



HAL
open science

Traumatisme crânien : la mise en place des évaluations écologiques en ergothérapie

Ingrid Frizon de Lamotte

► **To cite this version:**

Ingrid Frizon de Lamotte. Traumatisme crânien : la mise en place des évaluations écologiques en ergothérapie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02024942

HAL Id: dumas-02024942

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02024942>

Submitted on 19 Feb 2019

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.

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE FORMATION EN
ERGOTHERAPIE

Ingrid

FRIZON de LAMOTTE

Dossier Mémoire

28 Mai 2018

**UE 6.5 : Evaluation de la pratique professionnelle
et recherche**

**« Traumatisme crânien: la mise en place des
évaluations écologiques en ergothérapie »**

Remerciements

« Sous la direction de Marion AUFFRET, ergothérapeute à la Clinique du Grésivaudan, région Auvergne Rhône Alpes, maître de mémoire »

Tout d'abord, je tiens à remercier Marion AUFFRET qui a su me guider dans ma réflexion et m'accompagner dans l'élaboration de ce travail. Je la remercie énormément pour son soutien régulier, sa disponibilité, la qualité de ses conseils et la confiance accordée à mon travail.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne pour son suivi régulier.

Je souhaite remercier à présent les ergothérapeutes ayant contribué à la réalisation de ce travail d'initiation à la recherche en répondant aux questionnaires et en échangeant sur le sujet.

Pour finir, je remercie les regards extérieurs, ma famille, mes amis pour leur patience, leur soutien et leurs encouragements durant toutes ces années d'études

Sommaire

Introduction	3
1. Problématique pratique	4
1.1. Le traumatisme crânien	4
1.2. Les évaluations en situation écologique.....	7
1.3. L'ergothérapie.....	13
1.4. Question de recherche	17
2. Problématique théorique	18
2.1. L'approche centrée sur la personne (ACP)	18
2.2. Le potentiel thérapeutique de l'activité	22
2.3. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	25
3. Méthodologie	29
3.1. Objectif de l'étude	29
3.2. Choix de la méthode	29
3.3. Choix de la population	30
3.4. Elaboration des questionnaires pour l'étude	30
3.5. Diffusion des questionnaires	30
4. Résultats	31
4.1. Données à plat du questionnaire.....	31
4.2. Données croisées	36
5. Discussion	42
5.1. Liens avec les axes théoriques	42
5.2. Réponse à la question de recherche.....	47
5.3. Analyse réflexive	48
Conclusion	53
Glossaire	54
Bibliographie.....	55
Annexes	

Introduction

Passionnée par la neurologie centrale, j'ai eu la chance d'effectuer deux stages auprès de personnes cérébraux-lésées. Ces deux expériences m'ont beaucoup apporté et beaucoup questionné. Face à ce questionnement, j'ai donc décidé de réaliser mon travail d'initiation à la recherche sur les patients cérébraux-lésés et plus particulièrement sur les patients ayant eu un traumatisme crânien modéré ou sévère.

En effet, les patients présentant un traumatisme crânien peuvent avoir des séquelles très différentes. L'ergothérapeute accompagne la personne en utilisant l'activité. Ce support est un outil essentiel en ergothérapie. Il met notamment en place des activités écologiques, c'est-à-dire des activités réalisées dans la vie quotidienne, dans un environnement réel. La réadaptation et la réinsertion des personnes ayant subi un traumatisme crânien sont des éléments primordiaux de l'accompagnement en ergothérapie

De ce fait, je me suis interrogée sur les évaluations en situation écologique de ces patients. Au cours d'un stage je me suis questionnée sur les objectifs et la mise en place (préparation, déroulement, retour...) d'évaluations en situation écologique. En effet lors de l'évaluation en situation écologique d'une patiente j'ai senti cette personne gênée par nos observations, et nos prises de notes ; elle perdait ses repères et se dévalorisait énormément. J'ai donc décidé de mener une réflexion sur ce sujet

A partir de toutes ces constatations j'ai pu établir ma question d'étude :

Quelles sont les conséquences des évaluations en situation écologique en ergothérapie des personnes traumatisées crâniennes sévères et graves ?

A partir de la littérature actuelle, nous développerons la problématique pratique puis nous énoncerons la question de recherche. Par la suite nous évoquerons les théories, le modèle conceptuel puis la méthodologie de recherche. Nous analyserons, par la suite, les résultats en les mettant en lien avec les notions théoriques pour répondre à la question de recherche. Pour finaliser ce travail, une analyse réflexive sera réalisée.

1. Problématique pratique

Afin de développer une problématique pratique pertinente, j'ai réalisé une synthèse des connaissances actuelles, des savoirs et des pratiques en ergothérapie selon mes trois axes de travail. Dans un premier temps je vous présenterai la lésion cérébrale acquise et plus particulièrement le traumatisme crânien, ensuite je vous parlerai des évaluations en situation écologique puis je terminerai en évoquant le troisième axe : l'ergothérapie.

1.1. Le traumatisme crânien

1.1.1. Définition, étiologie et épidémiologie

Le centre de ressources pour lésés cérébraux en Isère, Rhône Alpes définit une lésion cérébrale comme « *une atteinte du tissu cérébral* » (CRLC, 2017). Lorsqu'elle est acquise, la lésion a lieu après la naissance. Cette atteinte peut avoir plusieurs origines : traumatique ou médicale.

Si l'origine est traumatique, on parle alors de Traumatisme Crânien (TC). D'après Azouvi, Vallat-Azouvi et Aubin (2015), le TC représente un « *problème de santé publique important* ». Les lésions cérébrales du TC sont catégorisées d'après Maas, Stocchetti, & Bullock (2008) en

Lésion primitive ou secondaire d'une part, et en lésions focales ou diffuses d'autre part. Les lésions primitives focales correspondent au coup causé par le traumatisme. Les lésions diffuses résultent d'un traumatisme des axones. Il y a donc une dégénérescence de l'axone. Les lésions secondaires représentent l'aggravation des lésions primaires. Le traumatisme génère des hypoxies, ischémies, hématomes, contusion ou lésion axonales ce qui entraîne des œdèmes et gonflements et provoque des changements de pression et des agressions systémiques.

Ces lésions vont donc entraîner une destruction ou une dysfonction du tissu cérébral. Les déficiences résultantes de la lésion vont être dépendantes de leurs localisations cérébrales. Elles peuvent être motrices, sensorielles, cognitives ou comportementales (Headway, 2017).

La gravité des TC est définie selon deux critères : le niveau de conscience et l'amnésie post-traumatique (Powell, 2013).

