Anosognosie*. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales.  
<http://www.cnrtl.fr/definition/anosognosie> (consulté le 5 mars 2021)
- C.N.R.T.L.** (2012). *Feed-back*. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales.  
<https://www.cnrtl.fr/definition/feed-back> (consulté le 13 mai 2021)

- C.N.R.T.L.** (2012). *Personne*. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/personne> (consulté le 16 mai 2021)
- Cohadon, F., Castel, J.-P., Richer, E., Mazaux, J.-M., & Loiseau, H.** (2008). Données générales. Dans *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion* (3e éd.) (pp. 3-66). Reuil-Malmaison, France : Arnette.
- Cohadon, F., Castel, J.-P., Richer, E., Mazaux, J.-M., & Loiseau, H.** (2008). Prise en charge à la phase aiguë. In *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion* (3e éd.) (pp. 197-216). Reuil-Malmaison, France : Arnette.
- Cohadon, F., Castel, J.-P., Richer, E., Mazaux, J.-M., & Loiseau, H.** (2008). Traumatismes crâniens graves. In *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion* (3e éd.) (pp. 281-412). Reuil-Malmaison, France : Arnette.
- Combessie, J.** (2007). II. L'entretien semi-directif. In *La méthode en sociologie* (pp. 24-32). Paris: La Découverte.
- C.O.P.M.** (2021). Canadian Occupational Performance Measure. <http://www.thecopm.ca/> (consulté le 05 janvier 2021)
- Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation,** (2008). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000018664450>
- Dromer, E. & Azouvi, P.** (2015). Chapitre 6 : Anosognosie après un traumatisme crânio-cérébraux. In P. Azouvi, C. Vallat-Azouvi, & G. Aubin. (dirs.), *Traumatismes crânio-cérébraux* (pp. 89-113). De Boeck-Solal.
- Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguet, K. & Guesné, J.** (2017). Écrire et partager le diagnostic écrit. In *Guide du diagnostic en ergothérapie* (pp. 41-48). Paris, France : De Boeck Supérieur.

- Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguet, K. & Guesné, J.** (2017). L'objet du diagnostic : définir et expliquer l'état occupationnel d'une personne ou d'un groupe. In *Guide du diagnostic en ergothérapie* (pp. 41-48). Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riguet, K. & Guesné, J.** (2017). Glossaire. In *Guide du diagnostic en ergothérapie* (pp. 73-75). Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Ehrlé, N.** (2016) Anosognosie : concepts et prise en charge. *La Lettre du Neurologue*, 20(3), 53-58.
- Faure, H., Martinen, A. & Maury, M.** (2013). La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). In ARTC IdF - *Actes de la Journée de l'Association Réseau Traumatisme Crânien Ile-de-France : Évaluation et parcours de la personne cérébrolésée*.
- Imbert, G.** (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(3), 23-34.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Jourdan, C.** (2015). Chapitre 1 : Traumatisme crânien : épidémiologie, physiopathologie, pronostic, parcours de soin. In P. Azouvi., C. Vallat-Azouvi. & G. Aubin. (dirs.), *Traumatisme crânio-cérébraux* (pp. 1-21). Paris : De Boeck-Solal.
- Jourdan, C.** (2019). Traumatisme crânien, syndrome dyséxecutif : quel (ou quels) parcours de soins ? In X. de Boissezon., P. Azouvi., P. Pradat-Diehl., C. Jourdan. & V. Brun. (dirs.), *Les fonctions exécutives du traumatisme crânien adulte : du trouble cognitif aux troubles du comportement* (pp. 198-207). Montpellier, France: Sauramps Medical.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H. & Polloch, N.** (2014). *MCRO : La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel* (5e éd.). Ottawa : CAOT Publications Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE).

- Lievin, J.** (2015). *L'ergothérapie en action sociale : Une approche multidimensionnelle des situations de handicap*. Paris, France : Éditions L'Harmattan.
- Lo, E., Kiefer, C., Mailhan, L. & Azouvi, P.** (2008) *Le traumatisme crânien sévère, livret d'informations des familles de victimes, centre ressources francilien du traumatisme crânien*. Paris : Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC).
- Luauté, J., Plantier, D., Wiart, L., Stefan, A., Hamonet, J., Maeaux, J.-M., Mathé ; J.-F.** (2015). Chapitre 11 : Prise en charge es troubles du comportement. In P. Azouvi., C. Vallat-Azouvi. & G. Aubin. (dirs.), *Traumatismes crânio-cérébraux* (pp. 185-226). Paris : De Boeck-Solal.
- Martin, M.** (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité : (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*, 2(2), 103-120.  
<https://doi.org/10.3917/cpc.017.0103>
- Masson, A. & Kersalé, M.** (2020). L'activité physique, cible de l'intervention ergothérapique auprès de la personne ayant présenté un traumatisme cranio-cérébral léger. *ErgOTHérapies*, 78, 39-45.
- Mazaux, J.-M., Belio, C., Glize, B., Prouteau, A., Koleck, M., Wiart, L. & Destailats, J.-M.** (2015). Chapitre 12 : Traumatisme crânien et handicaps d'origine cognitive. In P. Azouvi., C. Vallat-Azouvi & G. Aubin. (dirs.), *Traumatisme crânio-cérébraux* (pp. 227-243). Paris : De Boeck-Solal.
- Meyer, S.** (2007). Le processus de l'ergothérapie. In *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (pp. 51-102). Lausanne, Suisse : École d'étude sociales et pédagogiques de Lausanne.
- Meyer, S.** (2007). Quatre développements récents. In *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (pp. 103-152). Lausanne, Suisse : École d'étude sociales et pédagogiques de Lausanne.

