HAL
open science

L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie : traumatisme crânien et anosognosie

Flavie Grès

To cite this version:

Flavie Grès. L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie : traumatisme crânien et anosognosie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01834023

HAL Id: dumas-01834023

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01834023

Submitted on 10 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

GRES Flavie

Dossier mémoire

30 mai 2017

UE 6.5 S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie :

Traumatisme crânien et Anosognosie

Remerciements

« *Sous la direction de Jean-Claude MARTIN- Référent Parcours de Santé- AFM Téléthon – Service région Languedoc Roussillon, maître de mémoire.*»

Tout d'abord je souhaite remercier Jean-Claude MARTIN pour son accompagnement et son soutien régulier, pour la qualité de ses conseils et enfin pour la confiance qu'il a accordé à mon travail.

Je remercie également les professionnels qui ont contribué à l'aboutissement de mon travail, notamment les ergothérapeutes qui se sont intéressés de près ou de loin à mes recherches et ceux qui ont répondu au questionnaire.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne (IUFE).

Pour finir je remercie ma famille, et mes amis pour leur soutien remarquable ainsi que leur vision extérieure sur mon travail.

Table des matières

Introduction **3**

1 Problématique pratique **4**

1.1 Le traumatisme crânien 4

1.1.1 Définition, étiologies, épidémiologie 4

1.1.2 Evaluation de la gravité d'un traumatisme crânien 5

1.1.3 Le parcours de soins de la personne adulte ayant subi un TCG 6

1.1.4 Les conséquences fréquentes d'un traumatisme crânien 7

1.2 Handicap invisible et anosognosie 9

1.2.1 Définition de l'anosognosie 9

1.2.2 Le diagnostic et l'évaluation de l'anosognosie suite à un TC 10

1.2.3 Conséquences de l'anosognosie 11

1.3 L'ergothérapie 13

1.3.1 Définition de l'ergothérapie et de l'activité 13

1.3.2 Intervention basée sur les mises en situation écologiques 14

1.3.3 Intervention basée sur la rétroaction : « vidéo feedback » 16

1.3.4 Intervention basée sur l'éducation et l'information 18

1.4 Question de recherche 19

2 Problématique théorique **20**

2.1 La pyramide de la conscience de soi proposée par Crosson et ses collaborateurs (1989) 20

2.2 Le potentiel thérapeutique (Selon Doris Pierce, 2003) 21

2.2.1 Les dimensions subjectives de l'activité 22

2.2.2 Les dimensions contextuelles de l'activité 22

2.2.3 Les éléments du processus de mise en place de l'activité signifiante et significative 23

2.3 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) 24

2.3.1 L'être 25

2.3.2 L'Agir 26

2.3.3 Le devenir 27

3 Résultats 29

3.1 Choix de la méthode 29

3.2 Objectif de l'étude 29

3.3 Choix de la population 30

3.4 Conception de l'outil de l'étude 30

3.5 Distribution des questionnaires 31

3.6 Analyse à plat des résultats 31

3.6.1 Les données générales 31

3.6.2 Le contexte et l'environnement 33

3.6.3 Le déroulement de l'activité 36

3.6.4 Le débriefing 39

3.7 Analyse croisée des résultats 40

4 Discussion 42

4.1 Liens avec les matrices théoriques 42

4.1.1 Liens avec le modèle du MOH 42

4.1.2 Liens avec le concept du potentiel thérapeutique 43

4.1.3 Liens avec le concept de conscience de soi 45

4.2 Réponse à la question de recherche 46

4.3 Analyse réflexive 47

4.3.1 Critiques et limites de la méthode 47

4.3.2 Apports professionnels et perspectives de travail ultérieur 49

4.3.3 Apports personnels 50

Conclusion 51

Bibliographie 52

Annexes .....

Introduction

Mon travail d'initiation à la recherche porte sur la prise en charge des personnes Traumatisées Crâniennes Graves (TCG) présentant une anosognosie, c'est-à-dire des personnes n'ayant pas conscience de leurs troubles. Dans le cadre de la prise en charge de l'anosognosie, je m'intéresse à l'utilisation de l'activité, un outil privilégié en ergothérapie.

L'origine de ce sujet provient de mes expériences professionnelles en centre de rééducation fonctionnelle. En effet, au cours des stages, j'ai été confrontée à des patients ayant subi un TCG. L'anosognosie est un symptôme fréquent chez les personnes cérébro-lésées, il représente le principal obstacle à la rééducation et à la réadaptation. En effet, un patient présentant une conscience faible voire nulle de ses troubles *est « susceptible de ne pas se montrer motivé ou coopératif en thérapie »*. De plus, *« il se fixera des objectifs irréalistes, fera preuve d'un mauvais jugement »*. Les répercussions des troubles de la conscience s'observent *« sur la motivation, l'engagement et les résultats »* du patient (Fleming, 2010). Lors d'un stage, une situation précise m'a interpellée : l'ergothérapeute dans le but de confronter le patient à la réalité a proposé à une personne présentant un TCG et une anosognosie, une activité de mise en situation cuisine. Lors de l'activité, le patient a été confronté brutalement à ses difficultés alors qu'il ne pensait pas en avoir. Cette confrontation s'est accompagnée d'une vive réaction émotionnelle (pleurs, angoisses, dévalorisation…). De cette intervention ont émergé de nombreuses interrogations, je me suis alors questionnée sur la manière dont l'activité a été proposée, la manière dont le débriefing de l'ergothérapeute au patient a été réalisé…

C'est à partir de ces nombreuses constations que j'ai établi ma question d'étude : **Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge rééducative et réadaptative de l'anosognosie chez des personnes traumatisées crâniennes graves ?**

Au travers des données existantes dans la littérature, je développerai ma problématique pratique. Par la suite, j'annoncerai ma question de recherche ainsi que les théories et le modèle que je souhaite aborder en lien avec celle-ci. Une méthodologie sera appliquée. Les résultats seront ensuite analysés et mis en lien avec les notions théoriques afin de répondre à la question de recherche. Pour finir, une analyse réflexive sera menée et clôturera mon travail.

1. Problématique pratique

Afin de réaliser un bilan des données existantes dans la littérature concernant mon sujet de recherche, j'ai mis en place une stratégie documentaire. Pour cela, j'ai ciblé les auteurs principaux qui ont écrits au sujet du traumatisme crânien et de l'anosognosie. Parmi eux, Philipe Azouvi, Claire Vallat-Azouvi et Ghislaine Aubin (2015) auteurs du livre Traumatismes crânio-cérébraux (De boeck solal). Egalement, on retrouve de nombreux écrits de Claire Jourdan et Pascale Pradat-diehl. Les ergothérapeutes ayant écrit sur la conscience de soi ainsi que sur les interventions basées sur les mises en situation et la rétroaction sont : Julia Schmidt, Jennifer Fleming, et Natasha Lannin.

1.1 Le traumatisme crânien

1.1.1 Définition, étiologies, épidémiologie

Azouvi, Vallat-Azouvi et Aubin (2015), déclarent que le Traumatisme Crânien (TC) représente *« un problème de santé publique majeur »* et qu'il s'agit d'une *« cause majeure de mortalité et de handicap acquis chez l'adulte jeune »*. Le TC correspond à une lésion cérébrale d'origine traumatique, impliquant une destruction ou une dysfonction du tissu cérébral. Il existe plusieurs mécanismes responsables de dommage cérébral. Dans la majorité des TC, les lésions cérébrales « *sont fermées, le cerveau subit une accélération et une décélération à l'intérieur des parois* » (Powel, 2013). Ce mécanisme est le plus souvent associé à un choc direct ou un impact. Un autre mécanisme, moins fréquent est celui par pénétration, correspondant à des blessures ouvertes.

Concernant les différents mécanismes des atteintes cérébrales Maas, Stocchetti et Bullock (2008), estiment que les lésions cérébrales du TC peuvent être classées en deux parties, « *les primitives et les secondaires d'une part, et en lésions focales ou diffuses d'autre part*». Les lésions primitives focales sont inhérentes au traumatisme lui-même, et donc *« occasionnées par le coup et le contre coup du traumatisme »*, elles peuvent impliquer des hématomes, des contusions, des fractures du crâne. Les lésions diffuses concernent les lésions axonales diffuses *« situées à de multiples endroits de la substance blanche* ». Les lésions secondaires *« correspondent à l'aggravation des lésions initiales dans les jours qui suivent le traumatisme »*, elles se caractérisent parfois par un gonflement du cerveau (œdème

cérébral), une hyper-tension intracrânienne, une diminution du flux d'oxygène dans le sang, des hémorragies.

Concernant l'étiologie des traumatismes crâniens, selon Powell (2013) les accidents de la route représentent dans 50% des cas la principale cause des TC modérés à sévères. Ces accidents sont majoritaires chez les hommes jeunes. Les accidents domestiques (principalement les chutes) et les accidents industriels correspondent à 20-25%, les accidents de sport eux représentent 10-15% et enfin les agressions 10%. Les hommes sont *« trois fois plus exposés que les femmes »*, avec un pic de fréquence situé entre *« 15 et 30 ans »*. De plus les personnes qui ont tendance à avoir des *« comportements à risque, tels que la conduite sous l'influence de l'alcool, de médicaments, ou de drogues »* (Powell, 2016), les *« personnes âgées de plus 65 ans »* ou encore « *les personnes qui ont déjà subi un TC »* sont également plus exposées aux traumatismes crâniens (Powell, 2013).

Dans la littérature récente, peu de données épidémiologiques concernant les traumatismes crâniens en France sont disponibles. Selon Benaïm et Benatru (2009), il est possible d'estimer l'incidence « *grâce aux études réalisées à l'étranger ou dans certaines régions françaises, elle serait comprise entre 150 et 300 pour 100 000 habitants* ». Concernant le taux de mortalité, il est compris *« entre 7 et 17 % »*. Selon le Programme d'actions 2012 en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires**,** ***«*** *chaque année en France 155 000 personnes sont prises en charge à l'hôpital pour un traumatisme crânien et, parmi elles, 8500 seront des traumatisés graves avec séquelles invalidantes »* **(**Pradat-Diehl, 2010). Au niveau de l'Europe, selon une revue de littérature sur l'épidémiologie *« l'incidence globale serait de 235 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an »*. (Tagliaferri, compagnone, Korsic, Servadei et Kraus, 2006)

1.1.2 Evaluation de la gravité d'un traumatisme crânien

Selon Powel (2013), l'évaluation de la gravité d'un traumatisme crânien repose sur deux critères principaux : « *le niveau de conscience et la durée d'Amnésie Post Traumatique (APT) »*. En ce qui concerne le niveau de conscience il s'évalue à l'aide de l'échelle de Glasgow aussi appelée score de Glasgow (Annexe I). Le score de cette échelle est basé sur trois items : la capacité du patient à ouvrir les yeux, à réaliser une réponse verbale et à réaliser une réponse motrice. Le score peut évoluer de 3 à 15, *« plus le score est faible, plus le traumatisme est sérieux »* (Powel, 2013). Un score de 3 indique un coma profond, un score

de 15 indique une conscience de la personne normale. Le score de Glasgow est donc un indicateur de conscience. Le second critère permettant d'évaluer le degré de gravité, est la durée d'APT. L'APT est définie comme la période de longueur variable suivant le réveil du coma durant laquelle le patient est confus, désorienté, souffre d'amnésie rétrograde et est incapable d'enregistrer de nouvelles informations.

Selon Pradat-Diehl et al. (2012), le Traumatisme Crânien Grave (TCG) se caractérise par *« un coma initia*l », le score de Glasgow est *« inférieur ou égal à 8/15 »* et on constate une durée d'amnésie post traumatique *« supérieure à 24 heures »*. Un TC modéré est défini par un score de Glasgow « *entre 9 et 12 »*, pour le TC léger, le score est compris *« entre 13 et 15 »* (Bayen, Jourdan, Azouvi, Weiss, Pradat-Diehl, 2012). On estime que le TC léger représente 80% des cas, le TC modéré 11% et le TC grave 9% (Benaïm et Benatru, 2009).

1.1.3 Le parcours de soins de la personne adulte ayant subi un TCG

Le parcours de soin d'une personne traumatisée crânienne se décompose en trois grandes étapes, *« les soins aigus », « la phase post-aigue »* en service de soins de suite et rééducation et enfin la *« phase de suivi et de réinsertion »* (Azouvi et al, 2015). Ce parcours de soins est qualifié de *« long, singulier et incertain »* (Luauté et Pradat-Diehl, 2016). Bien que la prise en charge soit propre à chaque patient, on retrouve des similitudes.

A la suite de l'accident, le patient est hospitalisé en réanimation, cette étape fait référence à la phase aigüe du parcours de soins. L'étape suivante est importante et délicate dans l'évolution, elle concerne le passage du coma à l'éveil. Pour cette étape, il existe des *« Services de Rééducation Post-Réanimation (SRPR), ou bien des unités d'éveil »* ces structures permettent d'éviter une rupture dans la continuité des soins entre la réanimation et la rééducation (Luauté et Pradat-Diehl, 2016).

L'étape suivante est consacrée à la prise en charge globale des déficiences du patient par *« une équipe multidisciplinaire (médecins en médecine physique et de réadaptation, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux) »* au sein des services ou des centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) spécialisés en neurologie (Luauté et Pradat-Diehl, 2016). A l'arrivée dans les services de SSR, les professionnels effectuent une évaluation initiale de l'ensemble des déficiences du patient. C'est à partir de *« ces déficiences mais également des facteurs personnels et*

environnementaux du patient », qu'un programme de rééducation personnalisé est réalisé, ainsi que *« le projet de vie du patient »* (Luauté et Pradat-Diehl, 2016).

L'ultime étape consiste au retour à domicile, et à la réinsertion. Cette étape représente une période à risque de rupture dans la continuité des soins et dans l'accompagnement de la personne. Des structures médico-sociales favorisent le retour à domicile et la réinsertion : la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), les structures alternatives à la vie du domicile (Maisons d'accueil spécialisées, foyers d'accueil médicalisés), les Unités d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Socio-professionnelle (UEROS), les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH) ou Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS).

1.1.4 Les conséquences fréquentes d'un traumatisme crânien

Les évolutions après un TC sont diverses et nombreuses, l'évolution peut dans certains cas être défavorable et entrainer le décès ou tout au contraire, la récupération peut être complète (Benaïm et Benatru, 2009). Dans la majorité des cas, les personnes qui survivent à un TC présentent des séquelles qui peuvent persister ou non, dans le long terme, en fonction de la gravité. Du fait de l'abondance des troubles qui peuvent résulter d'un traumatisme crânien, l'énumération ci-dessous est non exhaustive.

Les séquelles d'un TC sont extrêmement variables, on peut observer des atteintes « *neurologiques, des atteintes des fonctions cognitives, des fonctions psychologiques* ». Egalement des répercussions sur *« la personnalité et le comportement »* sont fréquemment constatées (Benaïm et Benatru, 2009). Les atteintes neurologiques peuvent être à l'origine d'une hémiplégie (paralysie touchant l'hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale), de troubles sensitifs… (Azouvi et al, 2015). On peut observer des *« déficiences sensorielles en particulier les troubles visuels »* (Azouvi et Jourdan, 2016). La fatigue mentale est une plainte très fréquente, et qui perdure longtemps après l'accident. Les troubles de la communication verbale sont *« présents dans près de 30 % des cas de TC grave »*, on constate le plus souvent des difficultés à structurer un discours (Azouvi et Jourdan, 2016).

Concernant l'atteinte des fonctions cognitives, un grand nombre de ces fonctions peuvent être touchées au cours d'un TC, cela dépend de *« la localisation de la lésion cérébrale essentiellement de la lésion initiale et des lésions périphériques associées au TC »* (Benaïm et Benatru, 2009). Les séquelles neuro cognitives regroupent les troubles des

fonctions mnésiques, les troubles de l'attention, les troubles de la mémoire et enfin les troubles des fonctions exécutives. Les troubles de la mémoire correspondent à l'amnésie post traumatique, mais aussi parfois à des troubles de la mémoire à court terme souvent dû à *« une mauvaise stratégie d'apprentissage »* (Azouvi et Jourdan, 2016). Les difficultés d'attention et de concentration sont fréquentes après un TC, les différents types d'attention peuvent être touchés (l'attention sélective, soutenue et divisée). Associées aux troubles de l'attention, on observe chez ces patients *« un ralentissement de la vitesse de traitement »* (Azouvi et Jourdan, 2016). En ce qui concerne les troubles fonctions exécutives, ils représentent *« une des principales causes de handicap séquellaire des TC sévères »* (Azouvi et al, 2015). Les fonctions exécutives correspondent à des habiletés cognitives *« de haut niveau impliquées dans la gestion de situations nouvelles, non routinières, ou complexes »* (Azouvi et Jourdan, 2016). Les troubles de ces fonctions se traduisent par des altérations de l'analyse et du raisonnement, des difficultés à faire des liens logiques, des déductions. Elles peuvent être associées à des déficits de flexibilité mentale, des difficultés à s'adapter (gérer un imprévu), à planifier, à formuler un but, à anticiper ou maintenir une série d'actions.

Se rajoute à cela, les troubles du comportement et de la personnalité qui *« peuvent survenir dans 50 à 70% des TC sévères »* (Azouvi et Jourdan, 2016). Selon les recommandations de bonnes pratiques les troubles du comportement peuvent être classés en quatre sous-parties (Haute Autorité de Santé, 2013). Tout d'abord les perturbations des comportements par excès comme l'agitation, l'irritabilité, l'opposition, la colère, les comportements de déambulation, la désinhibition ; Les perturbations des comportements par défaut notamment l'apathie qui se caractérise par un manque d'initiative, une perte de motivation, une réduction des réactions émotionnelles, une activité diminuée… ; les troubles du comportement secondaires à la dépression, à l'anxiété et la psychose ; et enfin les tentatives de suicide. Les troubles du comportement, peuvent entraver l'autonomie de la personne, son retour à domicile, sa réinsertion professionnelle. La gestion des troubles du comportement représente une charge très importante pour les familles.

De plus, les personnes ayant subi un TC sévère ont *« fréquemment une mauvaise conscience de leurs difficultés cognitives et comportementales »*, ce phénomène se nomme l'anosognosie (Azouvi et Jourdan, 2016). Celle-ci à un impact majeur lors de la rééducation et de la réadaptation. Ce symptôme est approfondi dans la deuxième partie.

1.2 Handicap invisible et anosognosie

L'étude PariS-TBI, est une étude de cohorte francilienne sur le TC sévère, qui démontre que *« un an après l'accident, seuls 19 % des survivants présentaient une bonne récupération selon l'échelle de handicap la plus utilisée dans cette pathologie, la Glasgow Outcome Scale (GOS) »*. Les autres survivants présentaient soit un *« handicap modéré »* caractérisé par des *« séquelles compatibles avec une bonne autonomie dans la vie quotidienne »*, soit un *« handicap sévère »* caractérisé par un *« besoin d'aide dans la vie quotidienne »* (Jourdan et al, 2013). Les séquelles peuvent donc persister sur le long terme, elles concernent principalement les troubles cognitifs et/ou comportementaux. Ces séquelles *« constituent un handicap invisible dont les conséquences sont souvent sous-estimées par rapport aux conséquences « visibles » d'un handicap moteur* » (Pradat-Diehl et al, 2012). Ce handicap est d'autant plus invisible, lorsque les patients sont anosognosiques c'est-à-dire qu'ils ont *« une mauvaise conscience de leurs difficultés cognitives et comportementales »*.

1.2.1 Définition de l'anosognosie

Le terme d'anosognosie peut être décomposé en 3 parties, tout d'abord le préfixe *« a »* qui signifie du grec *« sans »*, *« noso »* signifie *« maladie »* et enfin *« gnosie »* se traduit par connaissance. Etymologiquement, anosognosie se traduit donc par l'absence de connaissance de la maladie. Ce terme a été introduit en premier par Babinski, neurologue français en 1914 pour décrire la méconnaissance de l'hémiplégie gauche suite à un accident vasculaire cérébral de l'hémisphère droit. Babinski défini l'anosognosie 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 »*. Derouesné (2009) définit l'anosognosie comme *« la non connaissance de la maladie, ce qui lui confère le statut d'un symptôme neurologique d'ordre cognitif au même titre que les autres agnosies (des objets, des visages…)* » à la différence du déni qui représente « *un mécanisme de défense psychique »*. L'origine de ce terme provient des travaux de Freud sur l'inconscient et sur les mécanismes de défense d'ordre psychologique. Le déni est une stratégie de défense qui mène la personne à nier une réalité qui est trop douloureuse à affronter. A la différence de l'anosognosie les structures cérébrales sont intactes.

Ce phénomène a été démontré par la suite, chez d'autres patients présentant diverses lésions cérébrales, *« maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, démence fronto-*

temporale, traumatisme crânien sévère. » (Prigatano, 2009). Concernant la localisation de la zone cérébrale responsable de la méconnaissance des troubles, peu d'études sont présentes dans la littérature. Une étude menée en 2013 par Ham et al suggère que l'anosognosie serait la conséquence *« d'une réduction de la connectivité entre le cortex cingulaire antérieur, l'insula antérieur et le circuit frontopariétal »*.

L'anosognosie se manifeste par une *« sous-estimation des difficultés rencontrées et des conséquences possibles de ces déficits sur les activités de la vie quotidienne ou socioprofessionnelle »*. On observe alors chez les personnes souffrant d'anosognosie des comportements *« en décalage avec la réalité du déficit »* (Azouvi et al 2015). De plus, on remarque que les personnes présentant une anosognosie *« se plaignent que peu, voire pas du tout »* (Azouvi et Jourdan, 2016).

1.2.2 Le diagnostic et l'évaluation de l'anosognosie suite à un TC

Le diagnostic est énoncé par le médecin et/ou le neuropsychologue. Concernant l'évaluation, le neuropsychologue à recours à différents outils afin d'évaluer l'anosognosie d'un patient. Une étude récente réalisée par Smeets et al en 2012, a démontré l'efficacité de trois outils d'évaluation de l'anosognosie auprès des personnes traumatisées crâniennes: l'AQ (Awareness Questionnaire), la PCRS (The Patient Competency Rating Scale), et SADI (Self-Awareness of Déficit Interview).

Les outils les plus classiques afin d'évaluer l'anosognosie reposent sur *« la comparaison des autoévaluations des patients… à celles des autres personnes référentes »* (Azouvi et al, 2015). Les personnes considérées comme référentes peuvent être un proche du patient, ou un thérapeute qui s'occupe de ce patient. C'est la différence entre l'autoévaluation du patient et celle de la personne référente, qui permet d'estimer le degré d'anosognosie du patient.

The Patient Competency Rating Scale (PCRS) est l'un des tests les plus utilisés, il a été développé par Prigatano en 1986. Le but de cet outil est d'évaluer la prise de conscience de soi-même, c'est-à-dire de ses troubles, de ses difficultés après la lésion cérébrale. Le PCRS est un instrument d'auto-évaluation composé de 30 items, le patient doit évaluer son degré de difficulté dans chaque item. Les items représentent des tâches de la vie quotidienne, telles que s'habiller, conduire une voiture, préparer un repas… mais aussi le domaine de la vie sociale et affective du patient. Un questionnaire d'auto-évaluation existe aussi pour

l'entourage du patient et également pour le soignant. La méconnaissance des troubles peut être déduite des contradictions entre les trois évaluations. Le patient anosognosique aura tendance à surestimer ses capacités.

L'AQ (Awareness Questionnaire), établi et validé par Sherer et al en 1998 propose trois versions de questionnaires destinées au patient, à un proche et à un clinicien. Ce questionnaire comporte 17 items, concernant le fonctionnement moteur, sensoriel, cognitif, comportemental et affectif après un traumatisme crânien sévère. Il s'agit d'indiquer les capacités actuelles du patient à réaliser certaines activités, en les comparant à ses capacités antérieures au traumatisme.

L'échelle SADI (Self-Awareness of Déficit Interview) développée par Fleming en 1996, se présente sous la forme d'un questionnaire côté par un examinateur lors d'un entretien semi-structuré avec la personne. Ce questionnaire comporte trois parties, la connaissance des déficits, la connaissance des impacts fonctionnels et la capacité du patient à réaliser des projets réalistes.