Le niveau de conscience est évalué par le score de coma de Glasgow créée par Teasdale et Jennett en 1974 (Annexe I). Cette échelle pronostic vise à évaluer la durée et la sévérité du coma initial. Pour cela, des sollicitations externes sont adressées aux patients. Ces stimuli engendrent trois grands items de réponse : l'ouverture des yeux, les réponses motrices et les réponses verbales. L'échelle de coma de Glasgow évalue l'ensemble des réponses sur 15 et permet de mesurer la profondeur du coma et le niveau de conscience. Plus le score est faible plus le TC est sévère.

Il définit trois niveaux de TC.

- Score entre 3 et 8 : Traumatisme crânien « sévère »
- Score entre 9 et 12 : Traumatisme crânien « modéré »
- Score entre 13 et 15 : Traumatisme crânien « léger »

En ce qui concerne l'évaluation de l'amnésie post-traumatique, elle correspond à la durée pendant laquelle le patient est confus, éprouve une amnésie rétrograde et ne parvient pas à retenir de nouveaux éléments (tel que le lieu où il se situe par exemple). Selon Powell (2013), « *Une période de PTA (post traumatic amnesia) qui dure moins d'une heure est le signe d'un traumatisme léger. Une période de PTA comprise entre 1 heure et 24 heures indique un traumatisme moyen. Une PTA de plus de 24 heures indique un traumatisme sérieux, et une PTA de plus de 7 jours est le signe d'un traumatisme très grave* ».

Selon Benaïm et Benatru (2009) « *le TC est considéré comme léger dans 80 % des cas, modéré dans 11 % et grave dans 9 %* ». Les TC légers ne vont pas en rééducation de ce fait, dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons seulement aux personnes présentant un TC « modéré » ou « sévère ».

D'après Le Guide à la Pratique de l'évaluation de la situation de handicap des personnes cérébraux-lésées (Devos, Taillefer, & Poncet, 2014).

Environ 150 000 personnes Traumatisées Crâniennes (TC) sont hospitalisées par an en France ; 20% sont des traumatismes crâniens graves ou modérés à la phase aiguë, avec un risque majeur de séquelles. Il s'agit le plus souvent, de jeunes adultes de 15 à 30 ans dont 75% sont des hommes. Nous sommes donc face à un problème important de santé publique concernant des personnes en activité professionnelle, ou en âge légal de travailler, ou en formation pour les plus jeunes. Les lésions cérébrales entraînent des

séquelles cognitives et comportementales qui limitent la personne dans la réalisation des activités pour lesquelles elle n'éprouvait pas de difficultés antérieurement. Elles réduisent sa participation sociale, la plaçant dans une situation de handicap dit invisible.

1.1.2. Accompagnement d'une personne ayant subi un traumatisme crânien

Les temps d'accompagnements pour les personnes présentant une lésion cérébrale sont très variables et souvent longs (Bourdillon et al., 2008). De ce fait, ils impliquent un accompagnement important et différent selon les séquelles. Ce dernier débute d'après Azouvi, Vallat Azouvi et Aubin (2015) par les soins aigus en service de réanimation, chirurgie ou médecine. Il se poursuit par une phase post-aiguë, le patient peut être en service de Soins de Rééducation Post Réanimation (SRPR) ou en Soins de Suite et Rééducation (SSR). Ces services permettent un début de prise en charge au sein d'une équipe. Les médecins et thérapeutes évaluent les déficiences du patient et proposent une rééducation personnalisée. Pour finir il y a la phase de réinsertion où le principal objectif est le retour à domicile avec une reprise autonome des activités. Le service médico-social est alors une ressource majeure pour le patient. Plusieurs structures permettent cet accompagnement : la Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH), les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adulte Handicapé (SAMSAH), les Services d'Aide à la Vie Sociale (SAVS). C'est une étape clé de l'accompagnement, en effet le patient retourne vers l'autonomie et se détache progressivement des services de rééducation où ils sont plus entourés et guidés.

Une rééducation multidisciplinaire semble primordiale d'après Turner-Strokes, Disler, Nair et Wade (2005) cependant, les modalités de prise en charge sont très variables, il semble très compliqué de définir un cadre et une durée adaptable à toutes les personnes ayant subi un TC.

1.1.3. Le devenir des personnes ayant subi un traumatisme crânien

Suite aux différentes étapes de cet accompagnement plusieurs évolutions peuvent être possibles. Tout d'abord dans certains cas, ce traumatisme peut entraîner le décès des personnes. Des séquelles résiduelles du traumatisme sont souvent présentes, « *les séquelles anatomiques peuvent apparaître importantes alors que les séquelles fonctionnelles peuvent paraître mineures* » (Chazal, 2012). Il n'y a pas forcément de

corrélation. Les déficiences étant très variables, les séquelles le sont également et peuvent toucher les différents systèmes organiques. Elles peuvent être physiques, cognitives ou comportementales, visibles ou invisibles. Dans ce dernier cas, il est alors difficile pour l'entourage ou pour l'équipe soignante de se rendre compte des difficultés réelles. La mise en évidence précoce des troubles permet d'éviter ou de minimiser les difficultés sociales.

Il en résulte souvent une atteinte des fonctions exécutives (défaut d'initiation de la tâche, de planification, de raisonnement, d'anticiper, de coordonner une succession d'actions) de l'attention et de la mémoire. Lorsqu'il y a une atteinte de ces fonctions, on évoque souvent la notion « syndrome dysexécutif ». Les atteintes des fonctions dites « supérieures » sont souvent évaluées par un neuropsychologue à l'aide de tests et d'exercices psychométriques.

Cependant plusieurs études ont montré l'importance des évaluations en situations écologiques afin de compléter les données et les résultats trouvés par les tests psychométriques des neuropsychologues et des ergothérapeutes.

1.2. Les évaluations en situation écologique

1.2.1. Définition

L'évaluation correspond à « l'action d'évaluer, de déterminer la valeur de quelque chose » (Larousse, 2017.). Il existe différents types d'évaluations selon le but de cette dernière. Nous parlerons de diagnostic lorsque l'évaluation a pour but d'établir, à un moment donné, un bilan des capacités de la personne. Elle a lieu au début de l'accompagnement. L'évaluation dite sommative se situe en fin d'accompagnement, elle permet de faire le point sur les acquis et éventuellement sur les difficultés persistantes. Pour ce qui est de l'évaluation durant l'accompagnement il s'agit de celle dite formative. Elle aura pour but de réajuster les stratégies mises en place pour atteindre les objectifs. Pour finir, le dernier type d'évaluation est la certificative qui permet l'admission à un niveau supérieur (Wojcik & Dotte, n.d.).