- Meyer, S.** (2013). Chapitre 1 : Le projet terminologie de ENOTHE. In *De l'activité à la participation* (pp. 3-20). De Boeck Supérieur s.a.
- Michiels, Y.** (2017). L'entretien motivationnel ou comment accompagner le changement. *Actualités Pharmaceutiques*, 56(562), 28-31.  
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2016.11.010>
- Mignet, G., Doussin-Antzer, A. & Eric, S.** (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010). In M-C. Morel-Bracq., *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 72-85). Louvain-La-Neuve : De Boeck-Supérieur.
- Ministère des Solidarités et de la Santé.** (2021, mars 4). *Parcours de santé, de soins et de vie*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie> (consulté le 6 mars 2021).
- Morel-Bracq, M.-C.** (2009). Introduction. In *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 13-19). Marseille : Solal.
- Morel-Bracq, M.-C.** (2009). Modèles généraux en ergothérapie. In *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 79-88). Marseille : Solal.
- Montel, S.** (2014). Introduction. *Neuropsychologie et santé*, <https://doi.org/10.3917/dunod.monte.2014.01.0002>
- O.M.S.** (2021). *Thèmes de santé : Traumatismes*. Organisation Mondiale de la Santé. <http://www.who.int/topics/injuries/fr/> (consulté le 23 octobre 2020).
- Oppenheim-Gluckman, H.** (2012). Atteinte de la pensée et psychopathologie. *L'information psychiatrique*, 88(5), (pp. 339-344).  
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0339>

- Oppenheim-Gluckman, H.** (2014). Chapitre 4 : Méconnaissance du handicap cognitif et comportemental Atteinte de la pensée et psychopathologie. In *La pensée naufragée – clinique psychopathologie des patients cérébro-lésés* (pp. 165-193). Paris, France : Economica.
- Perroux, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J. & Malo, D.** (2013). Besoins perçus et participation sociale des personnes ayant un traumatisme crânien léger. *Santé Publique*, 25(6), 719. <https://doi.org/10.3917/spub.136.0719>
- Polatajko, H., Davis, J., Cantin, N., Dubouloz-Wilner, C.-J. & Trentham, B.** (2013). Chapitre 8 : Les éléments essentiels de la pratique fondée sur l'occupation. In E. Townsend & H. Polatajko, (dirs.), *Habiliter à l'occupation, Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (pp. 239-268). Canada : CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmerman, D.** (2013). Chapitre 1 : Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. In E. Townsend & H. Polatajko, (dirs.), *Habiliter à l'occupation, Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (pp. 15-44). Canada : CAOT Publications ACE.
- Richbourg, B.** (2006). Le traumatisme crânien : essai de définition. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale*, 107(4), 199. DOI :10.1016/S0035-1768(06)77040-1.
- Ruet, A. & Bercovici, S.** (2015). Chapitre 13 : Retour au travail après un traumatisme crânien. In P. Azouvi., C. Vallat-Azouvi. & G. Aubin. (dirs.), *Traumatisme crânio-cérébraux* (pp. 245-269). Paris : De Boeck-Solal.
- Santé publique France.** (2019, juin 27). *Traumatismes crâniens : deux nouvelles publications de Santé publique France.* Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/traumatismes-craniens-deux-nouvelles-publications-de-sante-publique-france#:~:text=Les%20traumatismes%20cr%C3%A2niens%20entra%C3%A9nent>

[%20des,des%20relations%20sociales%20et%20familiales](#) (consulté le 7 octobre 2020)

**Santé publique France.** (2019, juillet 11). *Épidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux : Synthèse bibliographique, avril 2016*. Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/epidemiologie-des-traumatismes-craniens-en-france-et-dans-les-pays-occidentaux-synthese-bibliographique-avril-2016> (consulté le 7 février 2021)

**Satti, H.** (2015). Cadre conceptuel. In *Le jeu scénique : médiateur favorable à la socialisation du patient cérébrolésé ? Expérimentation d'une prise en charge groupale : l'atelier « Habilités Sociales »*. (Mémoire d'ergothérapie). IFE de Créteil UPEC.

**S.I.F.E.F.** (s.d.). *Profession ergothérapeute*. Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français. <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/> (consulté le 09 avril 2021)

**S.O.F.M.E.R.** (2011). *Parcours de soins en MPR : « L'adulte après traumatisme crânien grave »*. **Société Française de Médecine physique et de Réadaptation**. [https://www.sofmer.com/download/sofmer/Parcours\\_MPR\\_TC\\_24-12-11.pdf](https://www.sofmer.com/download/sofmer/Parcours_MPR_TC_24-12-11.pdf)

**Stirati-Buron, S., Koskas, P. & Drunat, O.** (2008). Anosognosie : définitions, caractéristiques, méthodes d'évaluation, exemple de l'hôpital de jour de neuropsychogériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie*, 8(45), 30-34. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.01.013>

**Tétreault, S., Blais Michaud, S., & Caire, J.-M.** (2014). Chapitre 8 : Méthodes de recherche pour explorer ce que l'autre pense, ressent, perçoit. In S. Tétreault & P. Guillez, (dirs.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 211-312). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

**Townsend, E. & Polatajko, H.** (2013). Glossaire. In E. Townsend & H. Polatajko, (dirs.), *Habiliter à l'occupation, Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé*,



*du bien-être et de la justice par l'occupation* (pp. 434-448). Canada: CAOT Publications ACE.

**Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. & Brown, J.** (2013). Chapitre 4 : Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. In E. Townsend & H. Polatajko, (dirs.), *Habilitier à l'occupation, Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (pp. 103-158). Canada : CAOT Publications ACE.

**Trouvé, E.** (2018). Chapitre 5 : Le diagnostic en ergothérapie : de la définition à l'usage ? In J. Caire. & A. Schabaille. (dirs.), *Engagement, occupation et santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (pp. 61-82). Paris : ANFE

**Trouvé, E., Caire, J.-M., Dechambre, D., Heddebaut, S., Kalfat, H., Rehling, T., Lefèvre, G., Pelé, G., Poncet, F., Dufour, C. & Palu, M.** (2013) L'ergothérapie aide les personnes victimes de traumatismes crâniens. *Données probantes en ergothérapie*, 9-14. Paris : ANFE

**Vallat-Azouvi, C. & Chardin-Lafont, M.** (2012). Les troubles neuropsychologiques des traumatisés crâniens sévères. *L'information psychiatrique*, 88(5), 365-373. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0365>

**Van Campenhoudt, L. & Quivy, R.** (2011). Deuxième étape : l'exploration. In *Manuel de recherche en sciences sociales* (pp. 41-75). Paris : Interditions-Dunod.

**Van Campenhoudt, L. & Quivy, R.** (2011). Sixième étape : l'analyse des informations. In *Manuel de recherche en sciences sociales* (pp. 187-216). Paris : Interditions-Dunod.

**Van der Linden, M. & Rochat, L.** (2015). Chapitre 9 : Impulsivité, apathie et traumatisme craniocérébral. In P. Azouvi., C. Vallat-Azouvi & G. Aubin. (dirs.), *Traumatisme crânio-cérébraux* (pp. 147-162). Paris : De Boeck-Solal.