1.2.3 Conséquences de l'anosognosie

L'anosognosie est un symptôme fréquent, il *« survient pour 50 à 70 % des traumatismes crâniens sévères » (Azouvi et al 2015).* La prise de conscience représente un problème courant suite à une lésion cérébrale et persiste sur le long terme. En effet, *« sept ans après une lésion cérébrale, 30% des familles de victimes disaient que le patient lésé refusait d'admettre ses difficultés »* (Powell, 2015). Parmi les conséquences possibles à la suite d'une lésion cérébrale, l'anosognosie est l'un des problèmes cognitifs ayant le plus d'impact sur la rééducation et la réadaptation de la personne traumatisée crânienne. Selon Fleming (2010), un patient avec une conscience de soi amoindrie *« est susceptible de ne pas se montrer motivé ou coopératif en thérapie, il se fixera des objectifs irréalistes, fera preuve d'un mauvais jugement »*. L'anosognosie peut également être un frein lors de la phase de réadaptation, notamment lors du retour à domicile. La personne souffrant d'anosognosie *« ne comprendra pas la nécessité de recourir à des stratégies de compensation et encore moins le besoin de les appliquer dans la vie de tous les jours »* (Fleming, 2010).

Selon Gilles et al (2014) « *La méconnaissance des troubles cognitifs et comportementaux chez les patients cérébrolésés entraverait la rééducation et la réinsertion socio-professionnelle et persisterait des années après l'accident.* ». L'impact sur la

réinsertion professionnelle est démontré quantitativement par Bayen et al. (2012). En effet « *la proportion de patients reprenant leur travail est variable, aux alentours de 30 % pour le traumatisme crânien grave* ». Ce pourcentage, pourrait en partie s'expliquer par le niveau de prise de conscience en effet, celui-ci *« influencerait la capacité d'élaboration de projets réalistes, l'issue de la réhabilitation à long terme et serait prédictif de l'employabilité. »* (Gilles et al, 2014). D'autres études notamment celles de Sherer et al (1998 ; 2003) montrent que « *le degré d'anosognosie est prédictif du devenir professionnel »* après un traumatisme crânien grave. Pour pallier à cette difficulté, de nombreuses structures médico-sociales telles que les UEROS (Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle, les SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour les Adultes Handicapés), les SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) accompagnent les patients dans leur réinsertion.

Bayen et al (2012) précisent également les conséquences d'un traumatisme crânien et de l'anosognosie sur le plan social et familial : « *on observe fréquemment un appauvrissement de la vie sociale et des loisirs, aboutissant à un isolement social. ».* De plus, « *les blessés sont le plus souvent à la charge de leur famille, ce qui a des conséquences péjoratives sur la santé et la vie des aidants. ».*

Afin de mieux comprendre, les conséquences de l'anosognosie sur la réinsertion professionnelle des patients traumatisés crâniens, j'ai réalisé une enquête exploratoire. En effet, j'ai interrogé par mail deux ergothérapeutes, intervenant dans des UEROS en région parisienne. Elles m'ont fait part de leurs observations suite à mes questions : « Quel était l'impact de l'anosognosie sur le devenir professionnel des patients ? », « Que pensez –vous de l'approche écologique auprès de ces patients ? ». Les deux réponses se regroupent sur un point commun, qui est que l'anosognosie a pour conséquence une *« inadéquation entre leurs désirs et ce qu'ils peuvent faire concrètement! ».* De plus, une des ergothérapeutes, me conseillait d'approfondir l'approche écologique qui pour elle est précieuse dans la prise en charge des personnes anosognosiques.

Nous pouvons nous demander comment les thérapeutes doivent agir face à une anosognosie qui perdure dans le temps. En ce qui concerne la prise en charge de l'anosognosie, nous sommes confrontés à une question d'ordre éthique. Selon Derouesné (2009), deux possibilités sont envisageables, *« faut-il essayer de lever la méconnaissance »* des troubles car celle-ci peut avoir *« des conséquences graves pour le patient et pour son*

entourage ». De plus, l'anosognosie peut « *rendre difficile l'établissement du contrat thérapeutique* ». Egalement, on associe la prise de conscience de soi à une meilleure atteinte des objectifs de rééducation et des meilleurs résultats en termes de réinsertion socio-professionnelle (Katz, Fleming, Keren, Lightbody, Hartman-Maeir, 2002). D'autre part, on peut se demander si l'anosognosie *« ne constitue pas un mécanisme protecteur »*, contre une éventuelle dépression à la suite de la prise de conscience des difficultés.

1.3 L'ergothérapie

1.3.1 Définition de l'ergothérapie et de l'activité

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 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. »* (ANFE, 2016). Selon le référentiel de compétence, l'ergothérapeute est en capacité de *« mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* ». En ergothérapie, l'activité occupe une place importante dans la pratique, elle est souvent qualifiée comme l'outil privilégié des ergothérapeutes.

Il est important en ergothérapie de différencier l'occupation, l'activité, et la tâche. Selon Meyer en 2013, dans son livre intitulé « De l'activité à la participation », le terme de 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 »*. L'activité, elle est définie comme *« une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations »*, et enfin la tâche se caractérise par *« une succession d'étapes structurées (des actions et/ou des réflexions) conduisant à la réalisation d'un but particulier »* (Meyer, 2013).

En France, le terme d'occupation est *« inapproprié, celui d'activité convient mieux mais manque de précision* (Morel-bracq, 2009). C'est pourquoi il est important de qualifier les activités de signifiantes et de significatives. Selon Leontiev, le terme de signifiant évoque *« le sens donné par la personne à l'activité »*, le sens est propre et singulier à chaque personne. Alors que le terme de significatif fait référence au *« sens donné*

socialement par les autres » (Leontiev, cité par Rochex, 1995). La réalisation d'activités fortement signifiantes et significatives optimise l'investissement et l'engagement de la personne dans l'activité. L'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).

Selon l'objectif de la prise en charge, l'ergothérapeute se sert des activités comme moyens et comme fins thérapeutiques. L'ergothérapeute a pour rôle d'ajuster l'activité aux capacités du patient, et de rendre l'activité thérapeutique. Les activités comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs. L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles, selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie. Les activités sont extrêmement variables, il peut s'agir d'exercice, de jeux, des activités manuelles, des mises en situation d'activités quotidiennes, des tâches domestiques, des gestes professionnels, des activités sociales, culturelles ou sportives... (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008)

1.3.2 Les interventions basées sur les mises en situation écologiques

Au cours de mes recherches, je me suis intéressée à la pratique des ergothérapeutes, face à des patients traumatisés crâniens anosognosiques. Lors de mes stages en centre de rééducation fonctionnelle, j'ai constaté que les ergothérapeutes cherchaient à placer le patient face à ses difficultés par l'intermédiaire de l'activité signifiante. Le mémoire « L'anosognosie : activité et prise de conscience des troubles » écrit par Catella, étudiante en ergothérapie en 2012, m'a permis de comprendre l'impact de l'activité sur le phénomène de levée d'anosognosie. Après avoir interrogée les diverses pratiques de plusieurs ergothérapeutes auprès de patients anosognosiques, Catella affirme que *« l'activité en ergothérapie aide la prise de conscience des troubles car elle donne lieu à un acte concret et mène à un résultat visible que l'on peut observer, commenter, comparer »*. Selon elle, la mise en activité est considérée comme un *« outil mettant en valeur l'échec »*, et *« une étape nécessaire pour expérimenter ses nouvelles capacités »*. De plus, Dumas en 2001 affirme que *« l'activité objective la réalité des troubles »*. La difficulté à réaliser une activité confronte le patient à la signification de l'activité par rapport à sa propre identité.

La prise en charge actuelle de l'anosognosie consiste à un *« réentrainement global de la correction des erreurs lors de la rééducation des fonctions cognitives ou lors de mises en situation écologiques diverses »* (Azouvi et al, 2015). De plus la mise en situation est *« un support concret de réalisation, d'analyse et d'échange autour de l'action, les mises en situation doivent/peuvent être un objet de dialogue avec les personnes anosognosiques »* (Jegouss et al, 2013).

Selon Guilhard (2007) la mise en situation écologique se réalise dans une situation réelle, *« c'est-à-dire, qu'elle s'effectue avec une « vraie » activité et dans la « vraie » vie. »*. La notion clé dans l'approche écologique est celle du *« lieu de vie de la personne »*. Les mises en situation devraient donc se réaliser au domicile de la personne si on souhaite parler d'écologie. Cependant nous ne pouvons pas négliger *« le surcoût humain et matériel de cette démarche au domicile »*. Alors, on peut se questionner sur l'efficacité des *«simples mises en situation en centre »* et sur *« la valeur des appartements témoins ? »*. Dans la mesure où l'on ne se situe pas au domicile de la personne, peut-on considérer les mises en situation en centre comme écologiques. Guillard répond à cette interrogation en soulignant le fait que même si nous réalisons des situations artificielles en centre par exemple, *« notre démarche a toujours pour visée un lieu de vie et donc un contexte »*. Guilhard (2007) conclu que l'écologie apparaît lorsque ce que l'on souhaite évaluer ou rééduquer est *« envisagé et traité globalement dans le cadre d'une activité écologique de type cuisine par exemple, et cela, même si cette activité est effectuée en centre de rééducation »*.

Selon Perrin, Dupont, Hauchard, Hutteau (2007), les objectifs des mises en situation écologiques sont d'*« évaluer et démontrer les capacités du patient dans les activités de la vie quotidienne »*. On entend par activités quotidiennes, réaliser des courses, effectuer des démarches administratives, utiliser les transports en commun, s'inscrire pour pratiquer une activité sportive, ou encore culturelle… Les objectifs sont variés, les mises en situation écologiques sont le support d'évaluation des capacités du patient mais également de ses limites qui rencontrent dans l'activité.

Les mises en situation écologiques permettent à la personne de *« prendre conscience de ses difficultés et de son potentiel »* et à partir de là *« une dynamique de changement »* peut s'opérer (Seene, 2009).

Les mises en situation écologiques peuvent être proposées au patient sous différents supports. Les mises en situation écologiques réalisées dans le monde réel sont les plus classiques et les plus utilisées par les professionnels de rééducation. L'environnement utilisé pour réaliser ces mises en situation est dit « écologique », c'est *« un environnement dans lequel on réalise des activités de la vie quotidienne, ex. un supermarché »* (Cao, 2010).

Au cours des dernières années les mises en situation écologiques dans un monde virtuel se sont développées. En effet, les techniques de réalité virtuelle ont considérément évolué et ce notamment dans le champ de la rééducation. Pour Josman, Milika Ben-Chaim, Friedrich, Weiss (2008) la technologie de la réalité virtuelle permet *« d'immerger les individus dans des environnements interactifs simulés, qui peuvent être très similaires à ceux de la vie réelle »*. Cao (2010) affirme que *« les technologies de la réalité virtuelle ont montré leurs potentiels dans la proposition de stratégies d'intervention thérapeutique innovantes »*. La réalité virtuelle permet de créer des taches écologiques, dans un environnement virtuel proche des activités de la vie quotidienne du patient. Dans le domaine de la *« rééducation cognitive, les exercices dans l'espace virtuel sont effectués pour aider les personnes à rétablir leurs capacités cognitives après une lésion cérébrale »* et permettre un fonctionnement efficient dans les activités de la vie quotidienne. Pour Standen et Brown (2005), l'intérêt de la réalité virtuelle, est que celle-ci permet de *« sécuriser les situations de rééducation d'habilités cognitives présentant des risques en situation réelle (conduire, cuisiner, etc.) »*. De ce fait, les erreurs commises par le patient, n'entrainent en aucun cas des conséquences dangereuses.

Catella, souligne que la confrontation par l'activité *« ne doit pas se faire au détriment de la relation thérapeutique »*. L'élaboration de la relation thérapeutique représente un *« préalable fondamental à toute prise en charge rééducative ou réadaptative »* de personne souffrant d'anosognosie.

1.3.3 Les interventions basées sur la rétroaction

Après l'activité de mise en situation écologique, un débriefing doit être mené. Ce débriefing entre le patient et le soignant, consiste en un retour appelé *« feed-back sur l'exécution de la tâche »*. L'ergothérapeute ou le patient lui-même peut alors pointer et verbaliser les difficultés qu'il a rencontré lors de l'activité. Ce débriefing aussi appelé entretien d'explication consiste en *« un temps important d'analyse et de*

communication avec la personne cérébrolésée », qui permet *« une compréhension contextualisée : certains comportements jugés a priori inadaptés peuvent prendre du sens »*. (Jegouss et al, 2013). Le débriefing peut reposer sur différents supports, certains utilisent le feedback direct par l'échange verbal, d'autres s'appuie sur un support vidéo. Selon Powell (2013), l'enregistrement vidéo représente *« quelque chose de concret avec lequel il est difficile d'être en désaccord »*.

Une étude réalisée en 2012 par un groupe de chercheurs ergothérapeutes (Schmidt, Fleming, Lannin) viser à évaluer et comparer l'efficacité de trois types de feedback lors d'une tache écologique afin d'améliorer la conscience des troubles. Les feedbacks sont basés soit sur la vidéo, soit sur la discussion verbale ou bien basés sur l'expérience. Selon les auteurs précédents, le plus efficace pour augmenter la conscience de soi était une combinaison de feedback par vidéo et verbal en cours de la tâche. Il s'agit d'une intervention par rétroaction vidéo sur le rendement occupationnel de la personne ayant subi un traumatisme crânien permettant d'améliorer la conscience de soi. En effet, une prise de conscience des difficultés peut s'opérer chez ces personnes par l'observation de la rétroaction vidéo de leur propre performance.

A la suite de ce résultat, une étude réalisée en 2014 par la même équipe d'ergothérapeutes chercheurs (Schmidt, Fleming, Lannin) a pour but de *« décrire une intervention basée sur la rétroaction vidéo dont on a démontré l'efficacité dans un essai clinique randomisé afin de favoriser l'application de cette intervention dans la pratique clinique »*. Cette dernière étude propose un protocole documenté et validé en anglais. De plus, cette étude nous informe que l'intervention basée sur la rétroaction vidéo doit se décomposer en 3 parties :

- Préparation et planification de la tâche ;
- Autocorrection et feedback durant la tâche ;
- Feedback/évaluation par vidéo.

Au sein de ce protocole ressort différents principes fondamentaux à la mise en place d'une intervention par rétroaction vidéo (traduction non validée) :

1. *« Use a meaningful occupation as a medium to provide feedback »* : utiliser une occupation significative et signifiante pour fournir des commentaires (feedback).

2. *« Build a therapeutic rapport »* : construire un lien thérapeutique solide préalablement à l'intervention.
3. *« Provide opportunity for self-recognition of errors »* : donner l'opportunité de se rendre compte de ses erreurs lors de la tâche, susciter l'autocritique de la performance.
4. *« Provide feedback in a confidential and quiet environment »* : fournir les feedbacks dans un environnement tranquille pour favoriser l'attention et la confidentialité.
5. *« Ensure the feedback is timely »* : s'assurer que le feedback soit donné au moment opportun (préférablement dans les 24 heures suivant la tâche).
6. *« Provide feedback on areas of strength as well as areas to improve »:* fournir des feedbacks sur les forces et les faiblesses. Utiliser pour cela l'approche sandwich: faire ressortir d'abord les points forts suivis des points faibles, en terminant avec des points forts.
7. « Ensure there is adequate psychological support » : s'assurer du potentiel psychologique du patient.

La mise en situation écologique peut être réalisée plusieurs fois si la conscience des difficultés n'est pas augmentée suite à la première intervention. Pour l'anosognosie des déficits cognitifs, le thérapeute peut proposer une échelle de cotation évaluant les différentes habiletés et demander au patient de s'évaluer suite au visionnement de sa performance. La grille peut alors être comparée à celle du thérapeute pour soulever l'écart entre la performance perçue par le patient et celle perçue par le thérapeute.

1.3.4 Les interventions basées sur l'éducation et l'information

L'activité n'est pas l'unique moyen afin d'améliorer la prise de conscience des troubles. Une étape importante dans le processus de prise de conscience, est celle de l'éducation du patient au sujet de son handicap.

Le *« Awareness Intervention Program (AIP) »* développé par Cheng et Man en 2006, est un programme qui se montre pertinent dans l'amélioration de la connaissance de soi, et dans l'indépendance de la personne dans les activités de la vie quotidienne. Les interventions ont pour but de fournir de l'éducation sur la maladie et également de favoriser l'établissement d'objectifs réalisables. Les résultats de cette étude montrent que ce programme est essentiel et efficace avant de débuter la phase de réadaptation. Cela permet à

la personne de s'investir davantage dans sa réadaptation. Ce programme met l'accent sur l'éducation, la pratique d'activités, l'auto-évaluation et la mise en place d'objectifs SMART. (Simple-Mesurable-Atteignable-Réaliste-faisable dans le Temps). Les interventions à visée éducatives portent sur les connaissances de la personne sur sa propre maladie, sur les déficits qui en résultent dans les activités de la vie quotidienne, sur la fonction neuropsychologique impliquée dans le processus de conscience des déficits, sur la prédiction de la performance, sur la capacité à porter un jugement. Les thérapeutes utilisent la rétroaction pour renforcer les connaissances actuelles de la personne.

1.4 Question de recherche

A la suite de mes recherches et lectures j'ai établi ma question de recherche :

« Comment l'ergothérapeute organise-t-il les activités de mises en situation écologiques dans le but d'accompagner la prise de conscience des troubles de la personne traumatisée crânienne grave souffrant d'anosognosie ? »

A partir de cette question, je souhaite développer plusieurs théories et un modèle conceptuel en rapport avec mon sujet de recherche. La première théorie porte sur *« the pyramid model of self-awarness »* développée par Crosson et al en 1789. C'est un modèle théorique qui représente la pyramide de la conscience de soi. Celle-ci se décompose en *" trois niveaux hiérarchiques et interdépendants"*.

La deuxième théorie porte sur la notion de potentiel thérapeutique développée par Doris Pierce. Je souhaite aborder cette notion en rapport avec l'utilisation des mises en situation écologiques. En effet celles-ci représentent une activité à caractère thérapeutique.

Pour finir, je rapprocherai la prise en charge ergothérapique des personnes souffrant d'anosognosie au Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Ce modèle a pour objectif d'assimiler les forces et les faiblesses d'une personne en ce qui concerne son implication et son engagement dans l'activité.

2 Problématique théorique

2.1 La pyramide de la conscience de soi proposée par Crosson et ses collaborateurs (1989)

La conscience de soi désignée par le terme de *« connaissance intuitive »* est fortement employée en réadaptation et permet de *« décrire la reconnaissance par le patient de ses propres forces et de ses propres limites, en particulier la capacité de comprendre la nature de son incapacité et d'en apprécier les répercussions »* (Fleming, 2010). Selon Prigatano et Schacter en 1991, la conscience de soi se définit comme *« la capacité de percevoir le soi de manière relativement objective tout en maintenant un côté subjectif »*. Ce côté subjectif fait référence aux émotions de la personne, et donc à l'aspect affectif. La conscience de soi est *« un processus cognitif »*, qui est alimenté par la réalité extérieure, mais également par l'expérience de la personne.

La conscience de soi a été théorisée selon différents modèles théoriques. Selon Crosson et al 1989, la conscience de soi se décompose en *" trois niveaux hiérarchiques et interdépendants*". Ces trois niveaux sont schématisés à travers la pyramide de la conscience de soi (Annexe II).

La conscience intellectuelle est le premier niveau et correspond à la *« capacité à comprendre qu'une fonction mentale ou physique est affectée »*. Cette première étape représente les savoirs en termes de connaissance sur le fonctionnement de la personne. Crosson et al, suggèrent que les facteurs qui peuvent contribuer à l'altération de la conscience intellectuelle sont la méconnaissance des manifestations de la lésion cérébrale, le déficit sévère des capacités mnésiques, et le déficit de raisonnement.

La conscience émergente réfère à la *« capacité à reconnaître une incidence du problème sur les activités de la vie quotidienne »*. La conscience intellectuelle est considérée comme un prérequis à la conscience émergente. En effet, il faut d'abord reconnaître qu'un problème existe pour par la suite identifier les répercussions qui en découlent.

La conscience anticipatoire signifie *« la capacité à prédire que ce déficit identifié pourra de nouveau se manifester dans l'avenir »*. C'est le fait d'anticiper les difficultés et de mettre en place des stratégies compensatoires pour pallier aux problèmes rencontrés. Pour cela, il est nécessaire de reconnaître le déficit et ses répercussions dans les activités de la vie

quotidienne. C'est pourquoi, la conscience intellectuelle et émergente sont considérées comme des prérequis à la conscience anticipatoire.

La conscience émergente et anticipatoire sont souvent désignées par le terme de conscience situationnelle aussi appelée conscience on-line, soit la capacité à reconnaître et à corriger ses erreurs durant une tâche. Ces deux consciences permettent à la personne de mettre en œuvre des savoirs et de déployer des compétences dans des actions spécifiques.

Afin d'évaluer la conscience intellectuelle d'une personne, celle-ci doit faire part de sa perception sur ses forces et ses limites. La personne procède donc à une autoévaluation, ces propos seront ensuite comparés à ceux d'un proche, ou d'un thérapeute. La différence permet de déterminer le niveau de conscience intellectuelle de la personne.

La conscience situationnelle d'une personne s'évalue au cours d'une tache fonctionnelle par l'observation de la performance. On évalue la capacité de la personne à prédire sa performance, à repérer et verbaliser les stratégies compensatoires qu'elle souhaite mettre en œuvre ce qui correspond à la conscience anticipatoire. La conscience émergente est appréciée par la faculté de la personne à identifier et corriger ses erreurs lors de la réalisation de la tâche. Les expériences vécues par la personne durant l'exécution d'une tâche fonctionnelle renvoient une rétroaction à la personne, et peuvent permettre une prise de conscience des troubles.

Selon Crosson et al, la thérorie de la conscience de soi est illustrée par une relation très hiéréarchique, en effet trois niveaux de conscience interdépendants sont proposés. Cette relation hiérarchique représente une limite à ce modèle.

2.2 Le potentiel thérapeutique (Selon Doris Pierce, 2003)

Le potentiel thérapeutique est une notion théorisée par Doris Pierce (2003). Afin de développer cette théorie je me suis appuyée de la traduction de Morel-Bracq (2011). Le développement du potentiel thérapeutique d'une activité, représente une des spécificités de l'ergothérapie. En effet, selon Doris Pierce l'ergothérapeute doit fonder sa pratique sur *« les activités qui ont du sens pour la personne »* soit les activités signifiantes. Selon la théorie de Doris Pierce, trois éléments sont indispensables afin de développer le potentiel thérapeutique d'une activité. Il s'agit *« des dimensions subjectives de l'activité qui expliquent son attrait, des dimensions contextuelles de l'activité en rapport avec sa réalité*

écologique ainsi que du processus de mise en place de l'activité». Doris Pierce a établi un schéma en forme de cible pour représenter ces différentes dimensions (Annexe III).

2.2.1 Les dimensions subjectives de l'activité

« Les dimensions subjectives de l'activité » comprennent la notion de productivité, de plaisir et de ressourcement. La productivité est souvent à l'origine de l'engagement de la personne dans une activité. En effet, la personne à *« besoin de se sentir utile »* par exemple en produisant un objet utilitaire. Elle accorde une importance au résultat de production. A travers l'exécution d'une activité, la personne a le sentiment d'exister. La notion de productivité rajoute un sens, une fin à l'activité pour l'individu.

En ergothérapie le plaisir est une notion clé dans la réalisation et le choix de l'activité. Si l'activité suscite du plaisir, la personne s'engagera plus facilement, elle sera plus efficace dans l'exécution et aura envie de recommencer.

Certaines activités peuvent permettre à la personne de se *« ressourcer pour continuer à vivre malgré les difficultés quotidiennes »*. Ce ressourcement se traduit par la quantité d'énergie que l'activité transmet à la personne, il peut être d'ordre physique et/ou psychique. Certaines activités répondent directement à nos besoins vitaux telles que s'alimenter, se reposer, dormir… celles-ci sont essentielles à la restauration de notre énergie et nous permettent de survivre. Le ressourcement d'une personne peut également s'effectuer lors d'activités spécifiques et différentes selon les individus, par exemple certaines personnes ressentent la nécessité de pratiquer un sport, écouter de la musique, jouer d'un instrument, avoir des relations amicales…

Ces trois dimensions subjectives peuvent être superposables dans une même activité. Dans ce cas, l'activité sera attrayante et le potentiel thérapeutique de cette activité sera optimal. Les mises en situations proposées aux 0 anosognosiques doivent le plus possible réunir ces trois dimensions.