L'écologie est définie selon Guihard (2005) « *L'écologie est une science qui prend en compte les écosystèmes familiaux, sociaux et biosphérique* ». Les mises en situations écologiques consistent donc à mettre une personne dans un environnement afin qu'elle

réalise une activité. Dans le cadre de l'ergothérapie, des mises en situations écologiques sont proposées autour des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) qui sont divisées en Activités de la Vie Quotidienne de Base (AVQB) et aux Activités Instrumentales de la Vie Quotidiennes (AIVQ). Les AVQB correspondent « aux activités impliquant la mobilité fonctionnelle (marche, mobilité en fauteuil roulant, mobilité dans le lit et transferts) et les soins personnels (alimentation, hygiène, élimination, bain et habillage) » alors que les AIVQ correspondent « à la capacité de la personne de se débrouiller dans son environnement par rapport à des tâches adaptées comme faire des achats, cuisiner, faire le ménage, faire la lessive, utiliser un transport, gérer son argent, gérer ses médicaments et utiliser le téléphone » (Fricke, 1993).

A travers ces mises en situations évaluatives, les thérapeutes cherchent à mettre en évidence les capacités et les difficultés d'adaptation ou non qu'un patient peut avoir dans un environnement et non les difficultés liées aux troubles associés à la pathologie. On évoque donc la notion de situation de handicap dans un environnement qui peut être facilitateur ou obstacle. « *Alors que les évaluations de type médicales sont centrées sur la personne, les évaluations écologiques élargissent les champs d'investigation certes à la personne, mais aussi à son entourage tant humain que matériel* » (Guihard, 2005).

A travers ces mises en situations, le thérapeute peut évaluer les incapacités du patient en situation mais aussi l'environnement. Elles viennent compléter les évaluations analytiques et peuvent être des évaluations modélisées et validées comme le « Test des Errances Multiples (TEM) », « Evaluation Rapide des Fonctions Exécutives (EF2E) » ou le « Profil des AVQ » (ce dernier est validé pour le TC). Le TEM consiste à évaluer les fonctions exécutives à travers des tâches de la vie quotidienne dans un environnement réel (achats, déplacements,...) alors que l'EF2E, s'intéresse davantage aux fonctions exécutives dans l'activité cuisine. L'évaluation du profil des AVQ est en rapport avec la participation en lien avec les habitudes de vie, l'environnement et les facteurs personnels. Des évaluations qualitatives existent aussi, l'évaluation est plus libre dans une situation donnée. Le thérapeute définira ses propres critères d'évaluations. D'après Guihard (2005) « *Il y a donc trois éléments pour l'évaluation : le modèle anthropologique sous-jacent, la méthode utilisée pour recueillir les données et le contexte* ». Si un paramètre change

l'évaluation varie également. Il faut nuancer le terme d'écologie, il peut être utilisé de manière différente comme l'écrit Guihard (2005) :

En d'autres termes, l'évaluation écologique, pour une rééducation, une réadaptation à la conduite automobile, cela s'effectuera dans une voiture et non en salle d'ergothérapie ; pour une activité cuisine, nous ferons réaliser un vrai repas au domicile de la personne. Néanmoins, il est à noter que dans les faits, cela semble plus compliqué car certains auteurs et praticiens considèrent qu'il y a écologie à partir du moment où ce que l'on cherche à évaluer, ou à rééduquer (fonctions supérieures, troubles moteurs...), au lieu d'être isolé et traité plus ou moins analytiquement dans le cadre d'activités spécifiques, sera 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.

Lors des mises en situation dites modélisées (TEM, EF2E, Profils des AVQ) avec des critères d'évaluations précis, l'évaluation n'est pas complètement écologique. En effet, le thérapeute s'appuie sur des critères bien précis définis par le protocole de passation avec un cadre, un protocole à suivre. De ce fait, comme nous l'avons défini ci-dessus la situation n'est pas réelle. Cependant, les tests modélisés permettent de définir des critères de jugement qui sont reproductibles. Ils permettent aux professionnels de s'appuyer sur des critères et outils précis. L'environnement est proche du réel, mais toutes les caractéristiques liées au patient ne sont pas ou peu prises en compte dans l'évaluation. L'ergothérapeute peut mettre en place des variables d'ajustement (Carlino, 2011) selon la situation personnelle du patient. Ces variables permettent d'aménager l'environnement pour le rendre similaire à celui du patient. Dans ce cas, nous nous rapprochons d'une mise en situation dite libre car nous nous écartons du modèle de la situation de base.

En ce qui concerne les mises en situations « de vie réelle » qualitative, il n'y a pas de critère commun d'évaluation, de protocole de passation. Chaque thérapeute réalise son évaluation en essayant d'être le plus pertinent possible. L'importance accordée à l'environnement (humain et matériel) varie selon les thérapeutes. Dans ce cas, on évalue le patient selon ses particularités, au plus près de son fonctionnement réel.

Les évaluations en situation écologiques permettent donc d'appliquer, et d'ajuster des stratégies de compensation, de confronter le patient à la réalité, de comparer des

résultats analytiques à des situations pratiques, de vérifier le transfert des acquis dans la vie de tous les jours et de modifier ou créer de nouvelles habitudes de vie en fonction des situations de handicaps générées par ces mises en situation. Ainsi, la réinsertion pourra être abordée plus aisément. (Thiec et al., 1999)

1.2.2. Utilisation des évaluations écologiques

D'après Guihard (2005) « *L'évaluation écologique est une nouvelle modalité de l'évaluation apparue il y a une vingtaine d'années dans le monde de la santé et du handicap. Elle résonne de façon récurrente, notamment chez les ergothérapeutes et les neuropsychologues* »

Durant la phase de réadaptation, des mises en situation permettent d'accompagner le patient pour qu'il agisse avec ses séquelles. Cette étape est primordiale dans la prise en charge. Les situations écologiques permettent au patient de se préparer à un éventuel retour à domicile mais surtout de regagner en autonomie et en indépendance dans les AVQ et AIVQ (Sève-Ferrieu, 2008). Pour les deux types de mises en situation, le thérapeute doit assurer la sécurité de la personne et veiller qu'elle ne se mette pas en danger.

L'évaluation du patient est donc un aspect primordial de la prise en charge. Elle permet de fixer les objectifs et de proposer un accompagnement adapté aux réels besoins de la personne (Massiot et al., 2005). C'est une étape importante qui permet de faire avancer et évoluer les soins de façon adaptée. « L'évaluation reflète les valeurs internes de chacun tout en étant le miroir déformé des valeurs du monde dans lequel nous évoluons et que nous participons à actualiser » (Guihard, 2007). Elle s'avère difficile car en situation écologique, les thérapeutes évaluent selon leurs jugements subjectifs des capacités objectives. En effet, comme l'a dit Guihard en 2007 :

« L'évaluation de l'activité de production, de création de l'autre me permet la rencontre et la création d'un autre niveau de signification collectivement partagé et qui va, parce que nous nous inscrivons dans une pratique sociale et historique, participer à la mise à jour sociale, historique de notre double fond ».