**Vanier, M., Dutil, E., Provost, J., Lambert, J., Mazaux, J., Sullivan, J. Melanson, D., Chadan, N., Forget, A. & Boulanger, Y.-L.** (1993). Les séquelles psychologiques des traumatismes crâniens graves et leurs répercussions sur l'autonomie sociale et professionnelle des victimes. *médecine/sciences*, 9(5), 624-629.  
<https://doi.org/10.4267/10608/2969>

**Vuilleumier, P. & Vocat, R.** (2011). Anosognosie de l'hémiplégie après lésions de l'hémisphère droit : aspects cognitifs, affectifs et neuroanatomiques. In P. Azouvi, Y. Martin & G. Rode. (dirs.), *De la négligence aux négligences* (pp. 45-68). Marseille : Solal.



## **ANNEXES**

|  |            |
|--|------------|
| <b>ANNEXE I - Livret de la M.C.R.O de Law et al. (2014).....</b>             | <b>II</b>  |
| <b>ANNEXE II - Guide d'entretien.....</b>                                    | <b>VII</b> |
| <b>ANNEXE III - Courriel répertoriant les modalités de l'entretien .....</b> | <b>X</b>   |
| <b>ANNEXE IV - Retranscription de l'entretien semi-directif avec E4.....</b> | <b>XI</b>  |

**ANNEXE I - Livret de la M.C.R.O de Law et al. (2014)**

Page 1/4

# MCR



La mesure canadienne du rendement occupationnel

Tampon de l'établissement

La **Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)** soutient et contribue à l'excellence d'une pratique ergothérapique centrée sur le client, fondée sur l'occupation. La MCRO est une mesure individualisée élaborée pour déceler les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel, au fil du temps. La MCRO a été conçue pour servir de mesure de résultats. Et comme telle, elle doit être administrée au début de la prestation des services afin d'établir les objectifs de l'intervention, puis à nouveau à des intervalles pertinents de façon à déterminer les progrès et les résultats.

**La MCRO permet de :**

- déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel;
- fournir une échelle de grandeur quant aux priorités du client concernant son rendement occupationnel;
- évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées;
- servir d'assise pour déterminer des objectifs ergothérapiques; et
- mesurer les changements perçus par le client quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapique.

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT**

Nom du client : \_\_\_\_\_

Date de naissance du client : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Évaluation initiale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Réévaluation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du thérapeute : \_\_\_\_\_

Le formulaire de la MCRO est protégé par des droits d'auteurs.  
Toute photocopie ou reproduction intégrale ou partielle du formulaire est illégale et défendue.

MCRO

La mesure canadienne du rendement occupationnel

**L'administration de la MCRO est constituée de 5 étapes :**

1. Définition du problème — identifier la nature des difficultés. L'identification d'une difficulté se définit ainsi : **une occupation qu'une personne VEUT RÉALISER, DOIT RÉALISER ou DEVRAIT RÉALISER mais N'ARRIVE PAS À RÉALISER ou NE RÉALISE PAS À SA PROPRE SATISFACTION.**
2. Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'IMPORTANT qu'elles revêtent dans sa vie. L'importance est cotée à partir d'une échelle à dix échelons. **La cote 1 = pas important du tout**  
**La cote 10 = extrêmement important.**
3. Demander au client de choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les cotes attribuées.
4. Cotation : du RENDEMENT (comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) et le sentiment de SATISFACTION (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?)
5. Déterminer une date pour la réévaluation.

**LES SOINS PERSONNELS**

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner. Dans la MCRO, nous mesurons trois aspects concernant les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.

|                           | L'IMPORTANT |
|---------------------------|-------------|
| L'hygiène personnelle     |             |
| La mobilité fonctionnelle |             |
| La vie communautaire      |             |

© Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock, 2014.

| <b>LA PRODUCTIVITÉ</b>  |                     |
|---|---------------------|
| <p>Elle inclut les occupations visant à la préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.</p> | <b>L'IMPORTANCE</b> |
| <p>Le travail rémunéré ou non</p>   |                     |
| <p>La gestion du foyer</p>  |                     |
| <p>Le travail scolaire et le jeu</p>  |                     |
| <b>LES LOISIRS</b>  |                     |
| <p>Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.</p>   | <b>L'IMPORTANCE</b> |
| <p>Les activités récréatives paisibles</p>  |                     |
| <p>Les loisirs actifs</p>   |                     |
| <p>La vie sociale</p>   |                     |
| <p>Le formulaire de la MCRO est protégé par des droits d'auteurs.<br/>Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle du formulaire est illégale et défendue.</p>   |                     |



**COTATION**

**RENDEMENT** (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)  
**1 = Incapable d'exécuter l'activité** ← → **10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité**

**SATISFACTION** Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement? **1 = Pas satisfait du tout** ← → **10 = Extrêmement satisfait**

**1<sup>er</sup> TEMPS** (évaluation initiale) :    /    /       **2<sup>e</sup> TEMPS** (réévaluation) :    /    /   

| Difficultés quant au rendement occupationnel                                    | Impt | Rendement T <sub>1</sub>             | Satisfaction T <sub>1</sub>             | Rendement T <sub>2</sub>             | Satisfaction T <sub>2</sub>             |
|---|------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| 1.  |      |                                      |   |                                      |   |
| 2.  |      |                                      |   |                                      |   |
| 3.  |      |                                      |   |                                      |   |
| 4.  |      |                                      |   |                                      |   |
| 5.  |      |                                      |   |                                      |   |
|   |      | Cote totale Rendement T <sub>1</sub> | Cote totale Satisfaction T <sub>1</sub> | Cote totale Rendement T <sub>2</sub> | Cote totale Satisfaction T <sub>2</sub> |
| <b>COTE TOTALE</b>  |      |                                      |   |                                      |   |
|   |      | Cote totale rendement T <sub>1</sub> | Cote totale satisfaction T <sub>1</sub> | Cote totale rendement T <sub>2</sub> | Cote totale satisfaction T <sub>2</sub> |
| <b>COTE MOYENNE</b><br><small>(Total des cotes / nombre de difficultés)</small> |      |                                      |   |                                      |   |
|   |      |                                      |   | Changement dans le rendement         | Changement dans la satisfaction         |
| <b>CHANGEMENT DANS LA COTATION</b> (T <sub>2</sub> - T <sub>1</sub> )           |      |                                      |   |                                      |   |

**NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS**

**Évaluation initiale**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**Réévaluation**

Publié par CAOT Publications ACE - www.caot.ca/publication  
 © Mary Law, Sue Baptiste, Annie Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock, 2014

### Échelle à dix échelons

| IMPORTANCE            |   |   |   |   |   |   |   |   |                       |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                    |
| pas important du tout |   |   |   |   |   |   |   |   | extrêmement important |