2.2.2 Les dimensions contextuelles de l'activité

« Les dimensions contextuelles de l'activité » sont *« représentées par des dimensions spatiales, temporelles et socioculturelles, correspondant à sa réalité écologique ». « La dimension spatiale »* se traduit par le fait que *« toute activité se produit dans un espace donné qui peut être spécifique »* selon l'activité. En effet, on choisira un supermarché pour réaliser

ses courses, une cuisine pour préparer un repas… L'espace donné correspond à l'environnement dans lequel se réalise l'activité, cet environnement peut modifier l'expérience vécue par la personne. De plus, les difficultés liées à l'environnement obligent la personne à s'adapter. Par exemple, lors d'une mise en situation cuisine, la personne ne vivra pas de la même manière l'activité si celle-ci est réalisée dans une cuisine thérapeutique en centre ou bien dans la cuisine de son domicile.

La dimension temporelle est à prendre en compte, *« toute activité se produit à un moment donné, selon une chronologie spécifique et une durée propre »*. Le temps est une variable très aléatoire en fonction de l'activité. En effet, la mise en situation écologique est une activité complexe, qui peut se séquencer en plusieurs étapes. Un premier temps peut être consacré à la préparation et à la planification de la tâche, un deuxième temps à la réalisation et un ultime temps au débriefing afin de discuter de la performance de la personne après la réalisation de la tâche. La durée de chaque étape est également variable.

« La dimension sociale et culturelle de l'activité » est exploitée en ergothérapie. Tout d'abord, l'ergothérapeute à tendance à privilégier les activités *« favorisant les liens sociaux »*, telles que les activités de groupe. Les origines culturelles des personnes doivent être intégrées dans le choix et l'exécution de l'activité. En effet, les croyances religieuses de la personne, ses coutumes, ses rites, son intimité…doivent être respectés. En associant la famille à la prise en charge, l'ergothérapeute *« favorise la cohérence socioculturelle de l'activité »*.

Pour attribuer le terme de réalité écologique à une activité, celle-ci doit être cohérente avec *« l'espace, le temps et le milieu socio-culturel de la personne »*. On peut conclure qu'une activité possède une valeur écologique si elle s'effectue dans le cadre naturel de la personne, c'est à dire en accord avec son contexte de vie.

2.2.3 Les éléments du processus de mise en place de l'activité signifiante et significative

Le processus de mise en place de l'activité signifiante et significative est représenté par trois éléments : *« la compétence de l'ergothérapeute, la collaboration avec la personne pour identifier les objectifs thérapeutiques et enfin l'ajustement de l'intervention aux objectifs définis »*. Les compétences de l'ergothérapeute sont nombreuses : savoir évaluer et analyser une situation, concevoir et mettre en œuvre un projet d'intervention en ergothérapie,

établir une relation de confiance dans un contexte précis, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle, se référer à des données scientifiques probantes… Les objectifs thérapeutiques posés doivent être adaptés à la situation et aux besoins de la personne. Pour cela, il semble indispensable que l'ergothérapeute collabore avec la personne mais aussi avec son entourage. En fonction des objectifs, l'ergothérapeute doit être capable d'adapter et d'ajuster l'activité proposée. Cette dimension vise à favoriser la pertinence de l'activité afin d'atteindre les objectifs.

Les éléments présentés ci-dessus, donnent des pistes aux ergothérapeutes pour faire évoluer leur pratique, ainsi que pour les amener à réfléchir au sujet de leur processus de mise en place de l'activité. Afin de développer le potentiel thérapeutique des activités de mises en situation écologiques, l'ergothérapeute doit s'appuyer sur les dimensions développées ci-dessus. Les mises en situation doivent avoir un caractère attrayant mais aussi écologique. Cette réalité écologique semble indispensable, l'environnement où se déroule l'activité de mise en situation doit correspondre à celui de la personne. L'environnement le plus écologique est celui du domicile de la personne, en effet, celui-ci inclut les habitudes de vie sociales et culturelles de la personne. De plus, l'ergothérapeute en amont d'une proposition d'activité de mise en situation écologique, doit s'assurer de la relation qu'il entretient avec la personne, cette relation doit être de confiance.

2.3 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) est un modèle général en ergothérapie, élaboré en 1980 par Gary Kielhofner, enseignant chercheur et ergothérapeute. La dernière édition de l'ouvrage du MOH est de 2008. Ce modèle repose sur une approche humaniste et une perspective holistique visant à conceptualiser les comportements occupationnels et ses dysfonctionnements en ce centrant sur les activités humaines signifiantes et significatives (Morel-Bracq, 2009). L'occupation humaine selon Kielhofner, est au centre de la vie de l'individu, en effet l'être humain consacre son temps à effectuer des activités diverses. L'occupation pour une personne est *« essentielle à son développement »* (Trouvé, Rousseau, Morel-bracq, 2016). Selon Morel-Bracq (2009), l'activité est également élémentaire dans *« l'auto-organisation de la personne »*.

J'ai fait le choix de rapprocher le MOH à mon travail de recherche car celui-ci porte sur la potentialité d'utiliser les mises en situation écologiques comme activité thérapeutique

pour des personnes adultes traumatisées crâniennes atteintes d'anosognosie. Ce modèle me semble pertinent afin d'accompagner l'ergothérapeute dans sa démarche professionnelle auprès des personnes souffrant d'anosognosie. L'objectif thérapeutique de l'ergothérapeute à travers l'utilisation du MOH est *« d'accompagner la personne dans son processus de changement du fait des altérations »* (Morel-bracq, 2009). *« Le MOH considère l'Etre en interaction avec son Environnement, qui Agit et Devient au travers des activités qu'il pratique »* (Chanel, 2015) (Annexe IV).

2.3.1 L'être

Dans ce modèle, Kielhofner déclare que l'être humain est représenté sous la forme *« d'un système ouvert »* reposant sur 3 sous-systèmes : *« la volition, l'habituation, la capacité de rendement ou la production »* (Trouvé et al, 2016). Pour Kielhofner, ces trois composantes *« forment un tout cohérent et unifié »* et sont *« indissociables de l'environnement dans lequel elles évoluent »* (Boulanger, Briand et Marcoux, 2006).

La volition correspond à *« la motivation d'une personne à agir sur son environnement »* (Boulanger et al, 2006). C'est une notion qui comprend *« les déterminants personnels, la conscience de ses capacités, les valeurs et les intérêts de la personne »*. La volition est un processus qui conduit la personne à faire des choix d'activités et également qui l'aiguille dans la manière de réaliser ces activités (Trouvé et al, 2016).

Cette notion est à prendre en compte face à des patients anosognosiques. En effet, il semble judicieux de connaître en début d'activité ce que la personne perçoit de ses propres capacités, de son efficacité et de l'intérêt pour elle à s'engager dans l'activité. De plus, il est essentiel de s'interroger sur la décision concernant le choix de la mise en situation : est-elle imposée, est-elle une décision commune, ou le patient est-il libre de choisir.

L'habituation est un processus qui permet la simplification et *«l'organisation des comportements dans la vie quotidienne»* (Trouvé et al, 2016). Elle est composée par *« les habitudes et par les rôles liés à la société et à la culture »* (Morel-bracq, 2009). Les habitudes correspondent à des comportements répétitifs qui *« structurent la vie ordinaire et lui donnent un caractère familier »* (Morel-bracq, 2009). Les rôles se développent sous l'influence du contexte social.

La personne atteinte d'anosognosie peut avoir des difficultés à réorganiser ses habitudes de vie étant donné, qu'elle n'aura pas conscience de ses difficultés qui résultent du traumatisme. De plus, la personne souffrant d'anosognosie devra redéfinir ses rôles sociaux, son statut personnel, professionnel…en prenant en compte ses difficultés actuelles.

La production ou la capacité de rendement fait référence *« à la possibilité, pour une personne, d'atteindre ses buts en fonction des moyens dont elle dispose »* (Boulanger et al, 2006). Les capacités nécessaires afin d'accomplir avec succès une action sont dépendantes des systèmes organiques (physiques et mentaux) de la personne : le système *« musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel, cognitif »* correspondent aux composantes objectives (Morel-Bracq, 2009). Les composantes subjectives sont aussi importantes que les précédentes et correspondent à l'expérience vécue, et au ressenti de la personne.

Concernant la personne souffrant d'anosognosie, la lésion cérébrale d'ordre cognitive affecte les capacités de rendement dans les activités de la vie quotidienne. De plus, l'anosognosie empêche la personne de percevoir les répercussions des troubles cognitifs et comportementaux sur ses diverses occupations. De ce fait, le patient ne ressent pas le besoin de mettre en pratique ses capacités d'adaptation à l'environnement pourtant nécessaires afin d'éviter ou de réduire les répercussions dans le quotidien. L'anosognosie peut impacter l'expérience subjective de la personne, c'est-à-dire ce qu'elle ressent par rapport à ses possibilités avant de s'engager dans l'activité.

2.3.2 L'Agir

Selon Morel-Bracq (2009), l'agir permet *« de développer son identité et ses compétences et ainsi permet l'adaptation à l'environnement »*. L'agir se décrit selon trois niveaux d'accomplissement croissants: les habiletés occupationnelles, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle. Ces trois dimensions de l'agir visent à *« générer, en finalité, l'adaptation occupationnelle de la personne »* (Boulanger et al, 2006).

Kielhofner décrit trois types d'habiletés occupationnelles observables : les habiletés motrices, opératoires et enfin les habiletés d'interaction et de communication. Ces différentes habiletés sont développées ci-dessous selon Boulanger et al, en 2006 :

- Les habiletés motrices permettent à une personne de *«se déplacer ou déplacer les objets durant la tâche »*. Elles concernent donc la mobilité, la force, la coordination… Ce type d'habileté semble être préservé chez les personnes traumatisées crâniennes anosognosiques, ce qui explique le terme de handicap invisible.

- Les habiletés opératoires font référence à la capacité *« d'organiser et d'adapter nos actions afin de mener à bien cette tâche »*. Elles s'intéressent aux facultés cognitives d'une personne. Dans le cas des personnes ayant subi un TCG, il est fréquent de constater une altération de ces habiletés notamment des fonctions exécutives responsables des capacités d'adaptation, de planification, de raisonnement, d'analyse, de déduction…

- Les habiletés de communication et d'interaction sont essentielles afin de *« faire connaître nos besoins et nos intentions envers les autres et pour coordonner nos comportements durant nos échanges »*. Ce type d'habileté peut parfois être altéré chez les personnes traumatisées crâniennes, les difficultés se situent généralement au niveau de la structuration du discours.

La deuxième dimension de l'agir correspond au rendement occupationnel. Celui-ci correspond à l'ensemble des *« séquences d'actions orientées vers un but, caractérisées par des normes précises, culturellement reconnaissables et connues de tous les membres du groupe »* (Boulanger et al, 2006). Les mises en situation écologiques sont proposées dans un but précis qui est de susciter la prise de conscience des troubles de la personne. Afin d'atteindre ce but plusieurs actions sont réalisées : la répétition des mises en situation, l'utilisation du feedback verbal et/ou vidéo, la confrontation à l'échec, la réalisation d'un débriefing, l'attitude du thérapeute, les séances éducatives…

Et enfin, la participation occupationnelle correspondant au niveau le plus élevé d'accomplissement occupationnel de l'Agir. Elle se définit comme *« l'engagement de la personne dans son travail, ses loisirs et ses activités de la vie quotidienne »*. Cet engagement doit avoir *« une signification personnelle et sociale »*, doit être volontaire. L'engagement est essentiel *« au bien être de la personne »*. (Boulanger et al, 2006).

2.3.3 Le devenir

« La thérapie est un processus qui permet à la personne de s'engager dans des activités qui lui permettront de moduler ses capacités, sa conscience personnelle et son

identité » (Morel-Bracq, 2009). C'est l'engagement de la personne dans l'activité qui est à l'origine du processus de changement.

Le devenir est « *la résultante dynamique qui s'établit entre les composantes de base du modèle* » : les dimensions de l'Etre, de l'Agir, et enfin de l'Environnement. (Boulanger et al, 2006). Le devenir englobe trois notions clés, la première étant l'adaptation occupationnelle de la personne qui se définit par *« la construction, dans le temps, d'une identité positive et la réalisation de ses compétences au sein de son environnement »* (Boulanger et al, 2006). La compétence occupationnelle et l'identité occupationnelle sont donc les deux notions sous-jacentes à l'adaptation occupationnelle.

Selon Kielhofner, la compétence occupationnelle correspond *« au degré selon lequel une personne soutient une routine de comportements productifs et satisfaisants, en accord avec son identité occupationnelle »*. Cette notion fait allusion à la capacité d'une personne à organiser sa vie de façon à « *atteindre des standards personnels (rendement), tout en respectant les obligations sociales de ses rôles »*.

Selon Kielhofner, l'identité occupationnelle d'une personne se fonde sur *« la connaissance que nous avons de notre propre efficacité, de notre satisfaction, et de nos obligations à partir de nos expériences passées »*. Si l'identité correspond à la conscience de soi, ou bien à la connaissance de ses capacités, l'identité de la personne souffrant d'anosognosie est faussée. L'objectif consiste donc à travers le vécu de la mise en situation écologique, à ce que la personne redéfinisse son identité et prenne conscience de ses troubles ainsi que de ses capacités actuelles.

3 Résultats

3.1 Choix de la méthode

La méthode choisie est la méthode différentielle. C'est une méthode quantitative qui étudie au sein d'un échantillon, les facteurs qui différencient les individus ou les groupes. Elle cherche à comprendre les variations et repose sur l'utilisation de questionnaires. Le traitement statistique peut mettre en évidence des corrélations entre plusieurs variables.

Cette méthode me permet de recenser et d'étudier les différentes pratiques professionnelles liées à l'anosognosie au sein d'un même échantillon constitué d'ergothérapeutes. Le questionnaire conçu porte sur l'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie auprès des personnes traumatisées crâniennes soufrant d'anosognosie. Les données recueillies seront décrites, puis certaines seront croisées afin de répondre le plus précisément possible à la problématique.

3.2 Objectif de l'étude

Dans cette étude, je m'intéresse à la pratique professionnelle des ergothérapeutes face au symptôme de l'anosognosie. Plus précisément, j'ai ciblé ma recherche sur l'utilisation et la mise en œuvre des activités de mises en situation écologiques, une des compétences principales de l'ergothérapeute. Etant donné que l'anosognosie est un symptôme fréquent et qui entraine des conséquences non négligeables, je me suis interrogée sur la manière dont les ergothérapeutes mettent en œuvre les mises en situation écologiques, sur les outils dont ils se servent, sur l'attitude qu'ils adoptent…

A la suite de nombreuses lectures et recherches scientifiques, j'ai établi la problématique pratique et théorique. C'est à partir de ces éléments que la question de recherche a vu le jour. L'objectif de mon étude est donc de savoir comment l'ergothérapeute organise-t-il les activités de mises en situation écologiques dans le but d'accompagner la prise de conscience des troubles de la personne traumatisée crânienne grave souffrant d'anosognosie.

3.3 Choix de la population

Compte tenu de ma question de recherche, j'ai opté pour questionner des ergothérapeutes dans le but d'étudier une pratique professionnelle spécifique. Afin de constituer l'échantillon des ergothérapeutes, j'ai fixé des critères d'inclusion et d'exclusion. Pour être inclus dans l'échantillon, les ergothérapeutes devaient être diplômés d'état, devaient exercer en France, avoir déjà accompagné des personnes traumatisées crâniennes souffrant d'anosognosie, avoir déjà proposé des activités de mises en situation écologiques à des personnes traumatisées crâniennes. J'ai exclue les ergothérapeutes ne répondant pas aux critères précédemment formulés.

3.4 Conception de l'outil de l'étude

Le questionnaire est l'outil principal sur lequel s'appuie ma recherche. Afin de le constituer je me suis référée aux concepts théoriques et au modèle que j'ai exposé au sein de la problématique théorique. Le premier concept théorique développé est celui de la pyramide de la conscience de soi proposé par Crosson et ses collaborateurs en 1989, suivi du concept du potentiel thérapeutique selon Doris Pierce en 2003. Le modèle conceptuel choisi est le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner. Ces notions sont les fondations des matrices théoriques (Annexe V). Ces dernières permettent de formuler les questions en restant fidèle aux différents indicateurs en lien avec les notions théoriques.

Le questionnaire est composé de trente questions classifiées en quatre grandes parties (Annexe VI). La première partie intitulée « données générales » comprend neuf questions en lien avec la population interrogée. Certaines de ces questions permettent d'inclure ou exclure les professionnels. Les sept questions suivantes concernent l'environnement et le contexte de l'activité proposée. La troisième rubrique comporte dix questions relatives au déroulement de l'activité. Et enfin, les quatre dernières questions portent sur la mise en œuvre du débriefing en lien avec l'activité. Le type de question est divers, on retrouve des questions à réponses à choix multiples, des questions selon une échelle linéaire, selon une grille à choix multiples et également des questions ouvertes à réponses courtes. A la fin du questionnaire, j'ai ajouté une question dans le but de proposer aux ergothérapeutes qu'ils le souhaitaient, de recevoir une synthèse des résultats de ma recherche.

3.5 Distribution des questionnaires

Afin de recueillir un maximum de réponse, j'ai diffusé mon questionnaire sous forme de Google Form par mail et sur le réseau social Facebook. Pour cela, j'ai recherché sur internet les adresses mails des différentes structures en France, que ce soit en services "hors les murs" (SAVS, SAMSAH, équipe mobile, réseau, UEROS...) ou bien en Soins de Suite de Réadaptation (centre de rééducation et de réadaptation, service de Médecine Physique et de Réadaptation...).

Au total, j'ai sollicité par mail 261 ergothérapeutes. J'ai veillé à retirer les questionnaires qui ne répondaient pas positivement aux critères d'inclusion. Ainsi j'ai obtenu 33 questionnaires exploitables.

3.6 Analyse à plat des résultats

L'ensemble des résultats bruts est décrit au travers de graphiques et de tableaux en annexes (Annexe VII).

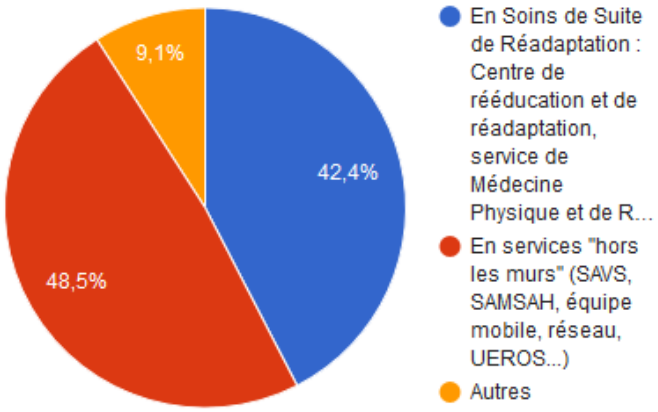
3.6.1 Les données générales

Au sein de l'échantillon des ergothérapeutes qui ont participé à ce questionnaire on compte 81,8% de femme ce qui représente 27 personnes (Q1). La majorité des ergothérapeutes (84.8%) ont entre 25 ans et 40 ans (Q2). On note qu'un peu plus de la moitié de l'échantillon interrogé a au moins 5 ans d'expérience professionnelle (Q3). On relève que 45.5% des ergothérapeutes ayant répondu possèdent 1 à 5 ans d'expérience auprès de personnes adultes traumatisées crâniennes et 42.4% qui ont plus de 5 ans d'expérience (Q4). Les ergothérapeutes interrogés exercent au sein de structures différentes (Figure 1). On constate que 42.4% sont employés en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 48.5% travaillent en services « hors les murs » (SAVS, SAMSAH, équipe mobile, réseau, UEROS...) et enfin 9.1% qui sont des ergothérapeutes qui exercent soit en libéral, soit qui ont une expérience antérieure en Médecine Physique et de Réadaptation ou en tant qu'expert judiciaire (Q5).

La totalité des ergothérapeutes ont répondu positivement aux questions d'inclusion suivantes : *« Avez-vous déjà accompagné des patients TC souffrant d'anosognosie »* et *« Vous arrive-t-il de proposer des activités de type "mises en situation écologiques" à des*

personnes atteintes de traumatisme crânien ? ». Ces deux questions m'ont permis d'inclure les 33 questionnaires (Q6 et Q7).

Figure 1 : Question 5 « Dans quel type de structure exercez-vous ? »



En Soins de Suite et de Réadaptation	14
En services « hors les murs »	16
Autres :	3

Les réponses des ergothérapeutes relatives à la fréquence à laquelle ils proposent des mises en situation écologiques sont diverses, cependant on retrouve des similitudes. Une majorité des ergothérapeutes affirment que la fréquence est dépendante de la *« personne accompagnée »* et plus précisément de *« ses besoins »*, de sa *« récupération (progression) »*, de *« ses capacités »*, de *« ses objectifs »* et de *« son projet de vie »*. L'ensemble des ergothérapeutes s'accordent sur le fait que la fréquence est également *« variable »* en fonction du type de mise en situation et qu'on ne peut *« pas généraliser »*. Certains ergothérapeutes précisent réaliser des mises en situation écologiques *« à toutes les séances »*, *« le plus possible »* *« 1 fois par semaine »*, d'autres *« 1 fois tous les 15 jours »*, *« 1 fois par mois »*… (Q8).

Les mises en situation écologiques sont proposées aux personnes avec des objectifs différents. Parmi les réponses recensées certains objectifs ressortent majoritairement (Figure 2), (Q9).

Figure 2 : Question 9 « Dans quels buts sont proposées les activités de « mises en situation écologiques ? »

Les objectifs	**La fréquence à laquelle l'objectif est apparu**
« Lutter contre l'anosognosie », « favoriser la prise de conscience des déficits »…	17 fois
« évaluer les fonctions cognitives et exécutives », « améliorer les fonctions supérieures »	9 fois
« évaluer les risques », « évaluer la mise en danger »	3 fois
« évaluer les capacités », « évaluer les capacités et incapacités »	8 fois
« mettre en place des stratégies de compensation »	12 fois
« réapprendre les gestes du quotidien », « gagner en autonomie et en indépendance »	6 fois
« évaluer les besoins en aide humaine » « évaluer le besoin et préconiser des aides techniques »	6 fois

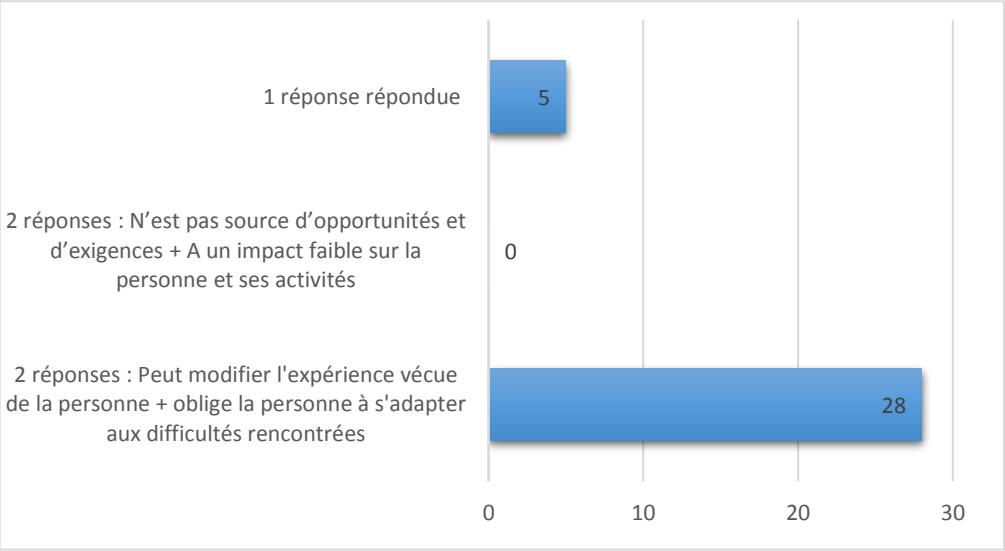
3.6.2 Le contexte et l'environnement

Les mises en situation proposées par les ergothérapeutes sont réalisées dans des environnements extrêmement variables. On remarque que les ergothérapeutes utilisent plusieurs environnements : 90.9% utilisent le supermarché, 75.8% utilisent le centre-ville, 63.6% utilisent le domicile du patient, 69.7% utilisent la cuisine thérapeutique. Seulement 24.2% utilisent des appartements thérapeutiques pour réaliser des mises en situation. Un certain nombre d'ergothérapeute ont précisé d'autres lieux tels qu'une *« salle informatique »*, la *« chambre du patient/ douche »*, en *« milieu professionnel »*, en *« entreprise »*, dans *« les transports en commun »*, en *« véhicule »…* (Q9).