Il est donc nécessaire d'aller au-delà des évaluations purement analytiques et d'évaluer le patient en situation fonctionnelle et réelle. Comme nous le disions précédemment, ces mises en situations mettent en jeu d'autres composantes comme les

habitudes de vie qui permettent d'appréhender au mieux le patient afin de lui proposer une approche individuelle, en lien avec les difficultés liées à son handicap, et, globale : centrée sur ses habitudes de vie antérieure. Ces évaluations permettent d'apporter des éléments plus fonctionnels aux évaluations classiques (Coste, Noquet, & Hennebelle, 2013). Scanlan & Still, deux chercheurs en santé mentale ont montré en 2013 l'importance de l'évaluation fonctionnelle lorsqu'il y a une déficience cognitive.

Plusieurs composantes peuvent être testées à travers les situations écologiques. En ce qui concerne les patients cérébraux-lésés, il y a souvent une atteinte des fonctions exécutives (planification, prise d'initiative, organisation,...). Cette altération peut être objectivée de manière fonctionnelle à travers une mise en situation, elle aide à la réadaptation de la personne et elle facilite ainsi sa réinsertion (Chevignard, Taillefer, Picq, & Pradat-Diehl, 2008). En ce qui concerne les AVQ ou AIVQ, elles sont estimées à travers des mises en situations validées ou non, cela permet d'évaluer les fonctions exécutives dans un même temps. Elles permettent également, d'apprécier les différentes difficultés à travers une seule activité signifiante proposée aux patients (Baguena et al., 2006).

1.2.3. Conséquences des évaluations en situation écologique

Les évaluations en situation écologique permettent de mettre en avant les capacités et les difficultés des patients. Elles ont un rôle évaluatif pour définir et fixer les objectifs de prises en charge. Par la suite, le thérapeute accompagne et guide le patient afin de le rendre autonome et indépendant. Ces évaluations sont donc une étape importante au cours de la phase de réadaptation, puis de réinsertion.

Peu d'études francophones et anglo-saxonnes existent actuellement à propos des représentations des personnes et de leurs vécus lors de ces évaluations écologiques. Les chercheurs Stocker, Heinz, Baran, & Sato en 2012 ont avancé l'importance de l'environnement et ses effets sur la personne lors de ces tests.

Comme nous l'évoquions en première partie, ces patients présentent souvent des troubles cognitifs (des fonctions exécutives) ou des troubles comportementaux. Ces déficiences associées au traumatisme génèrent des conséquences lors des évaluations en situations écologiques.

Dans une étude, Doig, Fleming, Cornwell, et Kuipers en 2011, ont montré que l'accompagnement réalisé à domicile était perçu comme une situation de vie réelle alors

que l'accompagnement en clinique était ressenti comme une simulation de tâches de la vie réelle. Les relations thérapeutiques étaient perçues comme « amicale » au domicile de la personne, tandis qu'à l'hôpital, les patients percevaient les thérapeutes comme des « enseignants ». Cette étude met en avant le ressenti des personnes et les représentations qu'elles peuvent avoir des prises en charge selon leurs contextes.

A travers différentes expériences, nous avons pu percevoir des ressentis ou entendre des réflexions plus ou moins différentes qui sont en liens avec ce qu'ont pu mettre en avant Doig et al. Tout d'abord, durant ou avant la réalisation de l'activité, les patients peuvent se sentir stressés, ils ont peur d'être jugés, d'échouer,... Ils peuvent verbaliser ces angoisses la veille ou le jour de l'évaluation en disant qu'ils ont eu un sommeil plus agité,... De plus, certains d'entre eux peuvent présenter une anosognosie. Cela correspond d'après Processus de Production du Handicap (PPH) à l'incapacité à reconnaître ses limites physiques et psychiques (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & St Michel, 1998). Cela signifie que le patient n'aura pas conscience de ses troubles et pourra probablement se mettre en danger.

Pour d'autres patients, cette mise en situation va être vécue comme un échec ; le patient sera mis face à ses difficultés alors qu'il n'en avait pas conscience. Dans ce cas-là, cela peut être éprouvant pour lui sur le plan émotionnel.

Dans d'autres situations, les patients peuvent se sentir mal à l'aise et réaliser des erreurs qu'ils n'auraient probablement pas commises dans un environnement familial (Stocker et al., 2012).

En ce qui concerne les troubles comportementaux, ils peuvent surgir notamment lors des évaluations, en lien avec des mises en situation en collectivité (tel que le TEM, la réalisation des courses alimentaires,...). Une désinhibition peut être marquée avec une perte des normes dites « sociales ».

Ces évaluations en situation écologique peuvent donc avoir des conséquences variées sur les patients. Le thérapeute doit être vigilant afin de l'accompagner de façon adaptée. En effet, l'ergothérapeute doit faire face aux différentes conséquences provoquées par le TC chez le patient. Il est important d'échanger sur ces mises en situation, de rassurer le patient sur les objectifs de cette évaluation et sur les modalités générales de passation. De plus, lors de la réalisation des évaluations validées, le

thérapeute peut avoir une certaine posture professionnelle à adopter. Pour le bilan EF2E (Évaluation des fonctions exécutives en ergothérapie), le nombre d'interactions entre le patient et le thérapeute est comptabilisé, de ce fait le patient doit communiquer et poser le moins de questions possibles au thérapeute. La conduite à tenir peut être délicate et mettre le patient encore plus en situation de stress. Il semble primordial une fois encore de bien connaître en amont les objectifs de cette évaluation pour le patient, ils seront probablement différents d'un patient à l'autre. Cet aspect de subjectivité pour chaque patient sera développé dans la partie suivante sur l'ergothérapie.

1.3. L'ergothérapie

1.3.1. Définition

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé » (ANFE, 2016). Il a une approche globale de la personne et propose des activités signifiantes aux différents patients afin que ces derniers adhèrent et mènent leurs prises en charge (Gagneux, 2010). L'ergothérapeute a donc un rôle primordial auprès du patient pour établir une relation de confiance thérapeutique et pour faciliter l'engagement de la personne.

D'après le référentiel de compétences qui régit la profession, l'ergothérapeute est apte à « *mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* ». L'activité est l'outil clé de l'ergothérapeute. Il exploite les différents potentiels thérapeutiques de chaque activité pour proposer des activités importantes pour le patient. Toutes les activités peuvent être utilisées en ayant un potentiel thérapeutique : des 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)

Il faut cependant différencier l'activité à visée thérapeutique de l'occupation. L'ergothérapie utilise comme médiation les activités en ayant un objectif thérapeutique défini en amont. Les activités proposées doivent être significatives ou signifiantes pour les

patients afin que celui-ci adhère à sa prise en charge et que les objectifs soient atteints. Le terme signifiant se réfère au sens donné par la personne à l'activité, il est subjectif selon la personne alors que le terme significatif représente « *un sens socialement donné par les autres* ». L'ergothérapeute cherche à faire le lien en permanence entre le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante ou significative qu'il propose au patient et les déficiences, les limitations d'activités et le projet de vie du patient. Selon Mazaux et al. (1997) « *si le traumatisme crânien affecte les activités de la vie quotidienne et différents aspects du fonctionnement exécutifs c'est parce que c'est deux domaines sont intimement liés* ». Il semble donc important de passer par des évaluations en situations écologiques.