---

| RENDEMENT                       |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1                               | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10   |
| incapable d'exécuter l'activité |   |   |   |   |   |   |   |   | capable d'exécuter parfaitement l'activité |

---

| SATISFACTION          |   |   |   |   |   |   |   |   |                       |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                    |
| pas satisfait du tout |   |   |   |   |   |   |   |   | extrêmement satisfait |

## ANNEXE II - Guide d'entretien

### MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE :

#### Guide d'entretien

*L'utilisation de l'outil de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O) auprès du sujet anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.*

#### Questions de présentation des ergothérapeutes interrogés

- Pouvez-vous m'indiquer, en quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état en ergothérapie ?
- Pouvez-vous m'indiquer, combien d'années d'expérience avez-vous auprès des personnes victimes d'un traumatisme crânien grave ?
- Pouvez-vous m'indiquer, depuis combien d'années êtes-vous formés à l'utilisation de la M.C.R.O ? Et à quel type de formation vous avez eu recours ?

| Questions principales   | Questions complémentaires   |
|---|---|
| <p>1. Racontez-moi vos prises en charge avec une personne atteinte d'anosognosie victime d'un traumatisme crânien grave ?</p> | <p>En tant qu'ergothérapeute, comment intervenez-vous avec cette patientèle ?</p> |
| <p>2. Quels sont les impacts de l'anosognosie sur votre accompagnement en ergothérapie ?</p>                                  | <p>Rencontrez-vous des difficultés majeures ?</p>                                 |



|  |  |
|--|--|
| <p>3. Racontez-moi comment vous évaluez l'anosognosie ?</p>  | <p>Utilisez-vous des techniques/ outils/ méthodes particulières ?</p>  |
| <p>4. Comment envisagez/ projetez-vous la levée de l'anosognosie ?</p>   | <p>Utilisez-vous des techniques/ outils/ méthodes particulières ?</p>  |
| <p>5. Racontez-moi, comment vous utilisez la M.C.R.O avec une personne atteinte d'anosognosie victime d'un traumatisme crânien grave ?</p>                               | <p>Si l'évaluation échoue que faites-vous ? Est-ce que vous réessayez ? Est-ce que vous proposez l'évaluation à l'entourage de la personne ? (Si oui, l'évaluation est faite en présence de la personne ? Est-ce que vous en rediscutez avec la personne par la suite ?)</p> |
| <p>6. Quelle est la position de la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave au moment de la passation de la M.C.R.O ?</p>                           | <p>Est-ce que la personne essaie ? Refuse ?<br/>Est-ce qu'elle peut montrer de l'intérêt et de la motivation ? Engagement ?<br/>Au moment de la réévaluation sa position est-elle toujours la même ?</p>   |
| <p>7. Comment estimez-vous le moment opportun pour projeter à une réévaluation de la M.C.R.O avec la personne anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave ?</p> | <p>Selon vous, quels sont les indicateurs qui vous permettent de juger la pertinence de cette réévaluation ?</p>   |
| <p>8. Racontez-moi, quels sont pour vous les intérêts de l'utilisation de la</p>   | <p>Qu'est-ce qui vous intéresse dans l'approche que propose la mesure ?</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <p>M.C.R.O avec une personne atteinte d'anosognosie victime d'un traumatisme crânien grave ?</p>  | <p>Quelles différences faites-vous entre la M.C.R.O et d'autres outils ?</p>                           |
| <p><b>9.</b> Que pensez-vous de la pertinence de l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O avec une personne atteinte d'anosognosie victime d'un traumatisme crânien grave ?</p> | <p>Qu'apporte-t-il de particulier dans votre accompagnement ?</p>                                      |
| <p><b>10.</b> Avez-vous des choses à ajouter ?</p>  | <p>Avez-vous des remarques concernant cet entretien ? Sur la M.C.R.O ? Sur la patientèle abordée ?</p> |

## ANNEXE III - Courriel répertoriant les modalités de l'entretien

**[Mémoire de fin d'étude - Ergothérapie - Entretien semi-directif - Traumatisé  
Crânien Grave - Anosognosie - M.C.R.O - S.S.R]**

Bonjour,

Étudiante en 3<sup>ème</sup> année de formation d'ergothérapie à l'IFE de l'ADERE, je me permets de vous contacter concernant mon mémoire de fin d'étude.

Mon sujet s'intéresse à l'utilisation de l'outil de Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O) auprès du sujet anosognosique victime d'un traumatisme crânien grave.

En effet, pour la réalisation de mon enquête votre participation en tant que professionnel est essentielle pour l'analyse de mon hypothèse de recherche.

C'est la raison pour laquelle je vous sollicite en vue de m'entretenir avec vous ou l'un/ l'une des ergothérapeutes de votre équipe.

Concernant l'entretien, il sera réalisé dans le courant du mois d'avril.

De plus, étant donné les conditions sanitaires actuelles il pourra être convenu d'un entretien en visioconférence ou par téléphone. Cependant, si nécessaire, je pourrais me déplacer dans votre structure pour faciliter nos échanges.

Néanmoins pour participer à cet entretien, vous devez remplir les critères d'inclusion suivants : "Je suis ergothérapeute, formé à l'utilisation de la M.C.R.O et je/ j'ai travaillé/é en Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R) auprès des personnes victime d'un traumatisme crânien grave".

Si vous vous retrouvez dans l'impossibilité de vous entretenir avec moi et/ou que vous ne répondez pas aux critères d'inclusion cités ci-dessus, auriez-vous la gentillesse de me transmettre les coordonnées de l'un ou l'une de vos collègues, susceptible de répondre à cette enquête que je mènerais. Je vous en remercie.

Je reste à votre disposition pour plus d'informations,

par téléphone : 0647762018

et/ ou par courriel : maureranna98@gmail.com

En vous remerciant par avance pour votre réponse.

Passez une excellente journée !