Quant-il s'agit d'évaluer l'importance du choix de l'environnement sur une échelle de 0 à 10, 0 étant peu important et 10 très important, 63.6% des ergothérapeutes évaluent l'importance au maximum c'est-à-dire à 10/10. Les 36.4% restant des ergothérapeutes notent l'importance de l'environnement entre 6 et 9 sur 10 (Q11).

A la question numéro 12, concernant le potentiel de l'environnement, deux réponses étaient obligatoires (Figure 3). Pour autant, on note que 5 ergothérapeutes ont coché une seule réponse. L'ensemble des 28 ergothérapeutes restant (84.8%) ont coché deux réponses qui sont : *« l'environnement peut modifier l'expérience vécue de la personne »* ainsi que *« l'environnement oblige la personne à d'adapter aux difficultés rencontrées »*. Aucun des ergothérapeutes interrogés ont choisi les réponses suivantes : *« l'environnement n'est pas source d'opportunités et d'exigences »*, et *« l'environnement a un impact faible sur la personne et ses activités »*.

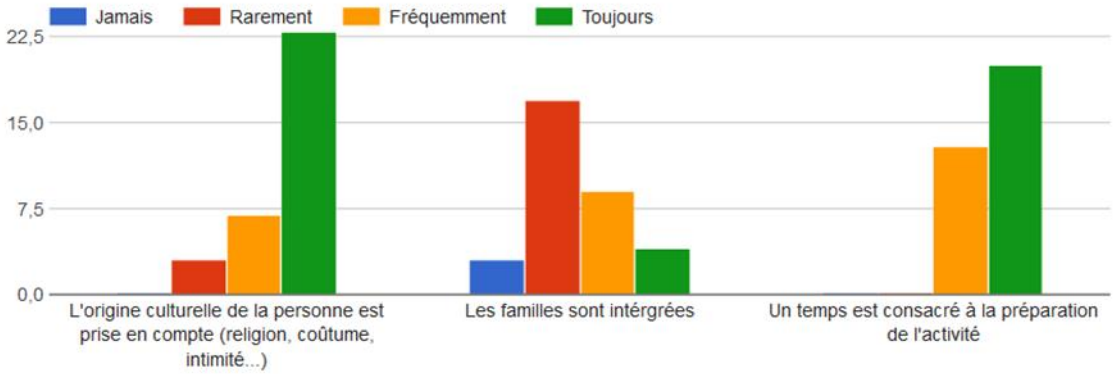
Figure 3: Question 12 « L'environnement ? »



Selon les résultats, une majorité des ergothérapeutes (63.6%) proposent les activités de mise en situation en milieu de prise en charge. 27.3% les proposent en début de prise en charge et 9.1% en fin de prise en charge (Q13).

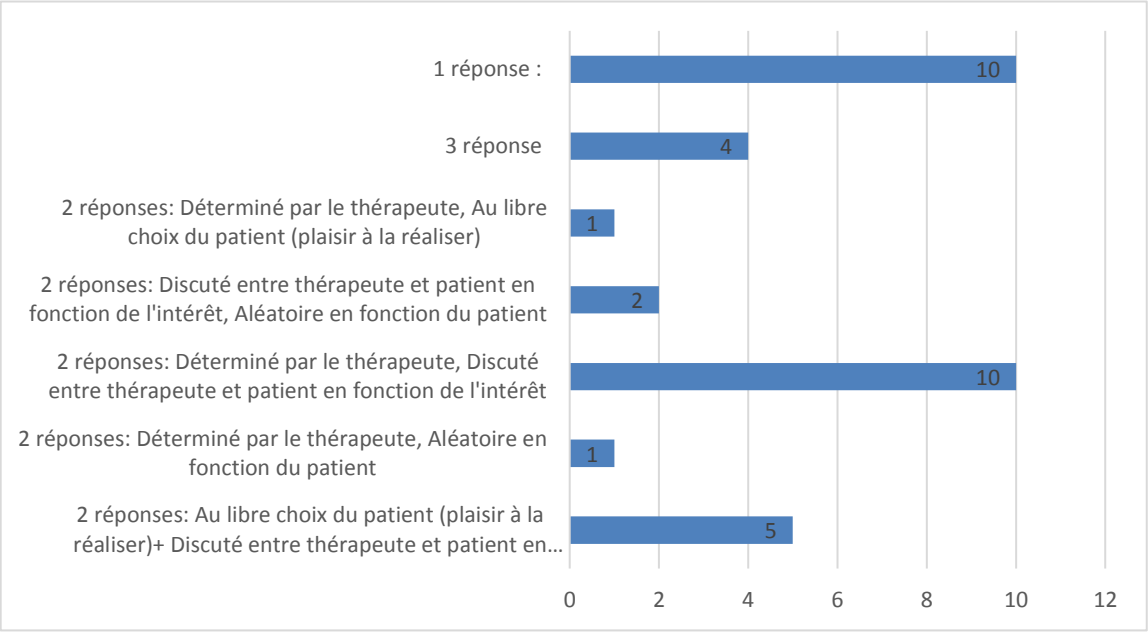
Lors des activités de mise en situation, 69.7% des ergothérapeutes prennent systématiquement en compte l'origine culturelle de la personne (ses croyances religieuses, ses coutumes, son intimité…). 21.2% des ergothérapeutes prennent fréquemment en compte l'origine culturelle et enfin 9.1% tiennent rarement compte de cette composante. Selon les données recueillies, 60.6% des ergothérapeutes n'associent pas ou rarement les familles au cours des mises en situation. 27.3% des ergothérapeutes intègrent fréquemment les familles et seulement 12.1% affirment les intégrer de manière systématique. L'ensemble des ergothérapeutes consacrent un temps de préparation à la mise en situation, certains (60.6%) de façon systématique et d'autres (39.4%) de manière fréquente (Q14), (Figure 4).

Figure 4 : Question 14 « Lors des activités de "mise en situation ? »



A la question 15, à propos du choix de la mise en situation, les ergothérapeutes devaient cocher obligatoirement deux réponses (Figure 5). Parmi les 33 ergothérapeutes, on en compte 14 (42.4%) qui ont coché une réponse ou trois. Concernant les ergothérapeutes qui ont coché deux réponses, 30.3% affirment que le choix de la mise en situation est déterminé par le thérapeute mais qu'il est aussi discuté avec le patient en fonction de l'intérêt, 15.2% déclarent que le patient est libre de choisir la mise en situation, et que ce choix est également discuté avec le thérapeute.

Figure 5: Question 15 « Le choix de la mise en situation est-il ? »

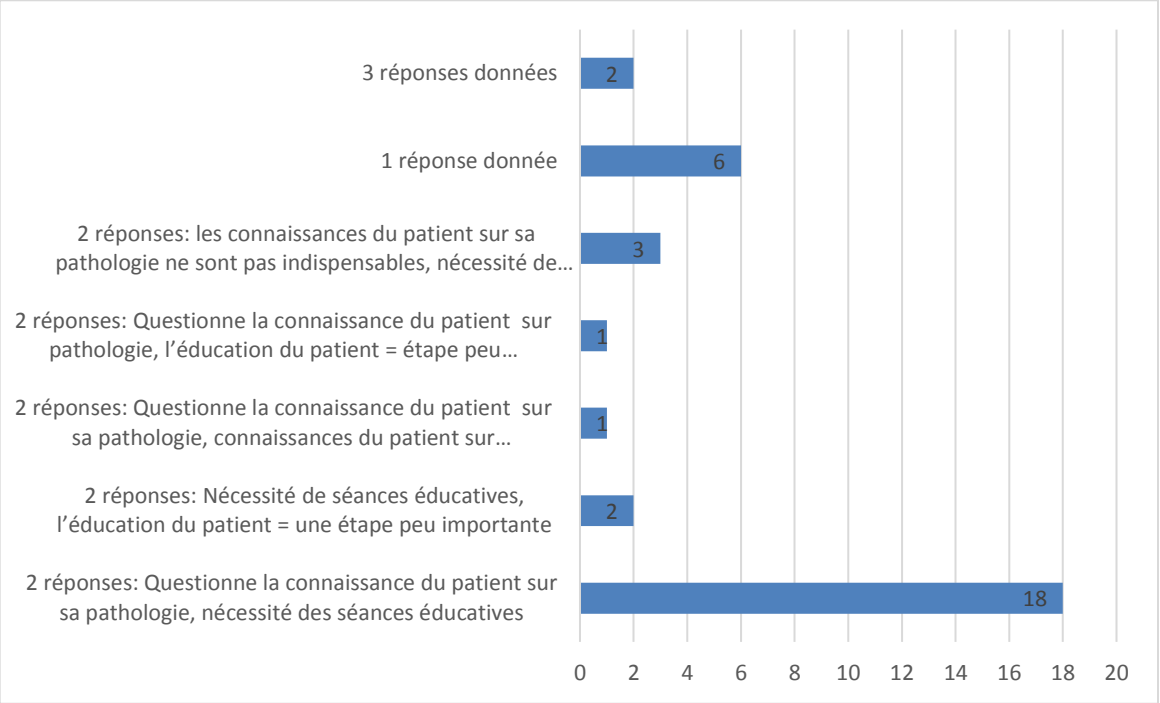


Selon 78.8% des ergothérapeutes, les objectifs des mises en situation sont posés en collaboration avec le patient et en amont de l'activité. 21.2% de l'échantillon énoncent les objectifs après la mise en situation. 6.1% des ergothérapeutes n'énoncent pas les objectifs en rapport avec les mises en situation (Q16).

3.6.3 Le déroulement de l'activité

La question 17, s'intéresse aux pratiques des ergothérapeutes en début de prise en charge, ou bien en amont de la mise en situation. A cette question, les ergothérapeutes devaient donner obligatoirement deux réponses, cependant on dénombre 8 ergothérapeutes (24,2%) qui ont coché une ou trois réponses. Un peu plus de la majorité, soit 18 ergothérapeutes (54.5%) indiquent *« questionner la connaissance du patient sur sa lésion cérébrale et sur son trouble anosognosique »* et *« considérer que les connaissances du patient sur sa propre pathologie et sur son trouble anosognosique doivent être enrichies au cours de séances éducatives »* (Figure 6).

Figure 6 : Question17 « Auprès du patient TC souffrant d'anosognosie, en début de prise en charge, ou bien en amont de l'activité de « mise en situation », le thérapeute ? »



En amont de l'activité, 81.9% des ergothérapeutes de l'échantillon prennent systématiquement connaissance de l'intérêt que le patient a à s'engager dans l'activité, 84,8% s'intéressent toujours à la perception que le patient a de ses propres capacités et enfin 84.8% des ergothérapeutes se renseignent sur la perception du patient concernant sa réussite ou sa performance dans l'activité (Q18).

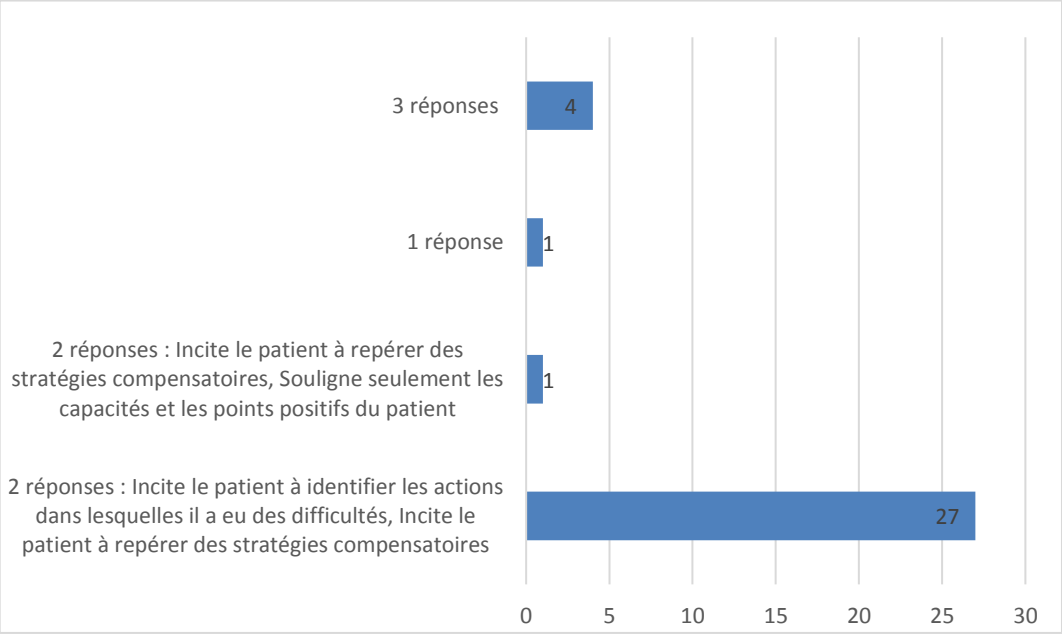
Selon les données obtenues, 84.8% de l'échantillon des ergothérapeutes pensent que les mises en situation permettent d'améliorer les capacités d'organisation et de planification, 54.5% affirment une progression des capacités de raisonnement, 48.5% des ergothérapeutes

constatent une amélioration des capacités de déduction. D'autres capacités ont été précisées telles que *« la prise de conscience »*, *« les fonctions exécutives au sens large »*, *« toutes les capacités en général »*… (Q19).

La question 20 porte sur la construction et le déroulement de l'activité de mise en situation écologique. Pour 45.5% des ergothérapeutes la préparation et la planification de la mise en situation sont réalisées systématiquement avec le patient lors d'un entretien. En ce qui concerne l'attitude du thérapeute durant la tâche, 63.6% des professionnels interviennent fréquemment et autorisent le patient à s'autocorriger. Très peu d'ergothérapeute (3%) choisissent d'adopter une posture observatrice et de ne pas intervenir au cours de la mise en situation. Les ergothérapeutes précisent ne jamais (54.5%), ou rarement (39.4%) filmer le patient lors de la réalisation de la tâche. Les 6.1% de professionnels restant disent filmer fréquemment le patient. La quasi-totalité des ergothérapeutes (84.8%) indiquent répéter à plusieurs reprises les mises en situation écologiques.

La question 21 porte sur l'attitude du thérapeute après que la mise en situation soit réalisée, deux réponses étaient exigées. Pour autant, 5 ergothérapeutes ont donné une ou trois réponses. Parmi les ergothérapeutes ayant coché deux réponses, 27 soit 81.2% de l'échantillon, ont répondu qu'ils incitaient le patient à identifier les actions dans lesquelles il a eu des difficultés, et à repérer des stratégies compensatoires (Figure 7).

Figure 7: Question 21 « Après que la mise en situation soit réalisée, le thérapeute ? »



Selon 87.9% de l'échantillon des professionnels interrogés, les mises en situation facilitent de façon systématique ou fréquente l'engagement de la personne dans ses loisirs et ses activités de la vie quotidienne. Cependant 12.1% pensent que l'engagement de la personne est rarement facilité par les mises en situation (Q22).

En ce qui concerne le potentiel des mises en situation, 81.9% de l'échantillon affirment qu'elles favorisent de manière fréquente les connaissances du patient sur sa propre efficacité. A propos de l'évolution de l'identité personnelle du patient, les ergothérapeutes questionnés sont partagés sur ce sujet. En effet, 48.5% pensent que les mises en situation favorisent fréquemment l'évolution de l'identité personnelle alors que 45.5% disent rarement. (Q23) Cependant, 81.8% de l'échantillon affirment que les mises en situation favorisent systématiquement ou fréquemment les comportements productifs et satisfaisants de la personne, favorisent l'adaptation de la personne à son environnement et favorisent les capacités de la personne à auto-ajuster ses comportements. La majorité des professionnels (87.9%) pensent que les mises en situation améliorent de manière fréquente la mise en place de stratégies compensatoires. Selon 90.9% des interrogés, les mises en situation permettent à la personne de façon fréquente voir systématique d'être confrontée à la réalité de ses difficultés. 72.7% des ergothérapeutes témoignent qu'au cours de la mise en situation, la personne prend fréquemment conscience de ses difficultés (Q24).

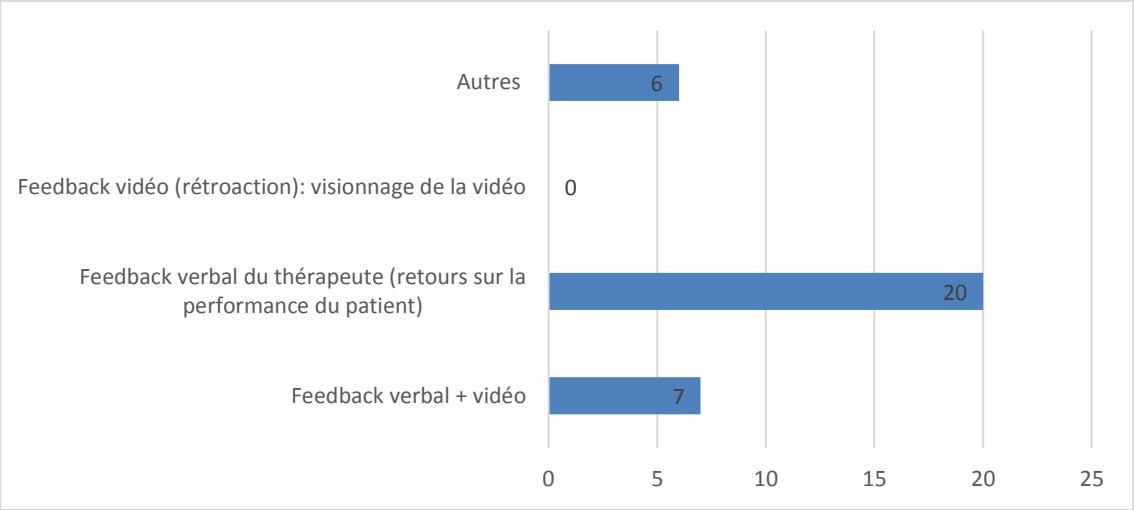
Lors des mises en situation écologiques, la confrontation du patient à la réalité de ses difficultés s'accompagne de détresse émotionnelle: des pleurs, des angoisses, de l'agressivité... de manière fréquente pour 51.5% de l'échantillon et de manière rare pour 48.5% de l'échantillon des ergothérapeutes (Q25). Les ergothérapeutes ont témoigné sur l'attitude qu'ils adoptaient afin d'accompagner la personne dans la confrontation à ses difficultés. Majoritairement les ergothérapeutes en font part à *« l'équipe pluridisciplinaire »*, afin qu'un *« suivi psychologique »* se mette en place. Dans l'ensemble, les ergothérapeutes utilisent *« l'écoute»*, *« l'empathie »*, *« la dédramatisation »*. Ils prennent également *« un temps de discussion »* avec la personne afin de faire *« verbaliser les difficultés, les ressentis »*, *« analyser les réactions »*, chercher *« des compensations ou des solutions adaptées »*. La *« revalorisation »* est une notion qui revient souvent dans les réponses des ergothérapeutes, ils expriment *« mettre en avant le potentiel de la personne »*, *« souligner les progrès »*, *« insister sur les capacités »*, *« mettre en avant les points positifs »*, utiliser *« des feedbacks positifs »* (Q26).

3.6.4 Le débriefing

La totalité des ergothérapeutes réalisent un débriefing avec le patient après la mise en situation (Q27). Pour une majorité des interrogés (87.9%), ce débriefing a lieu immédiatement après la mise en situation. On constate que pour 6.1% de l'échantillon, le débriefing est proposé quelques heures après la mise en situation et pour les 6.1% restant, le débriefing est réalisé dans un temps supérieur à 24h une fois l'activité aboutie (Q28).

60.6% de l'échantillon soit 20 ergothérapeutes utilisent comme support lors du débriefing le feedback verbal, c'est-à-dire que le thérapeute effectue des retours sur la performance du patient. 21.2% soit 7 ergothérapeutes proposent un feedback verbal et vidéo. On note qu'un nombre minoritaire d'ergothérapeutes utilisent des supports différents tels que la prise de note, des questionnaires post évaluation, le feedback verbal du thérapeute mais aussi celui de la personne accompagnée, l'autocritique de la personne sur son activité, sur son organisation, sur ses difficultés et ses facilités (Figure 8), (Q29). Concernant le débriefing avec support vidéo, 57.1% des professionnels diffusent la vidéo en intégralité alors que 42.9% diffusent seulement certains passages spécifiques préalablement sélectionnés (Q30).

Figure 8 : Question 29 « Quel est le support de ce débriefing s'il a lieu ? »



3.7 Analyse croisée des résultats

Dans un premier temps, j'ai fait le choix de croiser les questions 5 et 11 concernant le lieu d'exercice des professionnels et l'importance de l'environnement. En croisant ces données on constate que les professionnels exerçant en services « hors les murs » évaluent en moyenne l'importance de l'environnement à 9.25 sur 10 et les professionnels travaillant en Service de Soins de Suite et de Réadaptions (SRR) à 8.64 sur 10.

Question 5 / Question 11	SSR (14 réponses)	Services « hors les murs » (16 réponses)
Moyenne de l'importance du choix l'environnement (sur 10)	8.64	9.25

J'ai par la suite analysé les questions 5 et 20, concernant le lieu d'exercice des professionnels et les pratiques concernant la mise en place des mises en situation écologiques.

- « La préparation et la planification de la mise en situation écologique sont réalisées avec le patient lors d'un entretien ? » :

Question 5 / Question 20	SSR	Services « hors les murs »	Autres
Toujours	18.2% (6)	27.3% (9)	
Fréquemment	21.2% (7)	21.2% (7)	9% (3)
Rarement	3.3% (1)		
Jamais			

Ce tableau ci-dessus illustre le fait que la préparation des mises en situation écologiques est réalisée de façon systématique avec le patient, davantage avec les ergothérapeutes travaillant en services « hors les murs » (27.3%) qu'avec les ergothérapeutes travaillant en SSR (18.2%).

– « L'ergothérapeute intervient durant la tâche et autorise les autocorrections du patient ? »

Question 5 / Question 20	SSR	Services « hors les murs »	Autres
Toujours	3.3% (1)	12.1% (4)	3.3% (1)
Fréquemment	24.2% (8)	33.3% (11)	6.1% (2)
Rarement	15.2% (5)	3.3% (1)	
Jamais			

Les données ci-dessus montrent que les ergothérapeutes qui interviennent fréquemment ou toujours durant les mises en situation et qui autorisent les autocorrections du patient sont plus nombreux en services « hors les murs » que en SSR.

– « Le patient est filmé lors de la réalisation de la mise en situation ? »

Question5 / Question 20	SSR	Services « hors les murs »	Autres
Toujours			
Fréquemment	3.3% (1)		3.3% (1)
Rarement	27.3% (9)	9% (3)	3.3% (1)
Jamais	12.1% (4)	39.4% (13)	3.3% (1)

Les résultats ci-dessus, démontrent que dans l'ensemble, les professionnels exerçant en SSR utilisent plus souvent la vidéo lors des mises en situation écologiques que les ergothérapeutes exerçant en services « hors les murs ». En effet 3.3% des ergothérapeutes en SSR filment fréquemment les patients alors que ce pourcentage est de 0 pour les autres ergothérapeutes.

4 Discussion

4.1 Liens avec les matrices théoriques

4.1.1 Liens avec le modèle du MOH

Le modèle de l'occupation humaine est divisé en trois grands axes: l'être, l'agir, le devenir.

Dans l'échantillon, 15.2% des ergothérapeutes déclarent que le patient est libre de choisir la mise en situation, et que ce choix est également discuté avec le thérapeute. Ces deux indices sont des caractéristiques de la volition, une notion importante à prendre en compte dans les prises en charge. Les 84.8% restant des ergothérapeutes n'ont pas coché ces deux réponses, ils ne sont donc pas en correspondance totale avec ce modèle (Q15). Plus de 80% des ergothérapeutes recueillent systématiquement la perception du patient quant à son intérêt à s'engager dans l'activité, la perception de ses capacités, et de sa performance. Ce recueil est primordial afin d'évaluer la volition du patient (Q18).