1.3.2. Les évaluations et les mises en situation écologiques en ergothérapie

Pour que l'accompagnement du patient soit le plus bénéfique, l'ergothérapeute réalise des évaluations. En effet, afin de fixer au mieux les objectifs et de proposer un accompagnement adapté, il évalue les patients à travers des bilans validés, des observations, des mises en situation,... A travers ce dossier, nous nous attarderons sur les évaluations par des mises en situations écologiques.

Les mises en situations proposées en ergothérapie peuvent intervenir durant les différentes phases de l'accompagnement après le diagnostic de TC modéré ou sévère.

L'ergothérapeute a notamment un rôle dans les activités de la vie quotidienne. En effet, c'est lui qui est chargé d'évaluer l'accessibilité du domicile du patient, le niveau de dépendance dans les actes élémentaires et instrumentaux de la vie quotidienne (toilette, habillage, cuisine,...) et il doit adapter le projet de sortie du patient en fonction de ses capacités, incapacités, et de ses souhaits,...(HAS, 2004). De ce fait, un travail interdisciplinaire semble indispensable.

Les évaluations écologiques semblent être une évidence pour les ergothérapeutes (Carlino, 2011). En effet, l'ergothérapeute a une approche globale du patient et ces évaluations permettent de mettre en lien le fonctionnement de l'individu dans son propre environnement. Dans ce cas, il évalue les déficiences selon un contexte, des facteurs personnels et environnementaux. Pour l'ergothérapeute, l'évaluation prend tout son sens au sein de l'environnement du patient. Une première approche peut avoir lieu dans la structure de soin et permettre une projection plus ou moins erronée dans la vie réelle du patient.

Toutefois, l'évaluation d'une situation écologique s'avère difficile. En effet, l'ergothérapeute doit avoir une vision objective de l'activité de la personne mais il doit émettre un jugement évaluatif qu'il rapporte à ses propres normes. De plus, lorsque la personne est en centre de rééducation, elle se trouve à distance de son domicile dans un environnement qui ne lui est pas familier. La situation écologique semble donc irréaliste. C'est ici que se trouve la difficulté du métier d'ergothérapeute : adapter l'accompagnement en fonction de la globalité de la personne, pas seulement sur ses déficiences (Perrin, 2005).

L'ergothérapeute agit pour réduire les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il intervient de la rééducation à la réinsertion en ayant pour principal objectif de rendre le patient le plus autonome et indépendant possible notamment dans les AVQ. Azouvi, Vallat-Azouvi et Aubin définissent les AVQ comme « *toutes les tâches familières sollicitant des processus cognitifs tels que l'ordonnancement séquentiel des actions, la sélection des objets ou des outils pour atteindre des buts pratiques, comme par exemple préparer une tasse de café au lait* ».

Ainsi, un accompagnement adapté et des évaluations sensibles aux personnes ayant subi un TC sont nécessaires. Plusieurs bilans psychométriques permettent d'évaluer les fonctions exécutives, ils ne prennent pas en compte les interactions avec l'environnement qui peuvent perturber le bon déroulement des AVQ et AIVQ. « *Si l'examen traditionnel nous oriente vers une incapacité, il ne nous dit rien de son impact dans la vie quotidienne de tel ou tel malade en particulier* » (Azouvi, Vallat-Azouvi, & Aubin, 2015).

1.3.3. La posture professionnelle lors des évaluations en situations écologiques

Durant mes différents stages en centre de rééducation auprès de personnes ayant subi un TC, j'ai découvert la difficulté d'évaluer une personne en situation écologique pour être reproductible et fiable.

Dans un premier temps, si nous nous intéressons aux bilans validés, ils ont été standardisés à un endroit, avec telles conditions,... la description peut être très précise et complète, le bilan ne sera jamais refait dans les conditions exactement identiques. Les lieux changent selon les structures, pour le TEM, le bilan a été validé à un endroit et il est adapté à la ville dans laquelle le patient est accompagné.

Les déficiences s'avérant très différentes, la représentativité des difficultés peut être variable d'un patient à un autre. L'interprétation d'un thérapeute peut être différente. « L'évaluation est cette activité qui, tout en offrant des contenus possibles, n'a aucun contenu prévisible et certain » a écrit Guihard en 2007. Alors, comment juger que telle aptitude semble lésée alors qu'un autre thérapeute aurait pu lui, nuancer un peu plus son évaluation et détailler seulement la situation ?

A présent, nous allons nous intéresser aux bilans non validés, il s'agit des évaluations à la toilette par exemple. Dans ce cas-là, chaque thérapeute a sa manière de faire et d'interpréter les résultats. Une fois encore, la reproductibilité est donc très faible, on met le patient en situation dite écologique et on observe, en relevant des aspects positifs et négatifs pour pouvoir l'accompagner dans ses difficultés. Là aussi, il existe une réelle difficulté : le patient a-t-il trouvé ses marques au sein de son environnement ? Le thérapeute nuance-t-il son évaluation ?

Dans toutes ces situations, l'environnement et les conditions de passation sont des éléments primordiaux. Lorsque l'évaluation a lieu en centre de rééducation par exemple, le patient peut se sentir jugé, observé, il se trouve au sein des locaux, un thérapeute (ou plusieurs dans certaines situations) l'observe prend des notes, communique pas ou peu car cela fait partie de l'évaluation. Actuellement, peu d'études soulignent ces éléments.

Par ailleurs, comme nous le disions précédemment les personnes présentant un TC peuvent avoir des troubles du comportement. L'évaluation à travers des mises en situation écologiques génèrent des situations nouvelles pour le patient qui peuvent être mal vécues, générer du stress,... Lors de différents stages, plusieurs patients ont verbalisé le fait qu'ils avaient « passé une nuit agitée car ils se sentaient stressés par une mise en situation cuisine par exemple ».

De plus, dans certaines structures, l'histoire de vie du patient peut ne pas être au premier plan de la prise en charge. Dans ce cas, le thérapeute peut demander au patient de réaliser une tâche qu'il n'a pas l'habitude de faire. L'activité n'est donc pas significative pour le patient.