Bien Cordialement,

MAURER Anna

Étudiante L3 à l'IFE de l'ADERE

52 rue Vitruve, 75020 PARIS

## ANNEXE IV - Retranscription de l'entretien semi-directif avec E4

**Anna :** « Tout d'abord, est-ce que vous pouvez me raconter une de vos prises en charge avec un traumatisé crânien grave atteint d'anosognosie, comment vous intervenez, comment vous faites ? »

**E4 :** « Un exemple précis ? Ou de manière globale comment j'interviens ? »

**Anna :** « Vous pouvez raconter une de vos prises en charge de manière précise et comment vous intervenez en général après. »

**E4 :** « Ok, alors j'avais vu un jeune, un jeune homme traumatisé crânien dû à un accident de deux-roues avec un traumatisme crânien grave euh... non conscient de ses troubles euh... et du coup la première intervention que j'ai eue avec lui, en fait il est arrivé en hôpital de jour chez nous après un temps d'hospitalisation complète il a eu une période de coma après éveil de coma puis début de rééducation et hospitalisation de jour avec nous. Et il était accompagné de ses parents le premier jour et en fait l'entretien initial a été réalisé auprès de ses parents puisque lui n'avait pas la capacité de communiquer euh... c'était en fin de journée il dormait, donc en fait j'ai fait l'entretien initial avec ses parents et euh... j'en ai profité ce jour là pour faire une M.C.R.O en fait avec les parents. Après avoir échangé un petit peu avec ses parents euh... j'ai rapidement compris qu'il n'aurait pas la capacité de passer la M.C.R.O, de réaliser l'entretien et de répondre à mes questions du coup euh... bah en fait j'ai utilisé la M.C.R.O auprès de ses parents pour voir avec eux, leurs objectifs euh... par rapport à leurs fils. Et finalement ça a été plutôt efficace d'utiliser la M.C.R.O de cette manière-là parce que je me serais retrouvé en échec euh... avec le patient. Même si j'ai pu m'entretenir avec lui et déterminé quand même des objectifs, en tout cas des souhaits de sa part, mais euh... dans la situation présente il semble qu'il était essentiel aussi de prendre le point de vue de l'entourage. Parce que pour le coup, il n'avait pas de conscience de ses troubles et il n'avait pas forcément non plus conscience de son état de santé euh... Il avait des troubles de mémoire, donc tout ça mis bout à bout fait qu'il était important de prendre en compte les objectifs du patient, mais aussi ceux de l'entourage quoi. Le projet de vie honnêtement ce n'est pas le patient qui pouvait le déterminer. Son projet de vie c'était plutôt le projet de vie de l'entourage. »

**Anna :** « Totalement ! Parce que justement c'était une de mes questions, si vous utilisez la M.C.R.O avec l'entourage. Parce que moi aussi je trouve que ça peut être pertinent justement quand des patients bah ils n'ont pas conscience de leur trouble et de voir aussi le point de vue des parents ça peut être intéressant d'amener ça à l'entourage en fait. »

**E4 :** « Ouais tout à fait pour moi c'est un outil qu'on peut utiliser avec toute personne qui a des difficultés donc en fait que ça soit un patient euh... d'ailleurs n'importe quel type de patient, que ce soit un patient atteint de troubles neurologiques, que ça soit un patient atteint de trouble traumatologique, que ça soit son entourage. On peut vraiment l'utiliser, pour moi, avec tout le monde. »

**Anna :** « Oui totalement. D'ailleurs quels sont les impacts de l'anosognosie sur vos prises charges, sur votre accompagnement en ergothérapie ? Quelles difficultés majeures vous rencontrez ? »

**E4 :** « Bah la difficulté essentielle c'est que vu que le patient a une perception altérée de ces troubles ou de son état de santé euh... dans sa définition des objectifs euh... et dans la mise en avant des difficultés, on va avoir un écart, un écart entre ce que nous thérapeute, mais aussi ce que l'entourage peut percevoir ou ce que le corps médical peut percevoir et souvent ce que le patient va décrire. Donc la difficulté est qu'on travaille sur un écart de réalité entre une personne qui pense avoir des capacités euh... et nous qui pensons qu'il y a certaines capacités qui sont altérées euh... Donc la difficulté c'est vraiment de travailler sur cet écart. Je ne sais même pas si on peut parler de la difficulté, mais en tout cas notre travail va être d'intervenir sur cet écart, parce que si on ne va pas sur l'écart de perception bah c'est clair que l'accompagnement, ça risque d'être un échec, dans le sens où si on avance de notre côté et que lui il avance de son côté le patient euh... il risque de ne pas atteindre les objectifs quoi. »

**Anna :** « Mais du coup vous faites comment pour évaluer l'anosognosie ? Est-ce que vous avez des techniques particulières ? Ou des méthodes ? »

**E4 :** « Alors l'anosognosie ce n'est pas nous qui l'évaluons en tant qu'ergothérapeute, c'est le neuropsychologue euh... et le médecin de rééducation. Après nous c'est plutôt qu'on va prendre en compte, le trouble. Dans notre intervention on va donc être amené à... »

**Anna :** « ...suspecter ? »

**E4 :** « Alors oui, on peut être amené à suspecter, mais souvent nous comme ils ont quand même eu un temps d'hospitalisation en amont, puisque on est qu'un hôpital de jour, c'est-à-dire qu'on n'a pas d'hospitalisation à temps complète, souvent les patients sont déjà diagnostiqués par le neuropsychologue, ou même par le centre d'avant. On va souvent avoir un neuropsychologue qui a fait un bilan et diagnostiquer une anosognosie, surtout dans les troubles neuro, type trauma crânien grave, où ils sont forcément passés avant par une période d'hospitalisation à temps complète. »

**Anna :** « Ah oui d'accord je comprends. Sinon, en tant qu'ergothérapeute, comment vous envisagez la levée de cette anosognosie ? »

**E4 :** « Alors pour travailler sur l'écart de perception du patient et la nôtre, nous on passe essentiellement par des mises en situation euh... par rapport aux difficultés rencontrées par le patient ou par l'entourage, vu qu'il n'a pas forcément conscience de ces troubles. En tout cas face à des points de difficulté mis en avant euh... on va passer par la mise en situation. Dans ces mises en situation on essaie d'amener du feedback avec notamment la vidéo thérapie en séance pour accompagner le patient à la prise en compte de ces troubles. Un exemple sur la conduite automobile avec les personnes cérébro-lésé parfois ils n'ont vraiment pas conscience de leurs difficultés sur la route et nous on a un simulateur de conduite. L'avantage du simulateur de conduite, sur vraiment ce trouble-là, alors évidemment ça ne fait pas tout, le simulateur ne remplace pas la vraie conduite, mais sur ce trouble-là nous c'est que en fait il y a un enregistrement et qu'on peut aussi changer de point de vue c'est-à-dire dans le simulateur de conduite la personne a l'impression d'être dans une voiture, mais quand on fait un *replay* on peut mettre la caméra avec une vue extérieure, ce qui fait aussi qu'on va regarder la scène d'un autre point de vue avec le patient. Le patient va regarder avec nous. Et c'est vrai que parfois, ils ont tendance à dire que « c'est de la faute de l'autre » ou « ça, je ne pouvais pas le voir », etc. En remettant la scène avec le *replay* on peut se rendre compte et le patient aussi du coup, que bah non ce n'était peut-être pas de la faute de