Le deuxième axe concerne l'agir, je m'intéresse dans un premier temps à la participation de la personne dans l'activité. Selon 87.9% de l'échantillon des professionnels interrogés, les mises en situation facilitent de façon systématique ou fréquente l'engagement de la personne dans ses loisirs, ses activités de la vie quotidienne (Q22). Un ensemble d'actions précises permettent d'améliorer le rendement de la personne. On constate qu'un peu plus de la majorité des ergothérapeutes (54.5%) sont en correspondance avec le modèle car ils indiquent *« questionner la connaissance du patient sur sa lésion cérébrale et sur son trouble anosognosique »* et *« considérer que les connaissances du patient sur sa propre pathologie et sur son trouble anosognosique doivent être enrichies au cours de séances éducatives »* (Q17). Ces deux réponses sont des éléments qui peuvent favoriser la prise de conscience des troubles et donc contribuer au rendement occupationnel. De plus, la totalité des ergothérapeutes réalisent un débriefing (Q27), 84.8% des ergothérapeutes affirment répéter à plusieurs reprises les mises en situation écologiques, 60.6% disent utiliser le feedback verbal (Q20). Toutes ces actions contribuent à augmenter le rendement occupationnel de la personne et sont en correspondance avec le MOH.

En ce qui concerne le devenir de la personne, on part du principe que la mise en œuvre d'une activité, et la perception de la production ou du rendement liée à cette activité,

contribuent à des modifications à l'intérieur de la personne. Ce qui correspond à l'évolution de l'identité personnelle. On parle de processus de changement. Les ergothérapeutes questionnés sont partagés sur ce sujet, seul 48.5% de l'échantillon seraient en accord avec le fait que les mises en situation favorisent fréquemment l'évolution de l'identité personnelle. Cependant 81.9% de l'échantillon affirment que les mises en situation écologiques favorisent de manière fréquente les connaissances du patient sur sa propre efficacité (Q23). Les ergothérapeutes (81.8%) pensent que les mises en situation développent les compétences occupationnelles de la personne en favorisant systématiquement ou fréquemment des comportements productifs et satisfaisants (Q24).

Dans le devenir de la personne, une composante centrale est celle de l'adaptation de la personne. A travers les pourcentages obtenus, on constate que les professionnels ont conscience de cette notion. En effet, 81.8% pensent que les mises en situation écologiques favorisent l'adaptation de la personne à son environnement et favorisent les capacités de la personne à auto-ajuster ses comportements. De plus, les professionnels interrogés (87.9%) ont pu observer la mise en place de stratégies compensatoires au cours des mises en situation écologiques (Q24).

4.1.2 Liens avec le concept du potentiel thérapeutique

Au sein du concept du potentiel thérapeutique je me suis intéressée à deux dimensions : la dimension contextuelle de l'activité soit la réalité écologique et ensuite aux éléments du processus de mise en place de l'activité.

La réalité écologique comprend elle-même plusieurs dimensions : la dimension spatiale, temporelle et socio-culturelle. L'ensemble des ergothérapeutes semblent avoir perçu le potentiel de l'environnement. En effet, à la question 12, 84.8% ont coché les deux réponses attendues : *« l'environnement peut modifier l'expérience vécue de la personne »* et *« l'environnement oblige la personne à d'adapter aux difficultés rencontrées »*. Donc seuls 15.2% ne sont pas en adéquation avec la dimension spatiale de ce concept. La totalité des ergothérapeutes considèrent le choix de l'environnement comme étant important. Cependant en croisant les résultats on constate que les professionnels exerçant en services « hors les murs » évaluent en moyenne l'importance de l'environnement de manière plus élevée que les professionnels travaillant en services de Soins de Suite et de Réadaptions (SRR) (Q11).

Selon les données obtenues, la dimension temporelle de l'activité de mise en situation écologique semble être perçue de façon identique par l'ensemble des ergothérapeutes. En effet, les ergothérapeutes adoptent la même chronologie dans la mise en place de l'activité : un temps de préparation, un temps de mise en situation et enfin un temps de débriefing. Cependant, en croisant les résultats, on observe des différences dans les pratiques des ergothérapeutes concernant la préparation de l'activité. En effet, la préparation des mises en situation écologiques est réalisée de façon systématique avec le patient, davantage avec les ergothérapeutes travaillant en services « hors les murs » (27.3%) qu'avec les ergothérapeutes travaillant en SSR (18.2%). Certains ergothérapeutes n'intègrent donc peu le patient à la préparation de la mise en situation (Q20).

La dimension socio-culturelle doit être prise en compte afin de respecter la réalité écologique de l'activité. On recense 69.7% des ergothérapeutes qui prennent systématiquement en compte l'origine culturelle de la personne c'est-à-dire ses croyances religieuses, ses coutumes, son intimité. La prise en compte de l'entourage est également une caractéristique importante dans la dimension socio-culturelle. Cependant on constate que 60.6% des ergothérapeutes n'associent pas ou rarement les familles au cours des mises en situation. (Q14)

L'ergothérapeute doit veiller à certains éléments lors du processus de mise en place de l'activité. Parmi ces éléments on retrouve la collaboration avec le patient dans l'identification des objectifs. 78.8% des ergothérapeutes tiennent compte de ce principe, en effet, ils indiquent que les objectifs des mises en situation sont posés en collaboration avec le patient et en amont de l'activité (Q16).

Dans le processus de mise en œuvre de l'activité, le choix des moyens en fonction des objectifs établis est une compétence importante de l'ergothérapeute. Egalement, savoir si les ergothérapeutes se réfèrent à des données scientifiques probantes lorsqu'ils mettent en place une mise en situation écologique est intéressant. Cela permet d'attribuer ou non un cadre scientifique à l'intervention. Au travers des réponses du questionnaire on constate que les ergothérapeutes utilisent des moyens différents. En effet, 60.6% de l'échantillon utilisent comme support lors du débriefing le feedback verbal. Seulement 21.2% proposent un feedback verbal et vidéo. La vidéo est donc peu utilisée (Q29). Pourtant, l'utilisation de la vidéo est recommandée dans la littérature. Parmi les ergothérapeutes qui proposent le débriefing avec support vidéo, 57.1% des professionnels diffusent la vidéo en intégralité

alors que 42.9% diffusent seulement certains passages spécifiques préalablement sélectionnés. Les résultats croisés démontrent des différences entre les pratiques des ergothérapeutes exerçant en SSR et les ergothérapeutes exerçant en services « hors les murs ». En effet, 3.3% des ergothérapeutes en SSR filment fréquemment les patients alors que ce pourcentage est de 0 pour les autres ergothérapeutes (Q30).

4.1.3 Liens avec le concept de conscience de soi

La conscience de soi est divisée en trois parties appelées conscience intellectuelle, émergente et anticipatoire. A travers certaines questions, je cherche à savoir si les professionnels interrogés tiennent compte dans la mise en place de l'activité de ces trois types de conscience.

En ce qui concerne la conscience intellectuelle c'est-à-dire la conscience de sa pathologie et de ses déficits, je me suis **i**ntéressée aux pratiques des ergothérapeutes en début de prise en charge, ou bien en amont de la mise en situation proposée. Un peu plus de la majorité des ergothérapeutes (54.5%) indiquent *« questionner la connaissance du patient sur sa lésion cérébrale et sur son trouble anosognosique »* et *« considérer que les connaissances du patient sur sa propre pathologie et sur son trouble anosognosique doivent être enrichies au cours de séances éducatives »*. Ces deux réponses étaient celles attendues et sont en adéquation directe avec la notion de conscience intellectuelle. On peut donc dire que 54.5% des ergothérapeutes de l'échantillon prennent en compte la conscience intellectuelle dans leur prise en charge (Q17).

La conscience émergente correspond à la conscience des répercussions du déficit dans les activités de la vie quotidienne. Pour cela, l'attitude du thérapeute est essentielle, il doit inciter le patient à identifier les actions dans lesquelles il a eu des difficultés. 81.2% de l'échantillon des ergothérapeutes disent adopter cette attitude (Q21). L'attitude du thérapeute joue également un rôle au niveau de la conscience anticipatoire. Celle-ci est le niveau de conscience le plus élevé qui consiste à anticiper ses difficultés, sa performance, et à mettre en place des stratégies compensatoires. 81.2% de l'échantillon disent inciter et aider le patient à repérer des stratégies compensatoires. On peut donc affirmer que 81.2% de l'échantillon, ciblent une partie de leur prise en charge sur le développement de la conscience émergente et anticipatoire (Q21).

4.2 Réponse à la question de recherche

Au sein de cette partie, je vais synthétiser l'ensemble de mes résultats de manière à répondre le plus précisément possible à ma question de recherche qui est : **« Comment l'ergothérapeute organise-t-il les activités de mises en situation écologiques dans le but d'accompagner la prise de conscience des troubles de la personne traumatisée crânienne grave souffrant d'anosognosie ? ».**

L'anosognosie est un symptôme qu'on retrouve très fréquemment chez les personnes atteintes de TC, et qui entraine de nombreuses conséquences. Les mises en situation écologiques sont des activités qui sont souvent proposées par les ergothérapeutes auprès des personnes traumatisées crâniennes anosognosiques. Nombreux sont les objectifs attribués à l'activité de mise en situation écologique en ergothérapie. Cependant, spontanément les ergothérapeutes affirment qu'un des objectifs principaux est celui de favoriser la prise de conscience des troubles. Les ergothérapeutes pensent que les mises en situation écologiques favorisent la confrontation du patient à la réalité et donc la prise de conscience des troubles. De plus, une majorité des ergothérapeutes affirment de par leur expérience, que la prise de conscience des troubles est fréquemment associée à une réaction émotionnelle. De ce fait, les ergothérapeutes soulignent l'importance de travailler en collaboration avec une psychologue afin d'assurer un suivi. La confrontation du patient à la réalité doit donc être anticipée et réfléchie par l'ergothérapeute.

Au travers des résultats obtenus, on retrouve des similitudes dans les pratiques des ergothérapeutes notamment dans l'organisation des mises en situation écologiques, ainsi que dans la perception du potentiel de l'environnement. Effectivement, la majorité des ergothérapeutes fondent leur intervention selon une approche écologique, en mettant en avant le potentiel de l'environnement et en tenant compte du contexte de la personne. Cependant, tous les ergothérapeutes interrogés ne prennent pas systématiquement en compte l'origine culturelle de la personne (croyances religieuses, coutumes, intimité…). De plus, très peu des ergothérapeutes affirment intégrer de manière systématique les familles aux mises en situation écologiques.

De façon générale, les ergothérapeutes organisent leur intervention en trois parties. Dans un premier temps, a lieu la préparation de la séance en collaboration avec le patient. Concernant le choix de la mise en situation, celui-ci est systématiquement discuté avec le

patient en fonction de l'intérêt. Cependant, initialement ce choix est souvent déterminé par le thérapeute, peu d'ergothérapeutes déclarent que le patient est libre de choisir la mise en situation. De plus, les objectifs sont également posés en collaboration avec le patient et en amont de l'activité. Toujours dans ce temps de préparation, certains ergothérapeutes perçoivent l'intérêt d'effectuer des séances éducatives en amont de la confrontation, afin que le patient ait des connaissances sur sa pathologie ainsi que sur les conséquences qui en résultent. Dans un deuxième temps, a lieu la mise en situation écologique où le patient est actif. Lors de cette étape, l'ergothérapeute utilise le feedback verbal, c'est-à-dire que par le biais de son attitude il vise à inciter le patient à s'autocorriger, et à mettre en place des stratégies compensatoires. De ce fait, très peu d'ergothérapeutes adoptent une attitude observatrice durant l'exécution de la tâche. Un nombre minoritaire d'ergothérapeutes utilisent la vidéo afin de filmer la performance du patient lors de l'activité. La dernière étape de la mise en situation concerne le débriefing. Les supports du débriefing sont également variables d'un ergothérapeute à l'autre, majoritairement les ergothérapeutes utilisent le feedback verbal à nouveau, d'autres vont s'appuyer de l'enregistrement vidéo s'il a eu lieu…

Dans l'ensemble, les ergothérapeutes perçoivent le potentiel des mises en situation écologiques dans l'objectif de lever l'anosognosie. Cependant, bien qu'on retrouve des similitudes, on constate que la mise en œuvre concrète de l'activité de mise en situation écologique diffère au sein de l'échantillon d'ergothérapeute. Au vue des pratiques différentes, les ergothérapeutes ne semblent pas s'appuyer sur un protocole commun et validé.

4.3 Analyse réflexive

4.3.1 Critiques et limites de la méthode

La méthode quantitative utilisée dans ce travail m'a permis d'avoir un aperçu global des pratiques des ergothérapeutes auprès des personnes adultes traumatisées crâniennes souffrant d'anosognosie. J'ai obtenu 33 questionnaires, ce nombre de réponse ne me semble pas suffisamment important pour affirmer que l'échantillon des ergothérapeutes interrogés soit significatif. Cependant, dans le cadre d'un travail d'initiation à la recherche ce nombre reste convenable.

En prenant du recul sur l'ensemble de mon travail, j'ai repéré certains biais notamment dans la construction du questionnaire. En effet, à plusieurs questions j'avais

précisé « 2 réponses obligatoires », afin de pouvoir analyser de manière pertinente ces questions. Cependant, j'ai constaté que certains professionnels, ont coché une ou trois réponses et n'ont donc pas respecté la consigne. Malgré que certains ergothérapeutes n'aient pas rempli de manière conforme certaines questions, j'ai tout de même intégré les questionnaires dans mon échantillon afin que celui-ci soit un minimum représentatif. Il aurait été nécessaire en début du questionnaire de souligner l'importance de respecter les exigences des questions et de prévenir que le questionnaire ne serait pas pris en compte en cas de non-respect des consignes. Pour pallier à ce biais, il aurait été nécessaire de paramétrer le Google Form de façon à obliger les professionnels à cocher deux réponses et non une ou trois réponses.

Egalement, la formulation de certaines questions manquait de pertinence. Notamment la question 13, à travers laquelle je demandais le moment auquel était proposée la mise en situation : en début, en milieu, ou en fin de prise en charge. Certains ergothérapeutes par mails, m'ont fait part de leur difficulté à répondre à cette question en précisant qu'ils auraient apprécié pouvoir cocher les trois propositions. Un autre ergothérapeute soulignait selon lui qu'il n'y a pas de moment idéal pour mettre en place une mise en situation et que cela se fait vraiment en fonction de la personne. Les remarques faites par les ergothérapeutes montrent que je n'ai peut-être pas suffisamment pris en compte la notion de temporalité, en effet l'anosognosie peut se lever très rapidement, comme pas du tout ou très partiellement. La durée de prise en charge aurait été également à questionner.

Dans la littérature scientifique, j'ai fait le constat que l'anosognosie était davantage fréquente lors de traumatisme crânien grave. C'est pourquoi dans ma question de recherche, j'ai ciblé les personnes atteintes de traumatismes crâniens graves. Cependant dans mon questionnaire et notamment dans les questions d'inclusion, j'ai omis de préciser la notion de gravité. En effet j'ai simplement demandé « Avez-vous déjà accompagné des patients TC souffrant d'anosognosie ? ». Ceci peut représenter un biais de sélection, le nombre d'ergothérapeute aurait été peut-être différent avec cette notion supplémentaire.

Lors de l'analyse de mes résultats, j'ai croisé deux groupes de professionnels, un qui exerce en SSR et un qui exerce en services « hors les murs ». Cependant le nombre d'ergothérapeutes dans chacun des groupes était différent, il y avait 14 ergothérapeutes en SSR et 16 en « hors les murs ». Cette différence doit être prise en compte, de ce fait les résultats obtenus peuvent donc être biaisés.

Concernant ce travail de recherche, je relève l'intérêt que certains ergothérapeutes ont porté à ma recherche. En effet, 27 personnes soit 81.8% des ergothérapeutes de mon échantillon souhaitent avoir une synthèse des résultats de mon questionnaire. De plus, j'ai reçu plusieurs retours par mail, m'indiquant qu'ils avaient trouvé intéressant le contenu du questionnaire, que c'était un sujet passionnant, et certains souhaitaient avoir une copie de l'ensemble de mon travail de recherche par mail.

4.3.2 Apports professionnels et perspectives de travail ultérieur

Mon sujet de recherche s'est focalisé sur la pratique des ergothérapeutes dans l'utilisation des mises en situation écologiques auprès de personnes traumatisées crâniennes graves anosognosiques. Ce travail a démontré que pour un objectif commun qui est celui de « lever l'anosognosie » les ergothérapeutes interrogés exerçaient des pratiques divergentes, en s'appuyant sur des moyens différents. Ce constat souligne le manque d'outil ou de protocole standardisé en français sur lequel les ergothérapeutes pourraient s'appuyer lorsqu'ils sont confrontés à des personnes souffrant d'anosognosie. Il serait intéressant de réaliser cette étude à plus grande échelle afin d'avoir une vision plus globale des pratiques des ergothérapeutes.

Cependant, dans la littérature anglo-saxonne, j'ai découvert un article très intéressant, publié par le Journal Canadien en ergothérapie. Cet article a pour but de décrire une intervention en ergothérapie basée sur la rétroaction vidéo du rendement occupationnel de la personne, pour améliorer sa conscience de soi. Plus précisément, l'objectif de cette intervention est de permettre à la personne atteinte d'un traumatisme cérébral de prendre conscience de ses troubles, d'identifier et de corriger ses erreurs, lors de l'exécution d'une tache écologique, sans impact négatif sur l'état émotionnel. Les auteurs de cet article qui sont des ergothérapeutes et une enseignante spécialisée en psychologie décrivent les fondements théoriques, les principes et le protocole de l'intervention. Ces derniers sont détaillés au sein de la problématique pratique de ce travail. (Partie 1)

Selon moi, il serait intéressant qu'un groupe d'ergothérapeutes élaborent ou bien traduisent ce protocole afin de développer l'application de cette intervention dans la pratique clinique française. En effet, on remarque dans mon échantillon certes restreint, que le feedback vidéo est peu utilisé par les ergothérapeutes. Ce protocole d'intervention

permettrait donc d'enrichir les pratiques mais également de donner une valeur scientifique aux interventions des ergothérapeutes.

4.3.3 Apports personnels

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances à propos de la prise en charge des personnes atteintes de traumatisme crânien grave et notamment du symptôme d'anosognosie. L'ensemble de ce travail m'a permis de répondre à des situations rencontrées en stage et qui me posaient questions.

Tout au long de l'élaboration de ce travail, j'ai pu développer des capacités de rédaction, de synthèse et enfin de rigueur.

De plus, j'ai apprécié découvrir et expérimenter la démarche de recherche. Au travers de celle-ci, j'ai pu me familiariser à la lecture d'article de recherche scientifique, et également appris à baser mon travail sur des données probantes. La recherche de données probantes dans la littérature existante me semble primordiale dans l'exercice de notre profession afin d'assurer la qualité du soin que l'on propose. Cette démarche contribue également à la reconnaissance de nos pratiques ergothérapiques. Au cours de cette recherche j'ai pu développer des connaissances et me perfectionner sur certaines notions théoriques qui m'intéressent notamment sur la conscience mais aussi sur les concepts en ergothérapie. Cela m'a permis de me rendre compte de l'importance de rapprocher la pratique à la théorie.

Tout en ayant conscience que ce travail est une simple initiation à la recherche. Je porte un intérêt poussé à la recherche en ergothérapie, qui selon moi est l'élément clé au développement et à la promotion de notre profession.

Conclusion

Le traumatisme crânien est la cause majeure de mortalité et de handicap acquis chez l'adulte jeune. Les séquelles cognitives et comportementales qui en résultent sont de différents ordres. Parmi elles, on retrouve l'anosognosie, définie comme trouble de la conscience des déficits, elle survient dans 50 à 70% des cas des TC graves. L'anosognosie est associée à un mauvais pronostic de récupération, elle représente un frein dans le processus de réadaptation et de réinsertion professionnelle de la personne.

L'ergothérapeute de par ses compétences relatives à la mise en place et à la conception d'activités à visée rééducative, réadaptative et de réinsertion, et également de par son intérêt pour l'approche écologique a un rôle important à jouer dans la prise de conscience des troubles. Effectivement, les mises en situation écologiques par le biais de la confrontation à la réalité sont susceptibles de favoriser la prise de conscience des troubles.

De ce constat découle l'objectif de mon étude : déterminer comment l'ergothérapeute met en œuvre des mises en situation écologiques dans le but d'accompagner la prise de conscience des troubles de la personne traumatisée crânienne grave souffrant d'anosognosie.

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai pris le parti d'utiliser une méthode quantitative et d'élaborer un questionnaire. La synthèse des données recueillies a permis de mettre en évidence que pour un objectif commun qui est de favoriser la prise de conscience des troubles, l'intervention basée sur la mise en situation écologique peut différer d'un ergothérapeute à l'autre. Notamment au niveau du support (feedback verbal, vidéo), de l'attitude de l'ergothérapeute et de la perception de l'approche écologique.

De ce travail, ressort la nécessité de réfléchir à l'élaboration d'un protocole d'intervention standardisé pour la mise en œuvre des mises en situation écologiques en ergothérapie dans le but de favoriser la prise de conscience des troubles. Cela permettrait d'enrichir les pratiques et d'apporter une valeur scientifique aux interventions des ergothérapeutes concernant la prise en charge de l'anosognosie.

Bibliographie

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2016). Le site officiel de l'ergothérapie et des ergothérapeutes. Consulté à l'adresse http://www.anfe.fr/index.php/definition

Azouvi, P., & Jourdan, C. (2016). Complications et séquelles, fréquentes, parfois « invisibles ». *Le concours médical*, *138*(1), 17-20.

Azouvi, P., Vallat-Azouvi, C., & Aubin, G. (2015). *Traumatismes crânio-cérébraux* (De boeck solal).

Babinski, J. (1914). Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Revue Neurologique*, *12*, 845-848.

Bayen, E., Jourdan, C., Azouvi, P., Weiss, J.-J., & Pradat-Diehl, P. (2012). Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien. L'information psychiatrique, 88(5), 331-37.

Belanger, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine: un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Le Partenaire, 13(1), 8–15

Benaïm, C., & Benatru, I. (2009). Le traumatisé crânien : pronostic. *La Lettre du Neurologue*, *13*(11), 359-365.

Cao, X. (2010). *Mise en oeuvre d'une tâche virtuelle, écologique et paramétrable dans le contexte des fonctions exécutives*. Ecole Nationale Supérieure d'Arts et Métiers, Paris.

Catella, E. (2012). *L'anosognosie : Activité et prise de conscience des troubles*. Institut de Formation Pédicure-Podologie Ergothérapie Masso-Kinésithérapie, Rennes.

Chanel, L. (2015). Analyse de l'activité photographie en vue de son utilisation auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Institut Universitaire de formation d'Ergothérapie d'Auvergne.

Cheng, S. K., & Man, D. W. (621). Management of impaired self-awareness in persons with traumatic brain injury. Brain injury, 20(6), 2006.

Chevignard C., Taillefer C., Picq C., Poncet F et Pradat-Diehl P., Évaluation du syndrome dysexécutif en vie quotidienne, in Pradat-Diehl P. et peskine A. (2 005), Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne, Paris, Springer

Derouesne, C. (2009). La méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences dans les affections cérébrales : un phénomène complexe et multidimensionnel. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, *7*(4), 243-51.

Dumas, C. (2001). Syndrome frontal, anosognosie et ergothérapie. In Expérience en ergothérapie : quatorzième série. Montpellier.

Fleming, J. (2010). La conscience de soi. In *International Encyclopedia of Rehabilitation*. JH Stone, M Blouin. Consulté à l'adresse http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/109/

Gilles, C., Lancelot, C., Sellier, C., Le Haye, C., Kerloc'h, J., & Le Gall, D. (2014). Métacognition : intervention thérapeutique autour de la conscience des troubles chez des patients souffrant de traumatisme crânio-cérébral grave. *Journal de réadaptation médicale*, *34*, 145-154.

Guilhard, J.-P. (2007). Ecologie thérapeutique ou thérapie écologique ? *Expériences en ergothérapie : vingtième*, (28-40).

Haute Autorité de Santé. (2013). *Troubles du Comportement chez les Traumatisés Crâniens : Quelles options thérapeutiques ?* Consulté à l'adresse https://www.traumacranien.org/images/unaftc/documents/sofmer_tc_recommandations

Jegousse, G., Payet Chevallier, D., Cebron de Lisle, A., Dohin, B., Mantel, J., & Taillefer, C. Evaluation ergothérapique et cérébrolésion: enjeux et spécificité (Actes de la journée de l'Association Réseau Traumatisme Cranien). 3 octobre 2013.