L'ergothérapeute a donc un rôle primordial dans ces évaluations en situation écologique. En effet, l'approche globale de la personne à travers des activités signifiantes

et significatives relève de sa pratique et ne doit jamais être oubliée, tout comme les conditions de passation et ce que cela génère chez le patient.

Le travail de l'ergothérapeute tant au niveau social que professionnel s'avère donc indispensable auprès de ces patients.

Dans un premier temps, cette étude permettrait d'améliorer les pratiques professionnelles et de valoriser cette pratique professionnelle. La connaissance adaptée de la pathologie et la connaissance des conséquences qu'elle peut générer chez un patient s'avèrent nécessaires à la mise en place de ces évaluations. Ainsi, les évaluations proposées répondraient de façon plus adaptées aux demandes et permettraient probablement une meilleure réadaptation des patients. Mais également une meilleure reconnaissance de la pratique professionnelle et de l'importance des interventions de l'ergothérapeute.

Ensuite, cette étude permettrait d'améliorer l'accompagnement proposé au patient en ayant des comportements plus adaptés, tout en construisant une relation thérapeutique de confiance. En effet, le questionnement sur la posture professionnelle en évaluation des personnes cérébraux-lésées est intéressante. Si le thérapeute prend en compte les habitudes de vie du patient, son ressenti à travers l'activité,... le patient se sentira probablement en confiance, une relation thérapeutique s'instaurera. Elle permettra ainsi une meilleure implication du patient dans sa prise en charge et donc une meilleure adhésion et implication dans l'accompagnement.

1.4. Question de recherche

Après avoir réalisé de nombreuses recherches et après avoir développé les différents axes de la problématique pratique, nous pouvons définir la question de recherche :

« Comment et dans quels contextes les ergothérapeutes mettent-ils en place des évaluations écologiques centrées sur la personne ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère ? »

A partir de cette question de recherche, nous allons développer plusieurs théories et un modèle conceptuel en lien avec mon travail d'initiation à la recherche.

Dans un premier temps nous évoquerons la théorie de l'Approche Centrée sur la Personne (ACP) définie par Carl Rogers dans les années 1950. Cette théorie repose sur le fait que chaque individu possède en lui des ressources pour se connaître lui-même et pour modifier certaines attitudes ou comportements. Toutefois, les ressources peuvent être perçues dans des contextes favorables et générées par le thérapeute.

Ensuite, nous aborderons la théorie du potentiel thérapeutique de l'activité de Doris Pierce (2003) à travers les mises en situation écologiques. Ce concept s'intéresse au contexte de l'activité pour qu'elle soit thérapeutique.

Nous finirons par le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) de Law et al (1997 avec une mise à jour en 2015). Ce modèle spécifique à l'ergothérapie permet de redonner aux personnes accompagnées un contrôle sur leurs objectifs de vie et notamment concernant les objectifs de rééducations, réadaptations.

2. Problématique théorique

2.1. L'approche centrée sur la personne (ACP)

Ce concept de Carl Rogers est né dans les années 1940 sous le nom de « thérapie non directive. Son hypothèse est que *« L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources »* (Martin, 2017). Cette approche nécessite une bonne relation thérapeutique pour que la personne puisse se livrer. Il faut que le thérapeute lui permette de « se sentir une personne et non un objet déterminé » (Pörtner, 2016). La posture thérapeutique est donc primordiale dans cette approche et permettra l'engagement de la personne.

Il s'agit cependant d'une attitude non directive. C'est une approche où la personne accompagnée sera actrice de son accompagnement.

« Travailler en institution sociale de manière centrée sur la personne signifie :

- *ne pas partir de l'idée que l'on se fait de ce que doivent être les personnes, mais de ce qu'elles sont vraiment et du potentiel qu'elles ont ;*
 - *prendre les personnes au sérieux dans leur façon individuelle d'être et de s'exprimer, et les aider à trouver – dans les limites de leurs capacités – leur propre chemin pour maîtriser la réalité ;*
 - *ne pas chercher des chemins et des solutions pour les personnes, mais avec elles ; »*
- (Pörtner, 2016)

L'objectif de cette approche est pour la personne de « *ne pas essayer de la changer mais lui offrir les conditions qui rendent possible le changement* » (Pörtner, 2006).

Rogers n'a cependant pas donné d'indications pratiques pour utiliser l'ACP, elle est cependant sous tendue par trois principes clés :

- Le principe de congruence
- Le regard positif inconditionnel
- La compréhension empathique

Nous allons développer ces différentes notions :

2.1.1. Le principe de congruence

Le sens du mot congruence a beaucoup évolué depuis le début des écrits de Carl Rogers. Ce dernier au début parlait d'adaptation ou d'inadaptation. Il évoque : « *l'ouverture à la prise de conscience de toutes les expériences organismiques importantes survenant à un moment donné, de telle manière que la personne puisse symboliser exactement les expériences* ». Il comprend donc les éléments de natures viscérales et sensorielles qu'elle peut ressentir dans des états temporaires, liés à une situation.

Rogers n'a jamais écrit que ce principe devait être perçu par le patient à l'inverse des deux autres principes que nous développerons par la suite. Il s'agit d'un état ou d'une condition présente chez le professionnel.

Il correspond à la transparence du thérapeute qui accompagne. Il s'agit d'être soi-même. Les masques professionnels ou personnels qui peuvent être utilisés sont à retirer. Plus il utilisera ce principe, plus la personne accompagnée pourra développer des capacités à se construire et à changer dans le sens où il l'entend. Toutefois, le

professionnel peut ressentir des émotions, des sentiments non acceptant pouvant être un frein à l'accompagnement. Rogers avait écrit « *Savoir dans quelle mesure le thérapeute doit communiquer ouvertement cette réalité de lui-même au client est un casse-tête* » (Temaner-Brodley, Stora, & Ducroux-Biass, 2013). En effet, lorsqu'il s'agit de sentiments «non-thérapeutiques», il peut être difficile d'être transparent par appréhension d'une éventuelle rupture de la relation thérapeutique. Temaner-Brodley et al en 2013 ont écrit : « *La raison pour laquelle il veut exprimer ses sentiments à ses clients doit être reliée à l'intention de favoriser la relation thérapeutique et d'être utile au client malgré les conditions imparfaites du thérapeute* ».

Cependant, si le thérapeute transmet un sentiment ou une émotion de façon involontaire à la personne, il peut décider de les verbaliser avec elle. En effet, cela permettra de lever toutes ambiguïtés perçues par la personne pouvant impacter la relation thérapeutique (Temaner-Brodley et al., 2013). La communication congruente permet donc une meilleure compréhension et limite en quelque sorte les interprétations pouvant être négatives de la part du thérapeute ou de la personne accompagnée. En effet, Bernard Werber évoquait en 2012 « neuf possibilités de ne pas se comprendre ». Si on ajoute à cela les signes corporels, les interprétations vont être encore plus nombreuses et le principe de congruence peut s'avérer d'autant plus complexe pour le thérapeute.