« l'autre » ou de la machine, mais que c'était aussi parfois le patient qui commettait une erreur. »

**Anna :** « Oui, mais de manière générale les patients traumatisés crâniens, peuvent être assez euh... assez comment dire « fragile » ... »

**E4 :** « Euh... non non pas tous ! »

**Anna :** « Oui c'est juste que je voulais dire que peut-être le fait de les confronter à leurs difficultés pourrait être difficile pour eux, qu'est-ce que vous en pensez ? Après je pense que vous adaptez en fonction des patients que vous prenez en charge : est-ce qu'il est « fragile » ? et peut-être qu'à ce moment-là vous prenez plus de temps pour le confronter face à ses difficultés. Qu'en pensez-vous ? »

**E4 :** « Alors euh... bah je pense que c'est déjà là l'intérêt du travail pluridisciplinaire euh... parce que c'est vrai que la fragilité d'une personne c'est quelque chose qu'on voit et qu'on va pouvoir discuter en équipe avec le médecin c'est quand même lui qui prescrit les soins donc c'est lui qui va pouvoir aussi nous guider sur la vitesse de l'accompagnement donc est-ce qu'on va tout de suite montrer au patient qu'il y a des difficultés ou des choses comme ça, est-ce qu'on va tout de suite confronté le patient et travailler aussi avec le neuropsychologue. Dans les cas où il y a un aspect dépressif euh... bah le psychologue va aussi nous accompagner sur quand on peut y aller quoi. Donc en fait déjà le travail pluridisciplinaire je pense qu'il est essentiel pour savoir à quel moment on va confronter, ou pas, la personne à ces troubles. Ensuite c'est aussi par rapport à la relation thérapeutique que nous on met en place donc en fonction de ce qu'on a instauré, bah ça fait partie de notre métier de thérapeute, mais dans la thérapie on va savoir au bout d'un moment est-ce qu'on peut y aller ou pas quoi c'est aussi à nous par l'expérience et la relation qu'on a décidé d'instaurer avec le patient de savoir à partir de quand on peut le confronter ou pas à ses difficultés. Après je pense que c'est aussi euh... même si des fois c'est dur pour le patient, euh... est-ce qu'on est « thérapeutique » si jamais on laisse le patient dans sa croyance d'être performant dans une tâche ou dans l'ensemble de ses tâches ? Je ne suis pas sûr qu'on reste « thérapeutique » dans ce cas-là, on reste peut-être « sympathique », mais pas « thérapeutique ». Mais c'est vrai que ce n'est pas toujours facile et toujours drôle d'être thérapeute. Ça peut euh... aussi être parfois difficile et mettre en confrontation ou faire des annonces difficiles à un patient. »

**Anna :** « Je suis totalement d'accord avec vous ! Je me demandais, par rapport à tout à l'heure quand vous avez dit que vous avez utilisé la M.C.R.O avec l'entourage, mais l'avez-vous déjà utilisé avec un patient anosognosique ? Est-ce qu'il vous dit que tout va bien ? Comment ça se passe ? »

**E4 :** « Alors, c'est au cas par cas euh... mais de toute façon euh... l'idée de la M.C.R.O c'est quand même un entretien semi-directif donc c'est aussi à nous de mener l'entretien et d'accompagner la personne à exprimer ses difficultés donc même avec son anosognosie. Ici on prend le temps de parler un peu du parcours de soins... après ça dépend vraiment des troubles qu'elle a, mais euh... oui on parle du parcours de soins qu'elle a vécu, etc. Bah peut être que y'a des choses qui vont ressortir alors au début ça peut être seulement juste quelquefois euh... j'ai un autre patient cérébro-lésé qui va me dire bah « c'est la mémoire ! c'est la mémoire ! » parce qu'en fait je pense que tous les thérapeutes et les médecins, je pense, lui ont répété que c'était la mémoire. Donc ça ne nous donne pas un objectif M.C.R.O parce que je ne vais pas noter : « la mémoire » comme objectif. Mais par contre derrière, ça nous permet de réembrayer sur le quotidien, dans quoi ça peut le gêner d'avoir des troubles de mémoire ? Et en fait on arrive quand même au fur à mesure, en utilisant vraiment la technique d'entretien de la M.C.R.O euh... a pouvoir définir des objectifs ou des sous objectifs qui seront peut-être parfois à modeler au fur à mesure des séances. C'est vrai qu'il y a le temps d'évaluation aussi après, avec d'ailleurs des temps d'évaluation en mise en situation qui pour le coup vont mettre en avant l'écart de perception. Donc entre ce que l'on avait défini à la première M.C.R.O avec le patient, et ce qu'on va redéfinir par la suite de nos évaluations et bah on va peut-être retravailler un petit peu les objectifs ça va être la nuance qu'on va avoir avec un patient qui est complètement au clair avec ses idées et avec son état de santé on va avoir des objectifs plus précis qu'on va peut-être moins retoucher et moins retravailler. Avec un patient anosognosique on va avoir une première base avec la M.C.R.O je pense, qu'on va pouvoir affiner avec les mises en situation, puis on réévalue. »

**Anna :** « D'accord. Du coup en fait grâce à la reformulation vous arrivez quand même à poser des objectifs avec la personne anosognosique. »

**E4 :** « La reformulation, mais pas que, vraiment c'est l'ensemble de la technique d'entretien de la M.C.R.O. C'est pour ça que la M.C.R.O nécessite une formation normalement



complète, ce n'est pas que ce qu'on apprend à l'école à mon sens. Mais c'est vrai qu'il y a la technique d'entretien avec, l'entretien semi-directif qui est vraiment important à maîtriser pour justement avoir des objectifs M.C.R.O. parce que c'est vrai que des fois moi, j'observe des étudiants ou des collègues passés la M.C.R.O et ils se retrouvent avec objectifs de type « marcher », or oui c'est peut-être le souhait du patient, mais ce n'est pas un objectif. »

**Anna :** « Oui l'objectif c'est « marcher » pour quoi ? Dans quel but ? »

**E4 :** « Par exemple. C'est l'exemple le plus courant puisque c'est souvent ce que des patients répondent : « marcher », mais en fait on n'est pas censé en rester là, ça veut dire qu'on est censé aller plus loin. Et c'est pareil avec un patient anosognosique en fait, on peut aussi essayer de creuser. Après tout dépend des troubles si on est sur un patient anosognosique complet qui estime qu'il n'y a strictement aucun trouble et que ni avec nous il estime ça ni avec le neuropsychologue ni avec le médecin bah c'est clair que là il va falloir peut-être se rapprocher aussi des personnes-ressources dans ce cas-là, mais tout dépend quand même du degré d'anosognosie. »