Josman, N., Milika Ben-Chaim, N., Friedrich, H., & Weiss, P. (2008). Effectiveness of virtual reality for teaching street-crossing skills to children and adolescents with autism. *Journal on Disability and Human Development*, *7*, 49-56.

Jourdan, c, Bosserelle, V., Azerad, S., Ghout, I., Bayen, E., Aegarter, P. Azouvi, P. (s. d.). Predictive factors for 1-year outcome of a cohort of patients with severe traumatic brain injury (TBI): Results from the PariS-TBI study. *Brain inj*, *27*(9), 1000-1007.

Katz, N., Fleming, J., Keren, N., Lightbody, S., & Hartlab-Maeir, A. (s. d.). Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention. *Canadian journal of occupational therapy*, *69*(5), 281-92.

Kielhofner G. (2 006), Research in occupational therapy, method of inquiry for enhancing practice, Philadelphia, F.A Davis Compagny

Luauté, J., & Pradat-Diehl, P. (2016). Un parcours de soins long, singulier, incertain. Le concours médical, 138(1).

Maas, Stocchetti, & Bullock. (2008). Moderate and severe traumatic brain injury in adults. Lancet neurol, 7(8).

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris: De Boeck-Solal.

Morel-Bracq, M.-C. (2011). Exploiter le potentiel thérapeutiue de l'ativité. In IZARD, Marie-Hélène Expériences en ergothérapie : vingt-quatrième série (p. 22-30). Montpellier : Sauramps médical.

Morel-Bracq, M.-C. (2012). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux modèles fondamentaux* (1re édition). De Boeck-Solal.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008). L'activité: L'outil privilégié de l'ergothérapie. Consulté à l'adresse https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/Activite_outil_privilegie.pdf

Pierce, D. (2003). Occupation by design : building therapeutic power. Philadelphia : F.A Davis Company.

Powell, J. M. (2016). Special issue on occupational therapy for adults with traumatic brain injury, *70*(3).

Powell, T. (2013). *Exercices de remédiation cognitive pour les adultes cérébrolésés* (De Boeck Supérieur-Solal).

Pascale Pradat-Diehl. (2010). Mission interministérielle en vue de l'élaboration d'un plan d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessé médullaire. Consulté à l'adresse http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinaltraumacraniens.pdf

Pradat-Diehl, P., Joseph, P.-A., Beuret-Blanquart, F., Luauté, J., Tasseau, F., Remy-Neris, O., Mazaux, J.-M. (s. d.). Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: Adults with severe traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *55*, 546-56.

Prigatano, G. (2009). Anosognosia : clinical and ethical considerations. *Curr Opin Neurol*, *22*, 606-611.

Smeets, S., Ponds, R. W. H., Verhey, F., & Van Heugten, C. (2012). Psychometric Properties and Feasibility of Instruments Used to Assess Awareness of Deficits After Acquired Brain Injury: A Systematic Review. Journal Head Trauma Rehabilitation, 27(6), 433-442.

Schmidt, J., Fleming, J., Ownsworth, T., & Lannin, N. (2012). Video Feedback on Functional Task Performance Improves Self-awareness After Traumatic Brain Injury: A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, *20*(10), 1-9.

Schmidt, J., Fleming, J., Ownsworth, T., & Lannin, N. (2014). An occupation-based video feedback intervention for improving self-awareness: Protocol and rationale. *Canadian journal of occupational therapy*, (1-10).

Seene, M. (2009). L'évaluation écologique. In Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités.

Standen, P. & Brown, D. (2005). Virtual reality in the rehabiliatation of people with intellectual disabilities: review. Cyberpsychology and Behavior, 8(3), 272-282.

Tagliaferri, F., Compagnone, C., Korsic, M., Servadei, F., & Kraus, J. (2006). A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochir*, *148*(3), 255-68.

Trouvé, E. (2016). Agir sur l'environnement pour permettre les activités (1re édition). De Boeck-Solal.

Annexes

Annexe I: Score de Glasgow

Annexe II: La pyramide de la conscience de soi proposée par Crosson et ses collaborateurs (1989)

Annexe III: Le potentiel thérapeutique (Selon Doris Pierce, 2003)

Annexe IV: Le Modèle de l'Occupation Humaine selon G. Kielhofner (1975)

Annexe V: Les matrices théoriques

- Matrice du Potentiel thérapeutique (Selon Doris Pierce, 2003)
- Matrice du Modèle de l'Occupation Humaine (Gary Kielhofner, 1975)
- Matrice de la pyramide de la conscience de soi proposée par Crosson et ses collaborateurs (1989)

Annexe VI: Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Annexe VII: Résultats

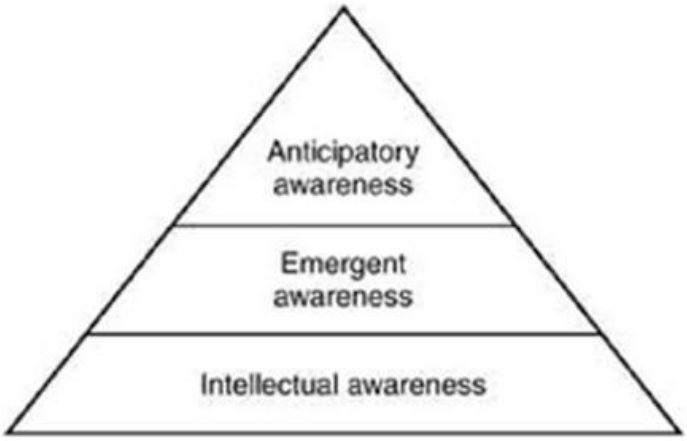
Annexe I: Score de Glasgow

Glasgow Coma Scale (GCS)

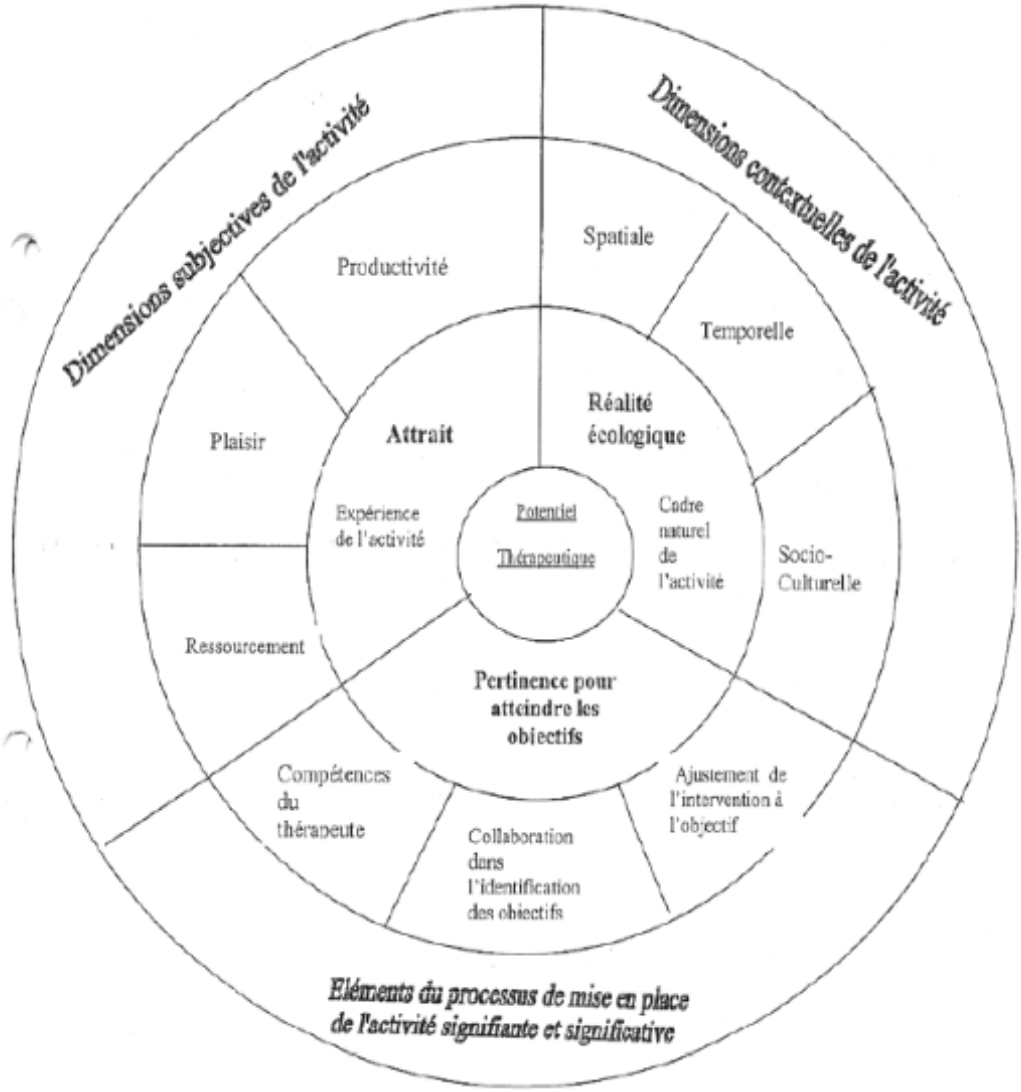
Cette échelle est validée chez les patients comateux ou au début de leur phase d'éveil. Elle est discutable dans des états pauci relationnels ou végétatifs très prolongés. Une cotation est attribuée à la meilleure des réponses. La somme de ces cotations définit un score qui varie de 3 à 15 : E + V + M. Le coma est défini pour un score égal ou inférieur à 7.

E	
Ouverture des yeux	
Spontanée (ouverture spontanée)	4
Au bruit (à la parole)	3
À la douleur (provoquée par un stimulus nociceptif)	2
Absente	1
V	
Réponse verbale	
Orientée (conscient : sait qui il est, où il est et pourquoi)	5
Confuse (conversation possible mais signes de confusion et de désorientation)	4
Inappropriée (mots compréhensibles mais conversation impossible)	3
Incompréhensible (mots incompréhensibles, gémissements, grognements)	2
Absente	1
M	
Réponse motrice	
Obéit (obéit à l'ordre oral)	6
Adaptée (le mouvement de flexion du membre supérieur localise le stimulus douloureux et le fait disparaître)	5
Orientée (le mouvement de flexion du membre supérieur se dirige seulement vers le stimulus douloureux)	4
Flexion réflexe (réponse stéréotypée en triple flexion du membre supérieur)	3
Extension réflexe (réponse stéréotypée en rotation interne et hyper-extension du membre supérieur)	2
Absente	1

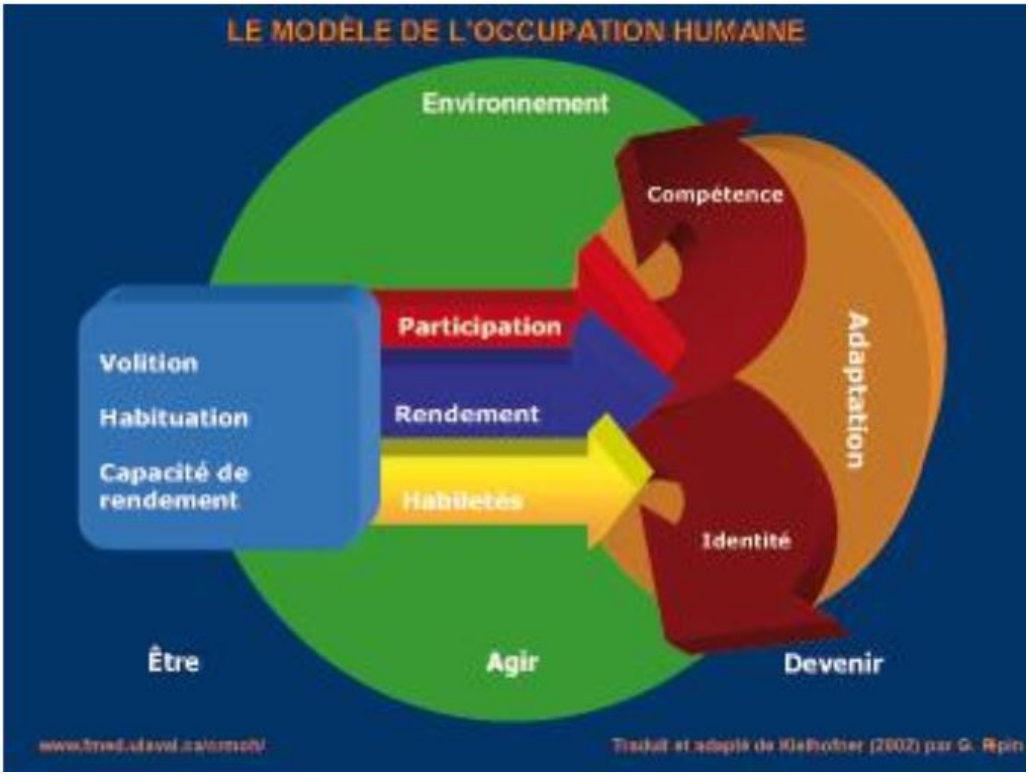
<u>Annexe II:</u> La pyramide de la conscience de soi proposée par Crosson et ses collaborateurs (1989)



Annexe III : Le potentiel thérapeutique (Selon Doris Pierce, 2003)



<u>Annexe IV :</u> Le Modèle de l'Occupation Humaine selon G. Kielhofner (1975)



Annexe V : Matrices théoriques

– Matrice du Potentiel thérapeutique (Selon Doris Pierce, 2003)

Concept	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Potentiel thérapeutique	Dimension contextuelle de l'activité (mise en situation) : réalité écologique	Dimension spatiale	Le choix du lieu de la mise en situation	Q10
			Le potentiel de l'environnement	Q11
			L'expérience vécue de la personne dans l'environnement choisi	Q12
		Dimension temporelle	Le moment dans la prise en charge où est proposée l'activité de mise en situation	Q13
			La chronologie de l'intervention ciblée sur la mise en situation : le temps de préparation, le temps de mise en situation, le temps du débriefing	Q14, Q28, Q20
		Dimension socio culturelle	Prise en compte des origines culturelles (respect des coutumes, intimité, alimentation, religion) de la personne lors des mises en situation (préparation)	Q14

			Prise en compte de l'entourage	
	Les éléments du processus de mise en place de l'activité	Collaboration dans l'identification des objectifs	Entretien préalable à la mise en situation pour poser les objectifs en collaboration avec la personne	Q 16
		Compétences du thérapeute	Concevoir et mettre en œuvre un projet d'intervention en ergothérapie Se référer à des données scientifiques probantes et actualisés	Q20, Q26 Q27, Q29, Q30
		Ajustement de l'intervention à l'objectif	Ajuster l'intervention et la mise en situation proposées en fonction des objectifs établis Choix des moyens justifiés et adaptés aux objectifs fixés	Q16

– Matrice du Modèle de l'Occupation Humaine (Gary Kielhofner, 1975)

Concept	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Le MOH	L'être	Volition	Le choix de l'activité est réalisé par le patient en fonction du son plaisir et ses intérêts Recueil de la perception du patient quant à son intérêt à s'engager dans l'activité, la perception de ses capacités, et de sa performance	Q15, Q18
		habituation		
		Capacité de rendement	Les capacités nécessaires pour réaliser avec succès la mise en situation : Composantes objectives : capacités cognitives	Q19
	L'agir	Participation	Observation de l'engagement de la personne dans diverses activités de la vie quotidienne ; loisirs, repas, travail…	Q22
		Rendement	Ensemble des actions réalisées dans un but précis : La répétition des mises en situation, l'utilisation du feedback verbal, la confrontation à la réalité/à l'échec, la réalisation d'un débriefing, la réalisation de séances éducatives	Q17, Q20, Q27
		habiletés	Les habiletés Opératoires : facultés cognitives (fonctions exécutives : planification, raisonnement, déduction, adaptation, flexibilité)	Q19

	Le devenir	Identité personnelle	Evolution de l'identité personnelle : Recueil de la connaissance du patient sur sa propre efficacité, sa satisfaction, sa conscience des difficultés rencontrées	Q23
		Compétences occupationnelles	Observation de - comportements productifs et satisfaisants de la personne	Q24, Q25, Q26
		Adaptation	Observation de - une meilleure adaptation de la personne à son environnement - une meilleure capacité à auto-ajuster ces comportements - la mise en place des stratégies compensatoires - du vécu de la confrontation aux difficultés	

– Matrice de la pyramide de la conscience de soi proposée par Crosson et ses collaborateurs (1989)

Concept	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Conscience de soi	Conscience intellectuelle	Conscience de sa pathologie/ son déficit	Recueil des connaissances du patient concernant les origines de l'anosognosie, les conséquences de la lésion cérébrale, les divers troubles qui en résultent Les connaissances du patient sur sa propre efficacité	Q17, Q23
	Conscience émergente	Les répercussions du déficit dans les AVQ	Observation de la capacité du patient à reconnaître l'incidence des déficits sur les activités de la vie quotidienne	Q21, Q24
	Conscience anticipatoire	Anticipation des difficultés et de sa performance	Observation de la capacité du patient à prédire ses difficultés, la capacité à mettre en place des stratégies compensatoires	

<u>Annexe VI</u> : Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Ce questionnaire est à destination des ergothérapeutes ayant déjà accompagné des personnes adultes traumatisées crâniennes souffrant d'anosognosie. Veuillez répondre le plus sincèrement à toutes les questions en respectant les consignes.
Je vous remercie par avance de vos réponses et du temps que vous consacrez à mon travail.

1) Etes-vous :

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme

2) Quel âge avez-vous :

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ Entre 25 et 30 ans
- ☐ Entre 30 et 40 ans
- ☐ Entre 40 et 50 ans
- ☐ Plus de 50 ans

3) Vous êtes ergothérapeute depuis :

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 5 ans
- ☐ Plus de 5 ans

4) Depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes adultes Traumatisées Crâniennes (TC) :

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 5 ans
- ☐ Plus de 5 ans

5) Dans quel type de structure exercez-vous :

- ☐ Soins de suite et de réadaptation : Centre de rééducation et réadaptation, service de médecine physique et de réadaptation…
- ☐ Services "hors les murs" (SAVS, SAMSAH, équipe mobile, Réseau, UEROS…)
- ☐ Autres :

6) Avez-vous déjà accompagné des patients TC souffrant d'anosognosie :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous répondez négativement à cette question (6) il n'est pas utile de poursuivre le remplissage du questionnaire.

7) Vous arrive-t-il de proposer des activités de type « mises en situation écologiques » à des personnes atteintes de TC (exemples : mise en situation cuisine, courses, conduite…) :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous répondez négativement à cette question (7) il n'est pas utile de poursuivre le remplissage du questionnaire.

8) Si oui, à quelle fréquence sont proposées les activités de « mises en situation écologiques » : (répondre en 3 lignes max)

9) Dans quels buts sont proposées les activités de « mises en situation écologiques » : (répondre en 3 lignes max)

10) Dans quels environnements sont réalisées les activités de type « mise en situation »? (plusieurs réponses acceptées)

- ☐ Domicile du patient
- ☐ Cuisine thérapeutique
- ☐ Appartement thérapeutique
- ☐ Supermarché
- ☐ Centre-ville
- ☐ Autres :

11) Selon vous le choix de l'environnement est-il important :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout important	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Très important

12) L'environnement : (2 réponses obligatoires)

- ☐ peut modifier l'expérience vécue de la personne
- ☐ n'est pas source d'opportunités et d'exigences
- ☐ oblige la personne à s'adapter aux difficultés rencontrées
- ☐ a un impact faible sur la personne

13) A quel moment de la prise en charge d'une personne traumatisée crânienne souffrant d'anosognosie est utilisée l'activité de « mise en situation » ?

- ☐ Au début
- ☐ Au milieu
- ☐ A la fin

14) Lors des activités de « mise en situation » … ?

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Toujours
L'origine culturelle de la personne est prise en compte (religion, coûtume, intimité...)	○	○	○	○
Les familles sont intérgrées	○	○	○	○
un temps est consacré à la préparation de l'activité	○	○	○	○

15) Le choix de la mise en situation est-il : (2 réponses obligatoires)

- ☐ Déterminé par le thérapeute
- ☐ Au libre choix du patient (plaisir à réaliser)
- ☐ Discuté entre thérapeute et patient en fonction de l'intérêt
- ☐ Aléatoire en fonction du patient

16) Les objectifs de l'activité « mise en situation » sont-ils : (2 réponses obligatoires)

- ☐ Posés en collaboration avec le patient lors d'un entretien préalable à la mise en situation
- ☐ Posés par le thérapeute et énoncés après la mise en situation
- ☐ Discutés et posés avec le patient mais également avec son entourage
- ☐ Posés par le thérapeute et jamais énoncés en présence du patient

17) Auprès du patient TC souffrant d'anosognosie, en début de prise en charge, ou bien en amont de l'activité de « mise en situation », le thérapeute : (2 réponses obligatoires)

- ☐ Questionne la connaissance du patient sur sa lésion cérébrale (anatomie, troubles résultant…) et sur son trouble anosognosique (origines, conséquences…)
- ☐ Considère que les connaissances du patient sur sa propre pathologie ne sont pas indispensables au cours de la rééducation/réadaptation
- ☐ Considère que les connaissances du patient sur sa propre pathologie et sur son trouble anosognosique doivent être enrichies au cours de séances éducatives
- ☐ Considère l'éducation du patient comme une étape peu importante dans le processus de prise de conscience des troubles

18) En amont de l'activité, procédez-vous à un entretien préalable afin de connaître :

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Toujours
L'intérêt que le patient a à s'engager dans l'activité	○	○	○	○
La perception du patient de ses propres capacités	○	○	○	○
La perception de sa réussite ou performance dans l'activité	○	○	○	○

19) Pour vous, les mises en situation permettent-elles d'améliorer les capacités : (plusieurs réponses acceptées)

- ☐ d'organisation/planification
- ☐ de raisonnement
- ☐ de déduction
- ☐ Autre :

20) Dans votre pratique comment construisez-vous votre intervention ou séance centrées sur l'activité de « mises en situation écologique » ?

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Toujours
La préparation et la planification de la mise en situation sont réalisées avec le patient lors d'un entretien	○	○	○	○
La préparation et la planification de la mise en situation sont réalisées uniquement par le thérapeute	○	○	○	○
L'ergothérapeute intervient durant la tâche (feedback verbal) et autorise les autocorrections du patient	○	○	○	○
L'ergothérapeute n'intervient pas, il est seulement dans une posture observatrice	○	○	○	○
Le patient est filmé lors de la réalisation de la mise en situation	○	○	○	○
Les mises en situation sont répétées à plusieurs reprises	○	○	○	○

21) Après que la mise en situation soit réalisée, le thérapeute : (2 réponses obligatoires)

- ☐ Incite le patient à identifier les actions dans lesquelles il a eu des difficultés
- ☐ Evite de confronter le patient à ses échecs
- ☐ Incite le patient à repérer des stratégies compensatoires
- ☐ Souligne seulement les capacités et les points positifs du patient

22) Au cours de votre pratique auprès des personnes TC, pensez-vous que les mises en situation écologiques facilitent l'engagement de la personne dans ses loisirs, ses activités de la vie quotidienne ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Fréquemment
- ☐ Toujours

23) Au cours de votre pratique auprès des personnes TC crâniens, les mises en situation favorisent-t-elles ?

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Toujours
L'évolution de l'identité personnelle de la personne	○	○	○	○
Les connaissances du patient sur sa propre efficacité	○	○	○	○

24) Au cours de votre pratique auprès des traumatisés crâniens, pensez-vous que les mises en situation favorisent :

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Toujours
des comportements productifs et satisfaisants de la personne	○	○	○	○
Une meilleure adaptation de la personne à son environnement	○	○	○	○
Une meilleure capacité de la personne à auto-ajuster ces comportements	○	○	○	○
la mise en place de stratégies compensatoires par la personne	○	○	○	○
La confrontation de la personne à la réalité	○	○	○	○
La prise de conscience de ses difficultés	○	○	○	○

25) Au cours de votre pratique lors des mises en situation écologiques, la confrontation du patient TC à la réalité de ses difficultés s'accompagne-elle de détresse émotionnelle, des pleurs, de l'agressivité…. :

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Fréquemment
- ☐ Toujours

26) Dans ce cas comment accompagner vous le patient dans cette confrontation à la réalité? (répondre en 3 lignes max)

27) Dans votre pratique, faites-vous un débriefing avec le patient après la mise en situation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si votre réponse est négative à cette question (27), il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes, vous pouvez directement valider/envoyer le questionnaire.