Pour respecter ce principe de congruence il est donc important d'expliquer à la personne que nous réagissons en tant que personne ayant eu des expériences et un vécu personnel et non en tant que thérapeute ayant une autorité supérieure et portant un jugement. Cela peut paraître évident mais c'est un comportement très discipliné permettant à la personne d'être estimée en tant que telle.

La communication congruente définie par Rogers correspond à « un état entier, intégré du thérapeute dans lequel il est capable de symboliser exactement toutes ses expériences dans la prise de conscience ». Cette apparence authentique permet à la personne de percevoir plus facilement le regard positif inconditionnel et la compréhension empathique du thérapeute.

2.1.2. Le principe du regard positif inconditionnel

Cette notion est probablement la moins développée dans la littérature. Elle évoque un non jugement et une acceptation de la part du thérapeute. Le regard positif inconditionnel est un phénomène momentané, dans l'instant de la relation. Haudiquet en 2013 dit qu'il s'agit « *d'accueillir tous les sentiments du client avec équanimité, c'est-à-dire sans hiérarchie particulière entre le négatif et le positif* ». Le thérapeute ne peut cependant pas toujours avoir ce regard, ce n'est pas une obligation. Toutefois, « *Lorsque l'individu fait l'expérience du regard positif inconditionnel de la part d'une personne de référence, il commence à développer un regard positif inconditionnel sur lui-même* » (Bozarth, 2011).

L'adoption de ce regard n'est pas toujours évident, néanmoins, il est primordial que ce regard soit communiqué à la personne. Contrairement aux deux autres principes de l'ACP, le regard positif inconditionnel est un fondement qui ne se travaille pas, c'est un sentiment qui surgit et qui n'est pas maîtrisable. Nous le savons, le jugement est prépondérant chez l'être humain et il est très difficile de s'en détacher. En effet, nous sommes éduqués à travers des évaluations des jugements en termes de bien ou de mal. Ce modèle est ancré en l'homme actuel.

Pour parvenir à ce principe dans l'ACP, Rogers s'interroge en 1968 sur comment le thérapeute pourrait « *pénétrer dans l'univers intérieur du client assez complètement pour perdre tout désir de l'évaluer ou de le juger* ». Le thérapeute doit s'efforcer de comprendre la personne (vécu, blessures, souffrances, ...) pour parvenir à une acceptation objective. L'empathie et la congruence sont des outils clés pour parvenir à cette compréhension. « *Le regard positif inconditionnel est d'abord une intention de la part du thérapeute* » (Haudiquet, 2013). Seul un échange entre le thérapeute et la personne peut permettre de mettre en place ce principe, et d'accepter la différence d'autrui car ce dernier nous expliquera certainement ses comportements à travers son vécu et ses expériences. « *Il est essentiel de vouloir entrer dans leur monde, aussi difficile que puisse paraître l'acte de l'approcher et de le comprendre* » (Pörtner, 2006).

Pour arriver à ce regard positif inconditionnel, la compréhension empathique demeure essentielle.

2.1.3. Le principe de la compréhension empathique

Il relève d'une écoute sensible et active. Le thérapeute une fois encore doit être dans un objectif de compréhension et il se doit de communiquer cette dernière. Cette approche permet de clarifier les éléments incompris par le thérapeute qui pose des questions et ainsi, permet à la personne de se questionner sur des aspects auxquels elle n'aurait pas pensé ou simplement d'approfondir certains sujets.

Il s'agit de comprendre l'autre, « *vivre temporairement dans la vie de l'autre, s'y mouvoir délicatement, sans faire de jugement* » (Lago, 2016). Il s'agit d'essayer de comprendre et de vérifier la bonne compréhension à travers les réponses que nous donne la personne. En aucun cas le thérapeute ne doit répondre que par de l'empathie. En effet, si la personne attend une réponse et qu'elle obtient seulement de l'empathie et ce régulièrement alors elle pourra voir son pouvoir personnel diminué. Elle exprimera de moins en moins les besoins ressentis.

Il semble primordial que les professionnels travaillant en lien avec des personnes ayant subi un TC modéré ou sévère adoptent cette approche afin de travailler au mieux avec elles. L'ACP permet donc de comprendre le quotidien de la personne et de définir avec elle des activités significatives pouvant être évaluées écologiquement.

2.2. Le potentiel thérapeutique de l'activité

Ce concept fut théorisé en 2003 par Doris Pierce. Marie-Chantal Morel Bracq a traduit ce concept en 2011 dans un ouvrage intitulé « L'activité humaine : un potentiel pour la santé ». Cet ouvrage guidera l'explication de ce concept. Nous nous appuyerons également sur la revue « ergothérapie » d'Orsonneau de 2009.

Le potentiel thérapeutique de l'activité est un pilier de l'ergothérapie. En effet, l'ergothérapeute utilise des activités comme outils thérapeutiques. Ces activités sont choisies par la personne et adaptées de manière à l'accompagner sur ce qu'elle souhaite améliorer. « *L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes, selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie* ».

Selon Doris Pierce, trois domaines doivent être objectivés pour développer le potentiel thérapeutique d'une activité (Annexe II) :

- La dimension subjective
- La dimension contextuelle
- La pertinence

2.2.1. Dimension subjective de l'activité

Elle correspond à l'attrait qu'une personne peut avoir pour réaliser une activité. Cette dimension comprend le plaisir, le ressourcement et la productivité.

Le plaisir est ce qui va générer l'engagement de la personne dans l'activité. Il sera source de bien-être et engendrera un processus positif chez elle. De ce fait, elle sera plus efficace et adhérera plus facilement à l'accompagnement. Elle aura donc envie de renouveler cette activité.

Le ressourcement correspond à un niveau d'énergie que l'individu peut acquérir en réalisant une activité. Il peut s'agir d'un niveau d'énergie lié à des activités permettant de créer de l'énergie « physique » (dormir, manger par exemple) ou des activités procurant une énergie « psychique ». Pour cette dernière, il s'agit d'activités plus spécifiques à chaque individu qui permettent d'évacuer certaines tensions et de se ressourcer.

La productivité correspond à la réalisation d'une activité qui génère un résultat perceptible par la personne. Ce résultat permet donc son engagement, avec une mise en avant de ses capacités. A travers les réalisations, elle va donc avoir le sentiment d'exister d'avantage et le résultat sera d'autant plus valorisant.

Ces trois notions sont superposables et se recoupent, elles permettent de bien analyser la dimension subjective. L'ergothérapeute en tenant compte de cette dimension, améliorera la relation thérapeutique en permettant à la personne de se sentir au centre de l'accompagnement. Par conséquent, elle adhérera d'avantage à l'activité ce qui augmentera le potentiel thérapeutique.