**Anna :** « Oui et justement lors de la passation de la M.C.R.O comment vous sentez le patient ? Est-ce qu'il exprime de l'intérêt ? De la motivation ? Ou au contraire est-ce que vous avez le sentiment qu'il est plus dans le refus ? Comment vous sentez la position du patient euh... face à cet entretien justement ? »

**E4 :** « Alors euh... honnêtement là c'est tellement au cas par cas je ne peux vraiment pas généraliser. C'est à dire que c'est patient dépendant et chaque personne a une manière de... qu'il soit cérébro-lésé ou non d'ailleurs, à une manière différente de réagir à une évaluation et là c'est... à mon sens c'est impossible de généraliser un type de comportement sur la passation de l'évaluation. »

**Anna :** « Oui je comprends. Il n'y a pas de soucis. Et sinon comment vous juger le moment opportun pour faire une réévaluation ? Est-ce que vous avez des indicateurs ? »

**E4 :** « On n'a pas d'indicateur pour la réévaluation, de la M.C.R.O c'est ça hein ? »

**Anna :** « Oui c'est ça ! »

**E4 :** « Euh... ouais on n'a pas d'indicateur euh... que ça soit avec un une personne anosognosique ou pas d'ailleurs, c'est vraiment au thérapeute de définir en fait le moment opportun pour repasser une évaluation. Euh... ça peut être par exemple la sensation d'avoir atteint les objectifs de la part du patient. Le patient va demander peut-être à un peu plus travailler certaines choses ou de commun accord on va dire bah « ça, c'est bon ! ». Je reprends l'exemple de la conduite, une fois qu'on a fait toute la démarche et que le patient est aller jusqu'à la régularisation de son permis bah c'est clair que on va abandonner l'objectif puisqu'il est atteint donc ça peut être un des indicateurs qui nous dit que bah qu'il serait peut-être temps de refaire une M.C.R.O pour déterminer les objectifs. Ça peut dépendre du temps de prise en charge aussi, parce que sur certaines prises en charge on sait que ça va être plutôt court, bah des fois on fait une M.C.R.O d'entrer et une M.C.R.O de sortie ça c'est simple. Mais après sur les prises en charge de personnes cérébro-lésées souvent on a des prises en charge quand même avec un accompagnement plus long et on va plus être amené quand même à réévaluer euh... plus ou moins régulièrement, mais encore une fois ça dépend des objectifs de la personne et/ ou de son entourage, du coup c'est ce qui fait qu'il n'y a pas vraiment d'indicateurs. Il y a des personnes qui vont avancer plus vite que d'autres voilà je pense que c'est encore au cas par cas. »

**Anna :** « Oui je vois. Est-ce que vous pouvez me raconter pour vous quel est/ ou quels sont les intérêts de l'utilisation de la M.C.R.O avec les TC graves atteints d'anosognosie ?

**E4 :** « Bah ce n'est pas facile parce qu'enfaite la question repars toujours sur les patients anosognosiques. Mais ça, c'est parce que je pense que l'école a dû demander de cibler une population, mais nous en fait la M.C.R.O on l'utilise avec tout le monde donc pour moi elle a le même intérêt avec tout le monde. C'est-à-dire que le but de la M.C.R.O c'est quand même de définir des objectifs thérapeutiques qui font sens pour le patient euh... qui font sens pour son entourage, ça peut être soit l'un, soit l'autre, soit les 2. Mais en tout cas le but c'est quand même de définir des objectifs ergothérapeutiques et euh... qui font sens pour le thérapeute et pour le patient. Des objectifs atteignables également, réalistes. Mais du coup je ne vois pas de différence en faite à l'utiliser avec quelqu'un qui a eu un accident de voiture qui a « juste de la traumatologie » entre guillemets et quelqu'un qui est cérébro-lésé. Je ne fais pas de différence dans l'utilisation de la M.C.R.O. »

**Anna :** « D'accord. Parce que c'est vrai que j'avais fait euh... deux entretiens avec des ergothérapeutes qui m'avait justement formulé à cette question-là que la M.C.R.O était une limite par rapport au fait que des patients atteints d'anosognosies ne pouvaient pas forcément formuler des objectifs et disent par exemple que tout va bien et qu'ils n'ont pas de problème, etc. Après ces ergothérapeutes ont aussi trouvé de l'intérêt à l'utiliser avec justement cette patientèle. Mais du coup je trouve ça vraiment intéressant que vous vous ne parlez pas du tout de limite avec justement cette patientèle. »

**E4 :** « Ouais, non je pense que si on est correctement formé et si on n'oublie pas l'entourage la M.C.R.O peut toujours nous être utile. Parce que même le patient du coup qui dit que tout va bien, bah on se retourne vers euh... vers la personne-ressource. Ça peut-être vers les enfants, ça peut-être vers son conjoint, ça peut-être vers des personnes-ressources extérieures, un mandataire de justice, etc. Mais du coup on peut quand même se retourner vers d'autres personnes euh... alors peut-être des fois en adaptant légèrement l'entretien, en étant peut être plus rapide que ce qu'on fait avec un patient, quand on est amené à parler avec une personne extérieure qui n'a pas forcément la même disponibilité que le patient en séance. Mais à part le fait d'adapter un petit peu sa technique d'entretien et la vitesse d'entretien, je ne vois pas forcément d'autre limite effectivement à la passation même sinon. »

**Anna :** « Vous pensez que c'est plus « des contraintes » plutôt qu'une limite ? Et encore... »

**E4 :** « Et encore ouais... parce qu'au final ça fait partie notre métier hein, ça fait partie de tous les métiers de la santé, c'est comme dans toutes les politiques de santé actuelle dans les textes c'est marqué que c'est le patient et son entourage, la personne soignée et son entourage. Donc en fait tout thérapeute devrait prendre en considération ça et du coup consacrer un temps à ça. Donc ce n'est pas forcément ni une contrainte ni une limite. À mon sens c'est une ouverture de notre champ d'action, ça veut dire accepter l'idée de se dire que ce n'est pas forcément directement avec la personne qu'on travaille à chaque fois, on peut être aussi amené à travailler avec l'entourage. »

**Anna :** « Surtout qu'en plus l'entourage, dans le cas des cérébro-lésés, nous permet aussi de savoir comment le patient était avant, surtout pour dissocier la normalité des troubles du comportement par exemple. Oui c'est toujours bien d'être en relation avec l'entourage. »