28) Combien de temps après la mise en situation a lieu le débriefing s'il a lieu :

- ☐ immédiatement
- ☐ quelques heures après
- ☐ plus d'un jour

29) Quel est le support à ce débriefing s'il a lieu ?

- ☐ Feedback verbal du thérapeute (retours sur la performance du patient)
- ☐ Feedback vidéo (rétroaction) : visionnage de la vidéo
- ☐ Feedback verbal + vidéo
- ☐ Autres :

30) Concernant le débriefing avec support vidéo s'il a lieu (rétroaction vidéo ou feedback vidéo) ?

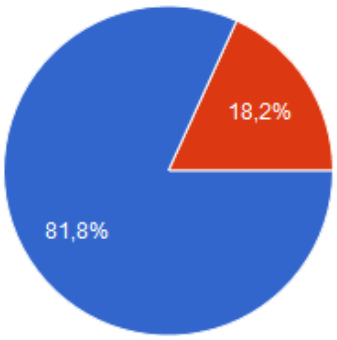
- ☐ La vidéo est diffusée en intégralité
- ☐ Le thérapeute diffuse seulement certains passages spécifiques préalablement sélectionnés
- ☐ Le thérapeute effectue des retours lors du visionnage de la vidéo
- ☐ Seulement le patient effectue des retours lors du visionnage de la vidéo
- ☐ Le thérapeute et le soignant effectuent des retours lors du visionnage de la vidéo

Je vous remercie du temps que vous avez consacré à répondre à ce questionnaire.
Si vous le souhaitez, je peux vous transmettre une synthèse des résultats de mon questionnaire :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Annexe VII: Réponses du questionnaire

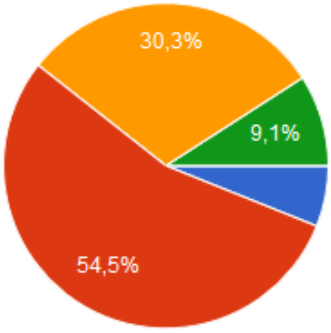
1) Êtes-vous:



Une femme
Un homme

Une femme	27
Un homme	6

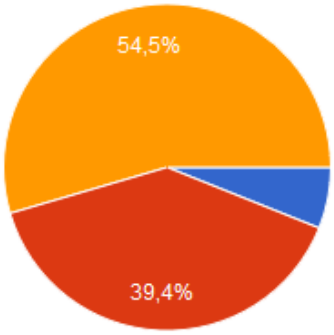
2) Quel âge avez-vous :



Moins de 25 ans
Entre 25 et 30 ans
Entre 30 et 40 ans
Entre 40 et 50 ans
Plus de 50 ans

Moins de 25 ans	2
Entre 25 et 30 ans	3
Entre 30 et 40 ans	10
Entre 40 et 50 ans	18

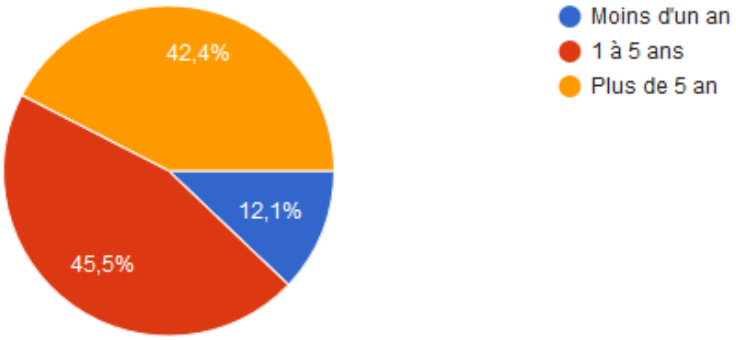
3) Vous êtes ergothérapeute depuis :



Moins d'un an
1 à 5 ans
Plus de 5 ans

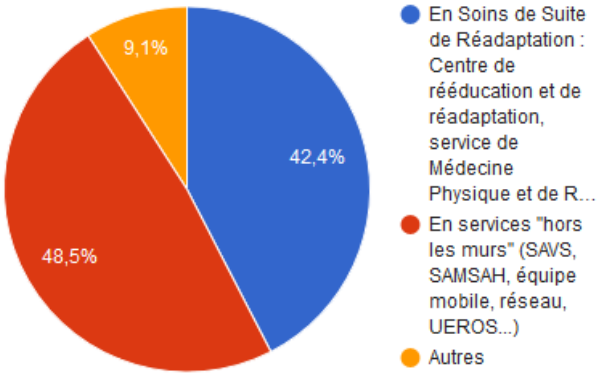
Moins d'un an	4
1 à 5 ans	14
Plus de 5 ans	15

4) Depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes adultes traumatisées crâniennes :



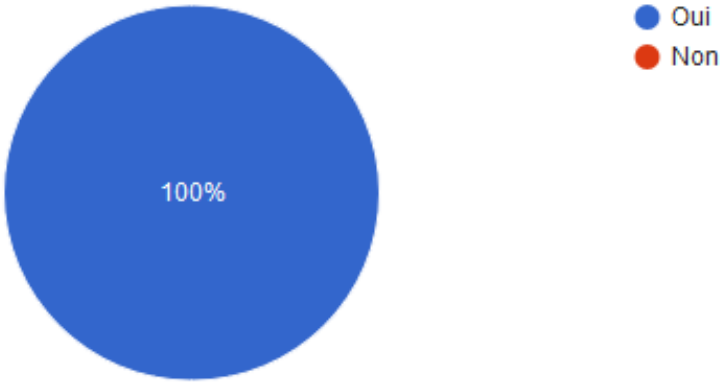
Moins d'un an	2
1 à 5 ans	13
Plus de 5 ans	18

5) Dans quel type de structure exercez-vous :

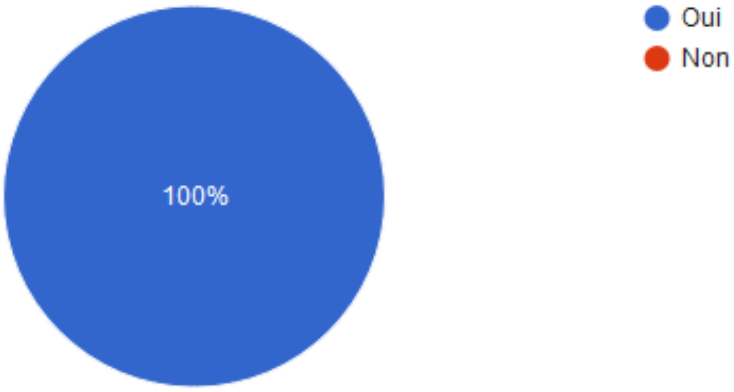


En Soins de Suite et de Réadaptation	14
En services « hors les murs »	16
Autres :	3

6) Avez-vous déjà accompagné des patients TC souffrant d'anosognosie:



7) Vous arrive-t-il de proposer des activités de type "mises en situation écologiques" à des personnes atteintes de traumatisme crânien:



8) A quelles fréquences sont proposées les activités de type "mises en situation écologiques": (Les réponses ci-dessous n'ont pas été modifiées et sont retranscrites telles qu'elles m'ont été remises)

tout dépend des besoins et des capacités et des possibilités: exemple faire le café, c'est possible tous les jours, la cuisine, les courses, ça peut être 2 fois dans le séjour au maximum, la conduite auto une seule fois dans le séjour
tout dépend des objectifs et des besoins : toilette, habillage : plusieurs fois par semaine, courses, cuisine :1 ou 2 fois pendant le séjour, préparation petit déjeuner (faire le café; le thé...) : plusieurs fois par semaine, la conduite : 1 fois pendant le séjour, faire le tâches ménagères : plier le linge, passer le balais...: plusieurs fois
En SSR en fonction des patients je dirais une fois par mois. Lorsque je travaillait en SAMSAH une fois par semaine pour certain patient.
Tout dépend de l'objectif de la mise en situation (évaluation? réapprentissage?....), de la personne (capacités, emploi du temps), et de son environnement notamment humain (vie de famille, présence des auxillaires de vie, etc...).
C'est variable. Tout dépend des progrès, des projets des patients
toutes les interventions
Il n'y a pas de généralité cela dépend des récupération motrice et cognitives et du stade de la prise en charge. Il peu y avoir des mises en situations toilette/habillage toute les

semaines, la cuisine c'est plus 1x par mois par exemple. Mais on ne peut absolument pas généraliser.
Le plus possible
la fréquence est variable. Je dirais au moins deux fois par mois.
1 fois par semaine
Mises en situation écologique à l'évaluation, dès que l'usager dit quelque chose ou que l'on observe que quelque chose à changer. Mise en situation également avant la synthèse des usagers (tous les 6 mois).
Cela dépend du besoin, du projet de vie de la personne.
A chaque séance
1seance sur 3
en moyenne toutes les 3 semaines. cela dépend de leur réaction psychologique et leurs capacités
la fréquence est adaptée à chaque personne
cela dépend des fois, autant que nécessaire
le plus souvent possible, presque à chaque séance
En moyenne une à deux mise en situation sont réalisées en début de prise en charge
tous les 15 jours envrion
En fonction du projet de l'usager mais en moyenne une fois tous les 15 jours.
Courses, cuisine, atelier orientation
dès que possible : difficile de répondre à cette question : en fonction du patient, de la fréquence de PEC...
tout dépend du parcours du patient, quand il arrive chez nous, à combien de temps se situe son accident, quel âge a t-il etc. Mais nous proposons régulièrement des mises en situation, qu'elles soient "papier-crayon" ou "écologiques"
Une mise en situation écologique tous les deux mois.
Au minimum 2 fois sur une session de trois mois. Cela dépend des personnes accueillis et des besoins
Nous faisons des atelier d'ergo avec bricolage et nous les observons dès qu'elles viennent à l'UEROS, ce qui est très écologique puisque c'est la vrai vie. Au préalable, nous faisons

des évaluations qui tiennent compte de ce que la personne fait spontannément en venant à l'UEROS, ce qui est le plus écologique. Nous la mettons également dans des situations nouvelles avec des activités plus ou moins contraignantes pour voir son adaptabilité.
1 fois par mois
plusieurs fois par semaine
quand le projet de vie se précise, c'est souvent une fois par semaine, voire toutes les 2 semaines en milieu extérieur, sinon 1 à plusieurs fois par semaine au sein de l'établissement
1 à 2 fois par semaines
Automatiquement lors de la période de bilan, lorsqu'une personne arrive dans le service. Puis de manière hebdomadaire (si les séances sont trop espacées, l'oubli est trop important)
Les mises en situations apparaissent au cours de l'évolution et selon les objectifs et les troubles ne surviennent pas au même moment. En moyenne 4/5 mises en situations différentes au cours d'une hospitalisation de 3/4 mois

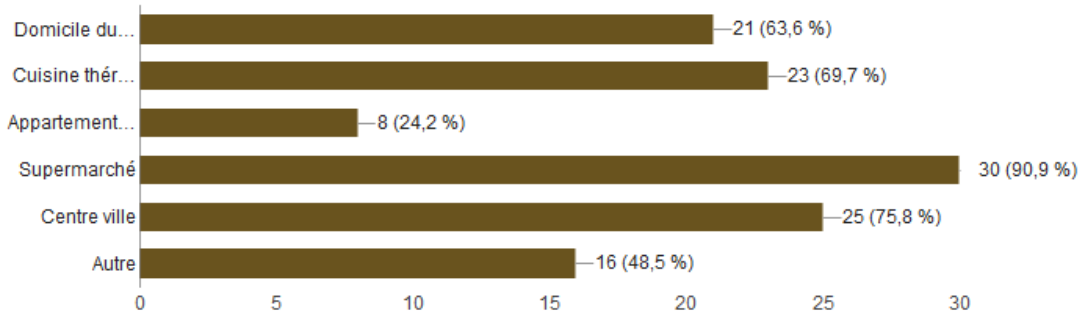
9) Dans quels buts sont proposées les activités de « mises en situation écologiques » : (Les réponses ci-dessous n’ont pas été modifiées et sont retranscrites telles qu’elles m’ont été remises)

Evaluation des fonctions exécutives, évaluation des risques (mises en danger), évaluation des besois en aide humaine
réapprendre les gestes du quotidien , rendre la personne le plsu autonome possible, répondre à ses besoins le plus possible
Évaluer les fonctions exécutives en mises en situations fonctionennelles. Évaluer la mise en danger lors d'un futur retour à domicile et enfin lutter contre l'anosognosie.
Dans un 1er temps évaluer les capacités de l'usager sur une activité précise (cuisine, toilette habillage, conduite voiture FRE...). Grace à cette évaluation faire un compte rendu détaillé sur les besoins (compensation? compte rendu à l'équipe et a la MPDH sur le besoin aide humaine...) en fonction de l'évaluation voir s'il est utile de mettre en place des séances de mises en situation régulières pour travailler sur des points relevées lors de l'évaluation (valorisation, apprentisage d'outil de compensation...)
Evaluations, prises de conscience des déficits et incapacités, réadaptations, réinsertion

prendre conscience des troubles, mettre en place des stratégies de compensation
il y a la prise en compte des difficultés pour après les travailler et amener, lorsque cela est nécessaire, le patient à accepter et à utiliser des moyens de compensation.
Rééducation en situation habituelle, evaluation des capacités en situetion
Evaluer les prises de risque pour assurer la sécurité du patient et de son entourage, faire régresser l'anosognosie et élaborer un projet de vie réaliste
Prise de conscience des troubles et application de stratégies de compensation
Evaluer, bilanter, dans le cadre d'un courrier pour une admission en centre, pour une demande de financement à la MDPH ou autres, pour une demande de travaux à un bailleur, pour la préconisation d'aides techniques
les mises en situation écologique permettent d'évaluer la personnes, de trouver des moyens de compensation si nécessaire etc.
pour évaluer les capacités et incapacités et travailler leur prise de conscience ou non par la personne
Travaille des fct co et executive
confrontation avec la réalité de leur état, travail sur les incapacités (travail cognitif et moteur.)
favoriser la prise de conscience autonome du trouble et la mise en place de compensation
plusieurs raisons possibles : mise en échec pour aider à prise de conscience des troubles, ou revalorisation, mise en avant des capacités, évaluation des capacités en situation (compensations mises en place, etc)...
permettre à ces personnes de réaliser et de participer aux AVQ
Évaluation , prise de conscience
Evaluation, réadaptation réentrainement
Evaluer les capacités pour envisager des compensations au moyen d'aide techniques ou d'aide humaines, développer des compétences.
Améliorer les habilitées gestuelles, les fonctions supérieures(notamment exécutives, difficilement observables en dehors des mises en situation) , la gestion du cadre...
prise de conscience des difficultés, rééducation des fonctions cognitivo-comportementales et physiques, mise en place et apprentissage des moyens de compensation

pluseurs objectifs: d'observations, de bilans (EF2E par exemple), favoriser la prise de concience des difficultés etc.
Evaluer les compétences de l'usager. Les MSE sont souvent le bras de levier pour démontrer le niveau d'indépendance de l'usager dans l'activité.
Pour évaluer les capacités et incapacités de la personne mais aussi pour travailler la réadaptation
Nous faisons d'abord des évaluations au sein de l'UEROS, dans la rue, les magasins et nous observons comment la personne peut s'adapter pour venir à l'UEROS. Ensuite, en réentrainement, nous travaillons sur les capacités physiques, cognitives, relationnelles, rôle psychologique de l'activité et de l'occupation. C'est à visée thérapeutique dans tous les sens du terme. Nous reprenons avec bénéficiaires le sens de ce que nous leur proposons.
Evaluer les capacités rélles- développer des moyens de compensation- conseiller et/ou préconiser des aides techniques ou moyens de compensation- favoriser la prise de conscience
rééducation au travers des mises en sitution + prise de conscience des difficultés + entrainement à l'utilisation d'aide technique
favoriser une prise de conscience des difficultés, et trouver un moyen de compensation
Permette à la personne d'identifier ses ressources et ses freins. Apprendre à l'entourage comment guider au quotidien la personne
évaluation, ré-entrainement et/ou mise en place de compensations ou d'adaptation, puis appropriation des aménagements pour un gain en autonomie et/ou indépendance
Prise de conscience des difficultés, évaluation du transfert des acquis, évaluation de l'autonomie en vue d'un retour à domicile, évaluation des troubles cognitifs en situation complexe de vie quotidienne, réentrainement à une activité usuelle

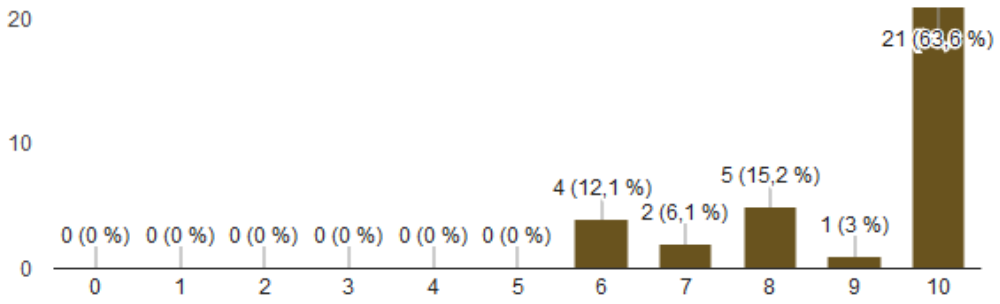
10) Dans quel(s) environnement(s) sont réalisées les activités de type "mises en situation" :



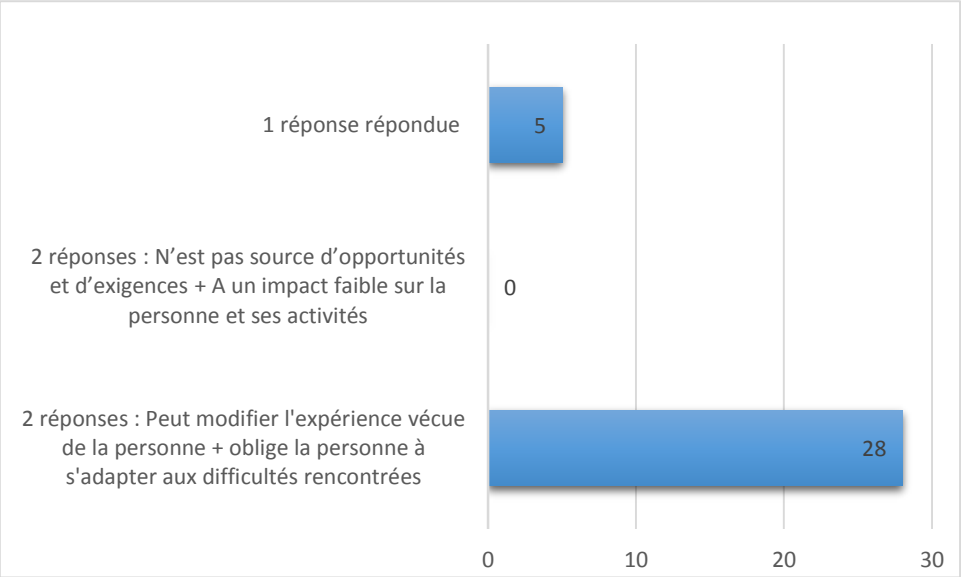
Autres :

Salle informatique
Chambre du patient/ douche
Milieu professionnel
Entreprise, bus
Milieu professionnel et scolaire
Forêts (atelier orientation)
Poste de travail
Véhicule pour conduite automobile
Atelier

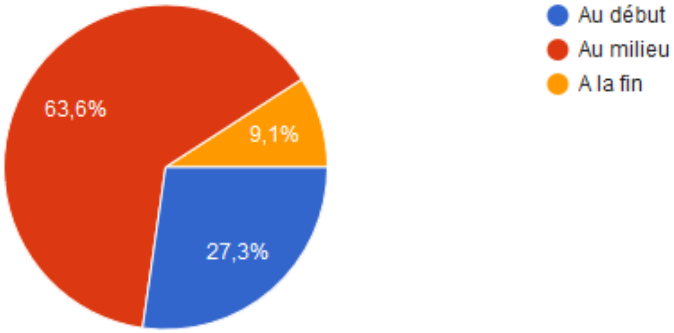
11) Selon vous le choix de l'environnement est-il important :



12) L’environnement:

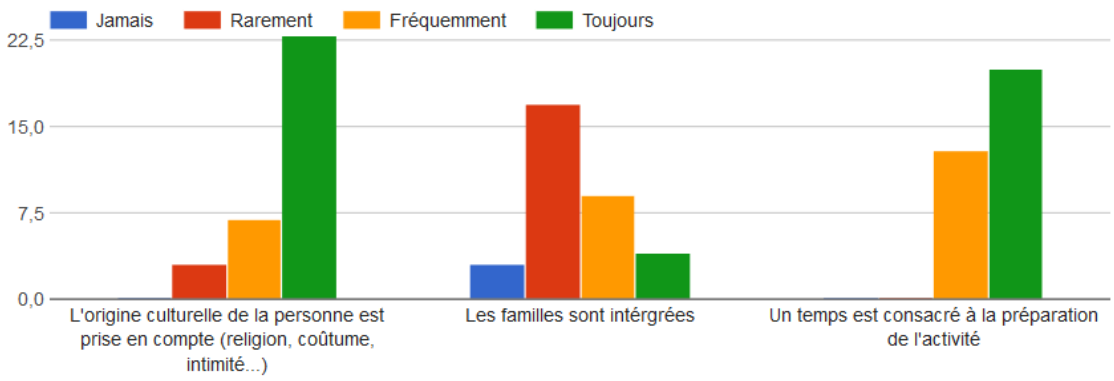


13) A quel moment dans la prise en charge d'une personne traumatisée crânienne souffrant d'anosognosie est utilisée l'activité de "mise en situation":

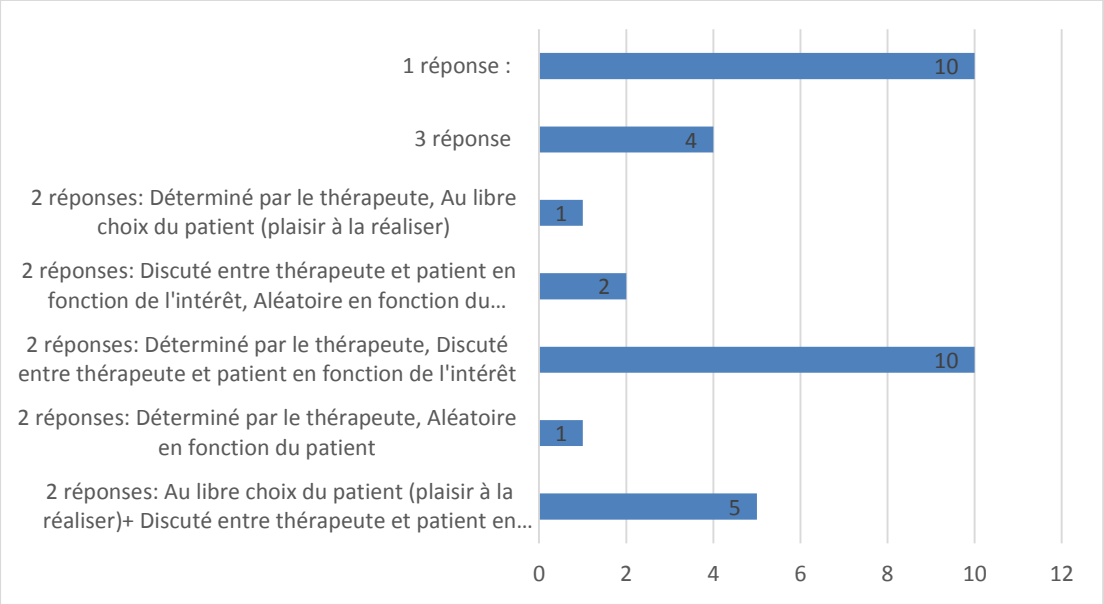


Au début	9
Au milieu	21
A la fin	3

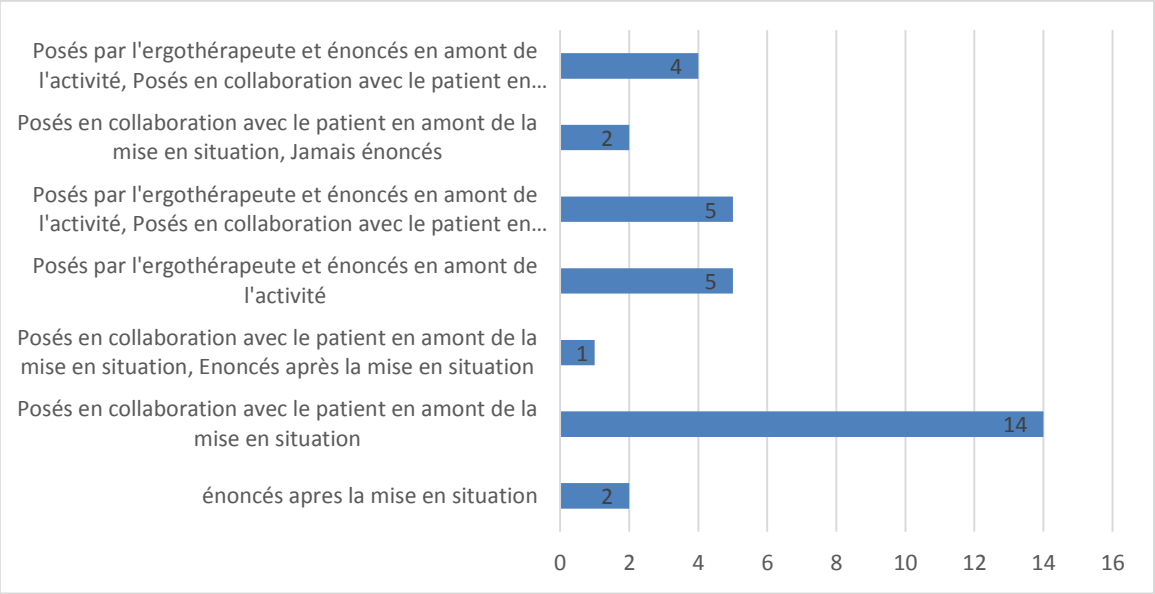
14) Lors des activités de "mise en situation" :



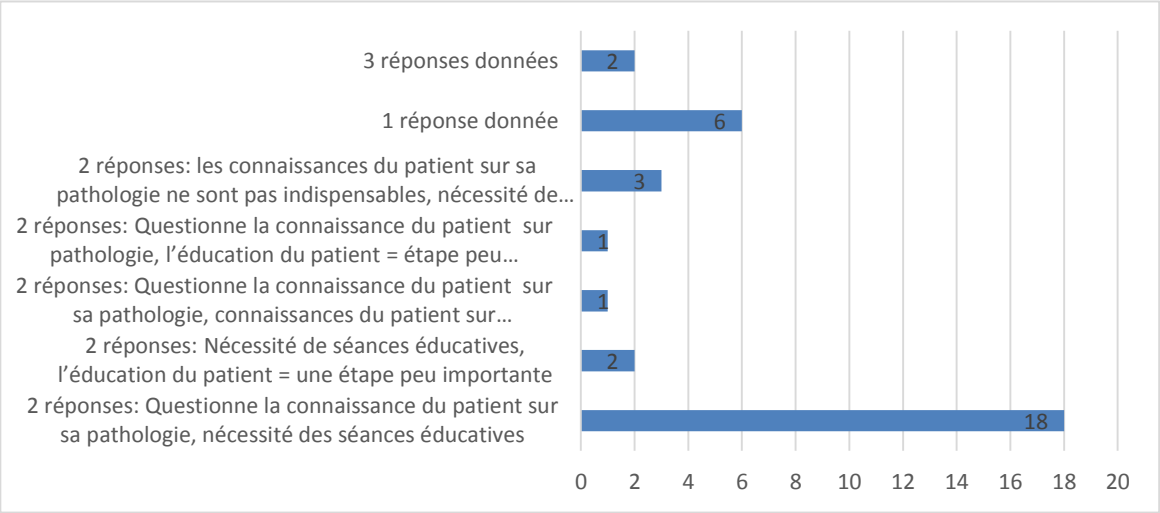
15) Le choix de l'activité de mise en situation est-il :



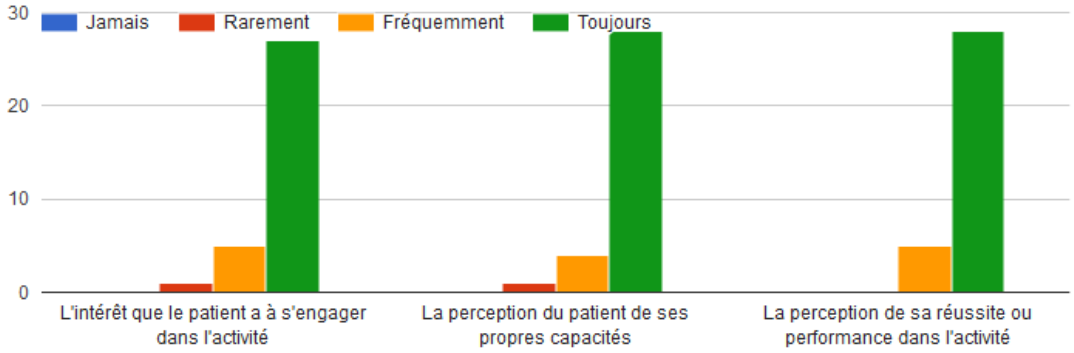
16) Les objectifs de l'activité de "mise en situation" sont-ils :



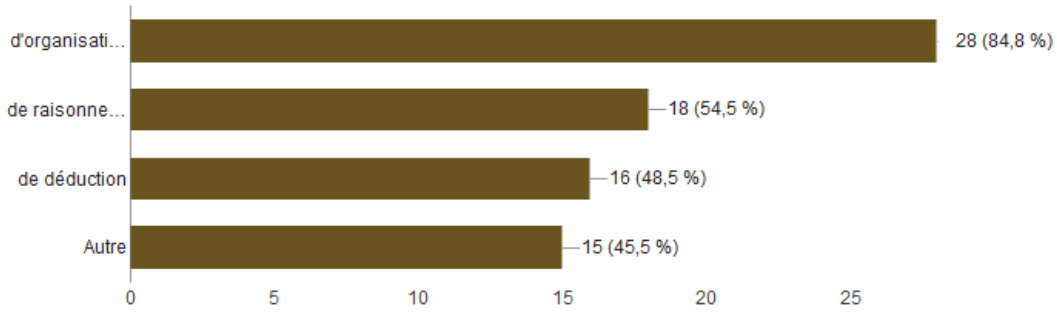
17) En début de prise en charge, ou bien en amont de l'activité de « mise en situation », le thérapeute... :



18) En amont de l'activité, procédez-vous à un entretien préalable afin de connaître :



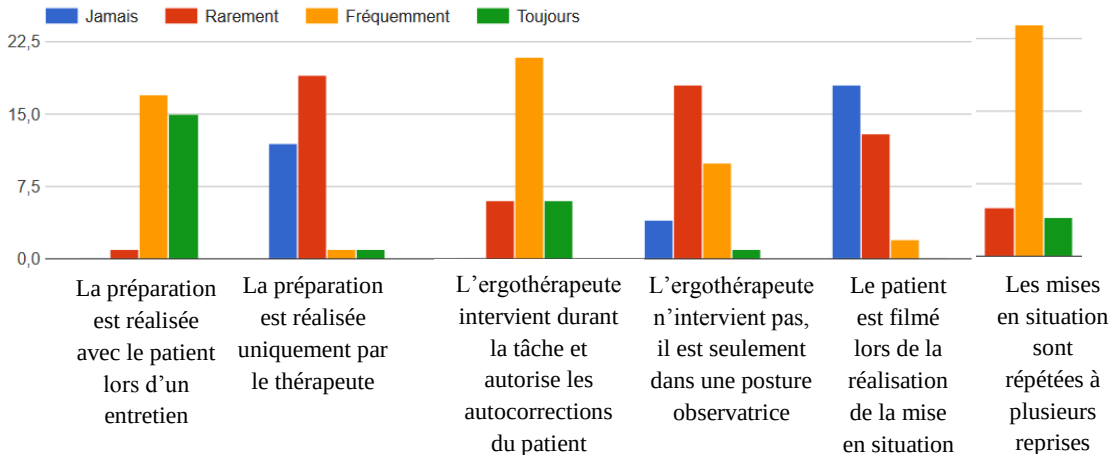
19) Pour vous, les mises en situation permettent-elles d'améliorer les capacités:



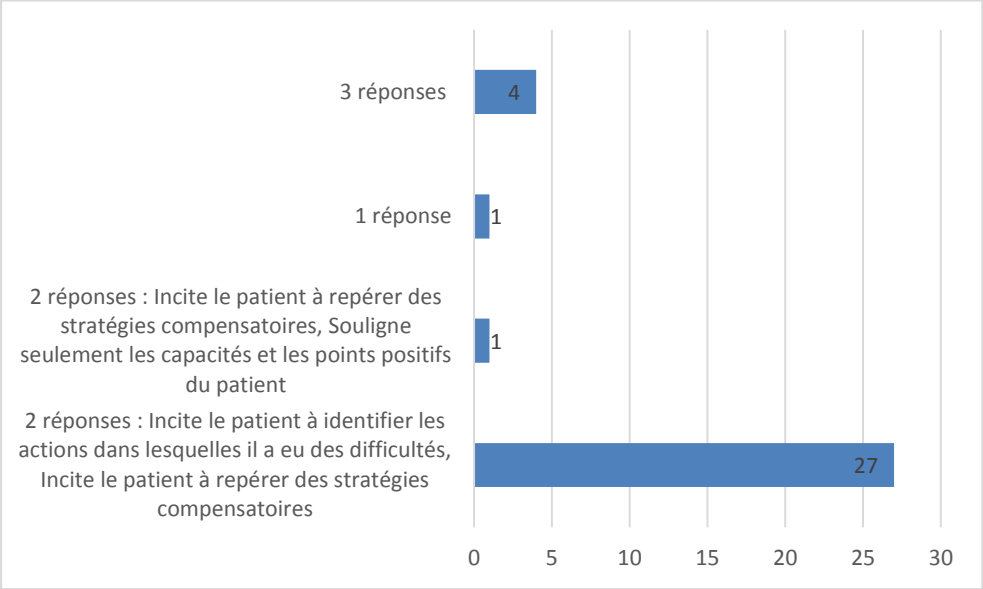
Autres réponses :

Tout dépend de l'activité de la personne et de l'objectif définit en amont
De prise de conscience
Toutes les fonctions cognitives
Motrice, sensorielles
Conscience du trouble
Peut permettre de se rendre compte des difficultés sur le moment
Mettre en avant les difficultés, voir comment les compenser, travailler sur difficultés etc.
Fonctions exécutives, mémoires, fonctions physiques...
Cela dépend des personnes
Les fonctions exécutives et la métacognition
Attentionnelles, gestion de la fatigue, comportementales...
"D'améliorer les capacités" n'est pas forcément le cas
Toutes les capacités en général, ça dépend de l'activité choisie
D'appropriation des moyens de compensation
Contrôle, attention, double tâche, orientation, (fonctions exécutives

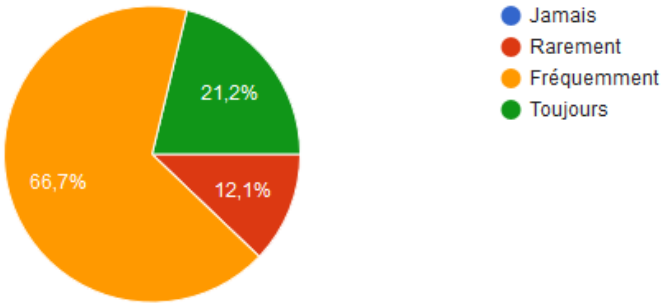
20) Dans votre pratique comment construisez-vous votre intervention ou séance centrées sur l'activité de "mises en situation écologiques":



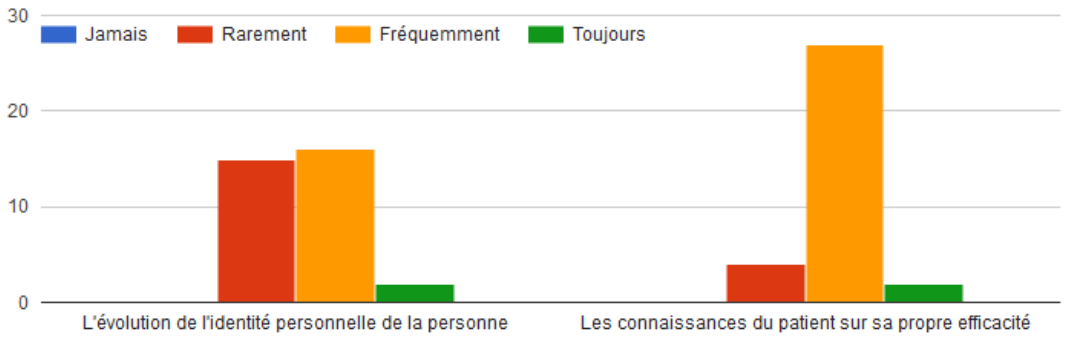
21) Après que la mise en situation soit réalisée, le thérapeute :



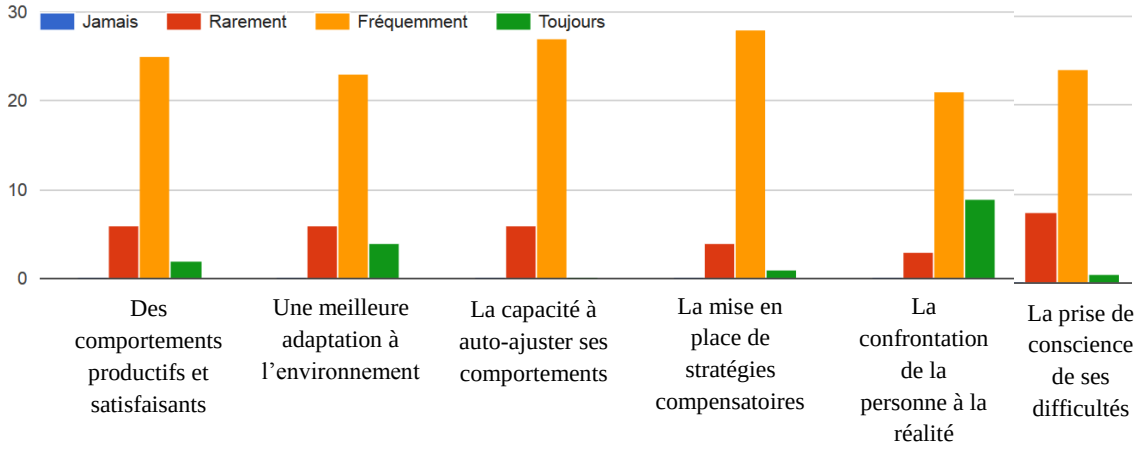
22) Au cours de votre pratique, pensez-vous que les mises en situation facilitent l'engagement de la personne dans ses loisirs, ses activités de la vie quotidienne :



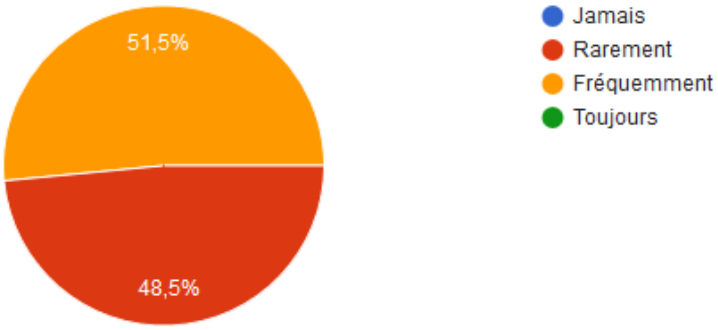
23) Au cours de votre pratique auprès des traumatisés crâniens, les mises en situation favorisent-elles :



24) Au cours de votre pratique auprès des traumatisés crâniens, les mises en situation favorisent-elles :



25) Au cours de votre pratique lors des mises en situation écologiques, la confrontation du patient à la réalité de ses difficultés s'accompagne-t-elle de détresse émotionnelle: pleurs, angoisse, agressivité...



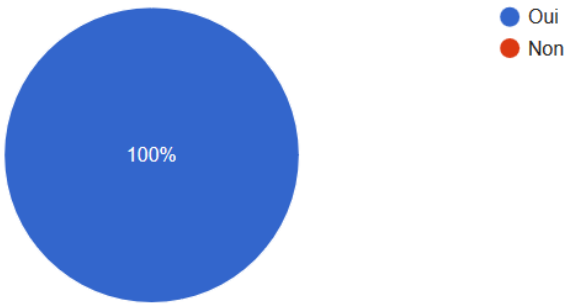
26) Dans ce cas, comment accompagnez-vous le patient dans cette confrontation :

Presque toujours, la confrontation à l'échec s'accompagne de justifications (je ne connaissais pas cette voiture, le moniteur d'auto-école ne m'a pas laissé manipulé le volant, je paie toujours par carte bleue, je ne connais pas ce magasin...) dans ces cas-là, c'est souvent accompagné d'agressivité et il est difficile de faire prendre conscience des difficultés puisqu'il y a toujours une raison pour chaque situation d'échec. Dans ces cas-là, la famille est avertie en PIII ou par le médecin lors d'un entretien des difficultés rencontrées et de ce qu'est l'anosognosie. Ainsi ils savent qu'ils peuvent être confronté à des troubles du comportement.

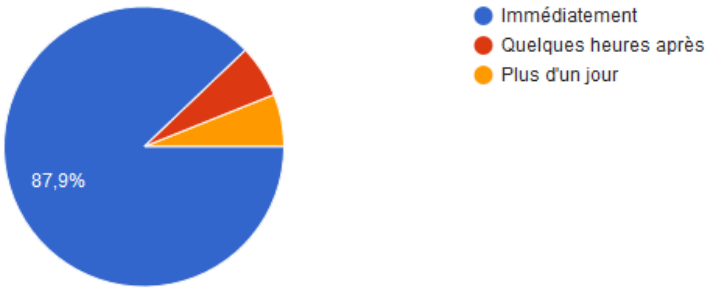
Prendre le temps d'ecouter la personne et surtout en faire part à l'équipe pluridisciplinaire pour un suivi plus important au niveau psychologique
Variable en fonction des personnes, de la relation établie et des troubles. Souvent arrêt de l'activité le temps de discuter/analyser pourquoi il adopte ces réactions et poursuite de l'activité quand les pleurs, l'angoise plus rarement l'agressivité sont redescendus, souvent en redémarrant l'activité en faisant avec si besoin.
Ecoute active, réconfort, PEC psychologique
Valorisation, mise en évidence du potentiel sur lequel il peut s'appuyer, signifier les progrès effectués et ceux qui sont possibles
revalorisation lors d'activités, il y a aussi beaucoup de temps de discussion, et le patient est aidé par toute l'équipe du centre (notamment la psychologue)
Travail en equipe patient /thérapeutes (Psy notemment)
partage en équipe pour permettre une écoute de l'e,nsemble des intervenants, temps de parole pour le patient
Identifier avec lui les éléments qui peuvent le mettre dans cet état agressif ou stressé.
Insistance sur les capacités, sur ce qui a été fait. Valorisation
empathie, verbalisation des diffultés voir si possibilité de compenser,etc.
Relationnel, progression, feed back positif
explication et aide de l'équipe pluri (neuropsy, psy)
écoute
je fais le point le plus calmement et simplement possible avec la personne, j'essaie de mettre en avant le positif, je propose une nouvelle mise en situation rapidement, j'essaie de rassurer la personne et de réfléchir avec elle pour trouver des solutions adaptées
bien sûr, on en parle
Mise en avant des difficultés concrètes rencontrées en mise en situation à travers un entretien. L'anosognosie "les protègent" et ils trouvent toujours pleins d'excuses pour justifier leur erreur sans faire le lien avec les troubles du TC. Ensuite on s'appuie sur les mises en situations pour répéter régulièrement les difficultés avec les exemples qui sont parlant pour eux.
Avertissement en amont en attirant l'attention sur un possible échec, dédramatisation explication pendant la mise en situation

Pas de dénie des difficultés, valorisation des capacités existantes et recherche de moyens de compensations en collaboration avec l'usager.
Travail en équipe pluridsciplinaire (essentiel!!!) en s'appuyant sur les capacités résiduelles. Beaucoup de discussion autours des moyens de compensation possibles.
l'agressivité plus régulièrement: c'est qqch qui est repris en équipe avec le médecin et/ou la psychologue
Je relativise l'activité, parfois on peut même la reporter. Et je recherche l'origine de l'émotion - verbalisation +++
La personne a du mal à prendre conscience de ses difficultés. Elle peut être sur la défensive ou fermer dans les échanges. Il est alors important d'en discuter avec elle et de lui apporter des conseils dans la prise de conscience de sonanosognosie
Il faut d'abord éviter de mettre la personne face à ses incapacités de façon crue ! On ne cherche pas à détruire la personne mais à ce qu'elle puisse se (re)construire sur des bases solides et juste au niveau de ses capacités. Elle est suffisamment confrontée à ses incapacités tout au long de la journée. La personne doit être validée dans ce qu'elle peut faire.
valoriser les ressources et trouver avec lui différenst moyens de compensation
en réorientant sur les possibilités de compensation ou de travail en rééducation réadaptation ou en reprenant le lendemain à froid
redécomposition de l'activité, renvoi vers la psychologue, proprosition d'en reparler de le retravailler s'il le souhaite
je l'encourage à verbaliser ses difficultés, je note ses remarques pour que nous puissions en reparler plus tard. je peux interrompre ou aider pour une étape. Mais toujours ensuite on fait un débrief
Par la verbalisation de son ressenti, la valorisation des compétences et en soulignant l'objectif d'amélioration identifié en amont de l'activité, tout en faisant le lien avec le travail restant à faire
Mise en avant des points positifs et des mécanismes à disposition pour compenser les difficultés présente. J'insiste sur l'importance de la conscience des troubles afin de pouvoir les compenser.

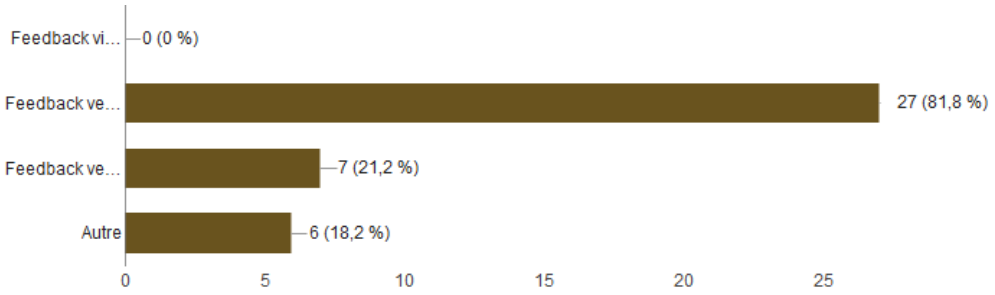
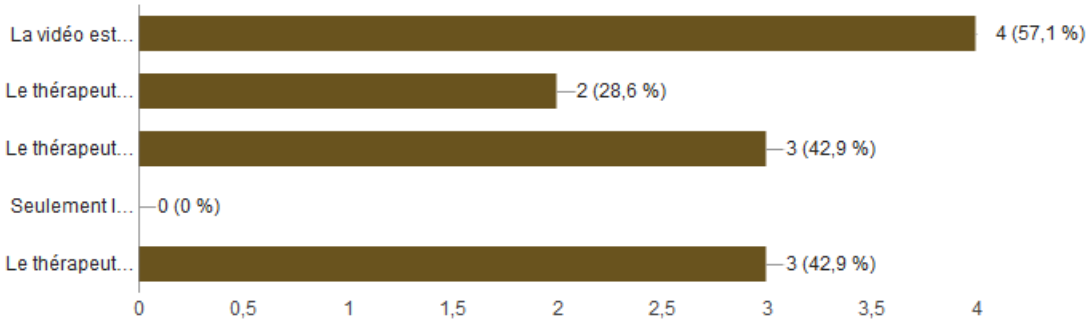
27) Dans votre pratique, faites-vous un débriefing avec le patient après la mise en situation :



28) Combien de temps après la mise en situation a lieu le débriefing s'il a lieu:



29) Quel est le support de ce débriefing s'il a lieu :



30) Concernant le débriefing avec support vidéo s'il a lieu (rétroaction vidéo ou feedback vidéo)