**E4 :** « Ouais tout à fait ouais ! je pense que c'est essentiel, notamment oui chez la population des cérébro-lésés. Oui oui je pense que c'est primordial de prendre en compte l'entourage. »

**Anna :** « Bah justement j'en profite pour vous amener la dernière question de mon entretien : euh... Qu'est-ce que vous pensez de la pertinence de l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O ? »

**E4 :** « Bah je pense que c'est un outil qui est particulièrement efficace si on l'utilise pour la détermination des objectifs et du coup qui facilite ensuite notre plan d'action et l'accompagnement du patient lors des séances... »

**Anna :** « ...euh... après »

**E4 :** « Oui, allez-y. »

**Anna :** « C'était juste pour vous rappeler que la question était toujours ciblée sur les T.C grave atteint d'anosognosie, après je sais que pour vous utiliser la M.C.R.O de la même manière avec les personnes atteintes d'anosognosie ou non. Mais justement l'intérêt de ma question, c'est surtout : qu'est-ce que peut amener cet entretien semi-directif que propose la M.C.R.O avec cette patientèle spécifiquement ? »

**E4 :** « Euh... je ne suis pas sûr de pouvoir « bien y répondre » à la question entre guillemets. Bah l'avantage quand même, si on était dans un entretien complètement ouvert avec une personne anosognosique je pense qu'il n'y aurait pas suffisamment de cadre. Et du coup on ne s'en sortirait pas, euh... on n'arriverait pas déterminer des objectifs. Si on était dans un entretien uniquement directif euh... c'est quand même prendre un risque, notamment avec une personne cérébro-lésée, quand je dis prendre un risque c'est au niveau de la relation thérapeutique. Je pense que si c'est très fermé on va avoir du mal à maintenir une alliance thérapeutique. Le semi-directif, ça laisse un minimum de souplesse euh... pour s'entretenir avec le patient et de le laisser s'exprimer, mais nous ça nous garantit aussi le fait de nous

recentrer quand même sur la définition des objectifs thérapeutiques et de ne pas laisser une entière liberté sur les réponses, ou en tout cas de pouvoir guider le type de réponse. »

**Anna :** « Oui voilà ça apporte vraiment une dynamique de co-construction entre le patient et le thérapeute en fait. »

**E4 :** « Ouais tout à fait ouais ! C'est vraiment l'idée, entre guillemets « bâtir ensemble » le projet de soins en ergothérapie. »

**Anna :** « Et que la personne aussi s'engage. D'ailleurs, il existe d'autres évaluations qui permettent d'évaluer l'état occupationnel du patient, elles sont très souvent des questionnaires. Et justement l'entretien semi-directif que propose la M.C.R.O pourrait en faire sa différence, sa spécificité par rapport aux autres évaluations. Et peut-être que justement le patient aurait plus de facilité identifiée ces problèmes occupationnels vu qu'il en est acteur. »

**E4 :** « Oui et puis euh... en plus d'être acteur je pense que ça permet quand même aussi au niveau de la relation thérapeutique et de la relation de confiance d'établir..., c'est quand même un entretien ... et du coup on établit un contact avec la personne. Le risque des questionnaires et notamment des autoquestionnaires c'est que c'est plus impersonnel en fait. Et du coup la relation thérapeutique, à mon sens, peut-être plus difficile à établir ou en tout cas on va devoir utiliser d'autres temps pour établir une relation thérapeutique. Sur un questionnaire on peut imaginer que c'est le patient qu'il le remplit tout seul dans son coin ou on peut faire passer un questionnaire au patient, mais du coup ça sera des questions prédéfinies et on va moins rebondir ou s'intéresser à la vie concrète du patient on va plutôt descendre une liste de questions. Donc je pense que c'est moins intéressant dans vraiment la relation avec le patient. »

**Anna :** « Je suis totalement d'accord. »

## **L'intérêt de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (M.C.R.O) auprès des personnes anosognosiques victimes d'un traumatisme crânien grave**

### **RÉSUMÉ**

L'anosognosie est un trouble neuropsychologique très complexe pouvant se manifester à la suite d'un traumatisme crânien grave. Chez la personne, il se caractérise par la non-conscience de ses déficits. En effet, cet écart de perception peut engendrer une incapacité pour la personne à se fixer des objectifs réalistes, et ainsi faire obstacle à une prise en charge optimale. L'objectif de cette étude est d'explorer l'intérêt de l'utilisation de la M.C.R.O auprès de cette population, notamment dans l'entretien semi-directif qu'elle propose, dans une prise en charge en ergothérapie. Pour ce faire, des écrits théoriques ont été recensés et une enquête exploratoire qualitative a été conduite auprès d'un panel de 5 ergothérapeutes français formés à la M.C.R.O exerçant en S.S.R. Les résultats obtenus par cette étude ont montré la pertinence de l'entretien semi-directif à travers la construction d'une relation et d'un cadre thérapeutique, mais aussi par l'installation d'une dynamique co-constructive centrée sur la personne. Ces résultats ont aussi décelé l'intérêt de la réévaluation que propose la M.C.R.O dans son association aux mises en situation, mais également l'alternative d'une passation de cet outil auprès de l'entourage de la personne. Toutefois, des limites à la M.C.R.O et à l'étude ont aussi été identifiées et s'avéraient non négligeables.

**Mot clés :** Traumatisme crânien grave - Anosognosie - Ergothérapie - M.C.R.O - Entretien semi-directif - S.S.R

### **ABSTRACT**

Anosognosia is a very complex neuropsychological disorder that can occur following severe head injury. It is characterised by the person's lack of awareness of their deficits. This difference in perception can lead to an inability to set realistic goals and thus hinder optimal care. The aim of this study is to explore the interest of using the C.O.P.M with this population, particularly in the semi-directive interview it proposes, in occupational therapy treatment. To this end, theoretical literature was reviewed and a qualitative exploratory survey was conducted with a panel of five French occupational therapists trained in C.O.P.M exercising in S.S.R. The results obtained from this study showed the relevance of the semi-directive interview in building a relationship and a therapeutic framework, but also in establishing a co-constructive dynamic centred on the person. These results also revealed the interest of the reassessment proposed by the C.O.P.M in its association with situation scenarios, but also the alternative of using this tool with the person's entourage. However, the limitations of the C.O.P.M and of the study were also identified and proved to be non-significant.

**Key words :** Severe head injury - Anosognosia - Occupational therapy - C.O.P.M. - Semi-directive interview - S.S.R

**Anna MAURER**

**Sous la direction de Madame Hélène FAURE**