2.2.2. Dimension contextuelle de l'activité

Cette dimension correspond à la réalité écologique. Elle est constituée d'une composante spatiale, d'une composante temporelle et d'une composante socio culturelle.

Une activité se produit dans un espace. Ce dernier impacte la réalisation de l'activité si la personne a l'habitude ou non d'évoluer dans cet espace pour la réaliser. Par

exemple, pour une mise en situation cuisine, la personne devra faire preuve d'une plus grande capacité d'adaptation si elle réalise l'activité dans une cuisine d'un service de rééducation au lieu de la réaliser dans la cuisine de son domicile. L'ergothérapeute doit utiliser la composante spatiale pour se rapprocher d'une réalité plus ou moins écologique.

L'aspect temporel est une notion très subjective. En effet, plus on s'engage dans une activité plus la personne aura tendance à voir le temps s'écouler vite. De ce fait, la lassitude sera moins présente et permettra un meilleur engagement dans l'activité. L'ergothérapeute doit être attentif à cette composante. En effet, lors des mises en situations écologiques, les activités peuvent durer longtemps de ce fait elles peuvent être séquencées dans le temps.

Pour ce qui est du contexte socio culturel, il correspond aux habitudes de vie de la personne, au rôle social qu'a l'activité, et aux différentes interactions. La notion d'habitude de vie est primordiale dans l'approche de l'ergothérapeute. En effet, il accompagne les personnes selon leurs habitudes de vie. Les sciences sociales ont un rôle très important dans l'accompagnement en ergothérapie. Elles permettent d'appréhender une personne selon différentes composantes.

Pour être en adéquation avec un système dit écologique il est primordial que l'espace, le temps et le contexte socio-culturel soient cohérents pour la personne. Une situation sera d'autant plus écologique si elle prend en compte le contexte de vie de la personne.

2.2.3. La pertinence de l'activité

Une activité ergothérapique est mise en place afin de répondre à un objectif précis pour solliciter les capacités de la personne. Ce niveau de pertinence dépend de plusieurs éléments. Tout d'abord de l'importance qu'accorde la personne à cette activité selon la dimension subjective et la dimension contextuelle. Doris Pierce évoque la notion d'activité signifiante. Plus une activité sera signifiante pour la personne plus elle aura un potentiel thérapeutique car elle adhérera à l'accompagnement. Pour ce faire, il est important que le thérapeute s'appuie sur une relation thérapeutique de confiance et qu'il ajuste son intervention selon les objectifs fixés en amont. Il doit faire du lien entre l'activité et la santé de l'individu sans oublier la notion d'identité de ce dernier.

La collaboration entre le thérapeute et la personne permet d'ajuster l'activité aux objectifs et aux besoins de la personne ce qui permet d'améliorer la pertinence de l'activité et d'en d'augmenter le potentiel thérapeutique.

Le potentiel thérapeutique de l'activité est étroitement lié à l'ACP. En effet, plus le thérapeute se centrera sur elle plus il pourra avoir un potentiel thérapeutique important. De plus, l'ACP lui permet d'agir par elle-même, de puiser des ressources en elle qui lui permettront de progresser, ce qui rejoint la dimension subjective de la personne. La réalité écologique décrite dans le potentiel thérapeutique de l'activité doit être étroitement en lien avec la personne pour que l'activité proposée soit d'avantage pertinente. Pour ce faire, il semble primordial d'avoir une fois encore une ACP pour essayer de comprendre au mieux son histoire et ses habitudes de vie afin de lui proposer une mise en situation pertinente.

Le potentiel thérapeutique peut être mis en lien avec les évaluations écologiques. En effet, si l'évaluation à travers la mise en situation écologique est signifiante et pertinente, la personne adhérera d'avantage. Il est cependant primordial que l'ergothérapeute soit congruent, empathique avec un regard positif inconditionnel dans le but d'accroître le potentiel de changement de la personne. Plus l'activité tiendra compte des différentes dimensions qui constituent le potentiel thérapeutique de l'individu plus l'approche sera centrée sur la personne et permettra de générer un changement positif chez l'individu.

2.3. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Le MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel) a été élaboré par l'association canadienne des ergothérapeutes dans le but de clarifier le rôle de l'ergothérapeute. Ce modèle a vu le jour en 1997 et a subi des mises à jour (Morel-Bracq, 2015). En effet, par la suite différentes modifications sont survenues. La notion de performance a été ajoutée ce qui a modifié son nom : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Puis récemment, il a été nommé le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO).

La MCREO constitue un modèle conceptuel spécifique à l'ergothérapie qui contribue à redonner aux personnes un sentiment de contrôle sur leur vie. Il rejoint le principe d'ACP

en estimant que chacun a un potentiel de changement. De plus, ce modèle s'appuie sur le potentiel thérapeutique de chaque activité. La MCREO met en avant les liens forts qu'il existe entre « *la personne qui est composée de plusieurs dimensions, l'environnement, les activités, la santé et le bien-être* » (Annexe III).

Un guide d'évaluation est relié à ce modèle (Annexe IV). Il permet d'accompagner la personne pour définir des objectifs d'accompagnement.

2.3.1. La dimension personnelle

La personne se situe au centre de ce modèle. Il définit différentes dimensions qui constituent l'individu.

Au centre du schéma (Annexe III) nous pouvons voir qu'il y a la dimension spirituelle qui correspond au sens que met la personne sur ses actes et activités. Elle peut être influencée par les croyances religieuses, les convictions personnelles,... Ce sont des valeurs fondamentales pour la personne qui vont impacter son fonctionnement quotidien. C'est un guide, une philosophie de vie qui évolue avec le temps, les rencontres, l'éducation,...

La dimension physique comprend l'aspect moteur et sensoriel de l'individu. Lors des différents accompagnements de l'ergothérapeute, cette dimension peut être altérée et la personne peut souhaiter travailler plus particulièrement cette composante personnelle. La dimension physique peut être représentée par l'action.

La dimension cognitive correspond à toutes les fonctions cérébrales. Elle peut être représentée par la pensée. Elle comprend les fonctions exécutives, l'attention, le langage, la mémoire, les gnosies, les praxies, les fonctions intellectuelles, les fonctions visuo-spatiales,... L'ergothérapeute a également un rôle clé dans cette dimension. Le travail en collaboration avec un neuropsychologue peut être pertinent. Si la personne présente des troubles métacognitifs, l'utilisation de l'évaluation de la MCREO peut être difficile. En effet, la personne ne percevra pas ses difficultés quelle que soit la dimension.

La dimension affective comprend toutes les fonctions sociales et affectives. Elle correspond au versant émotionnel de la personne. Les sentiments que peut éprouver une personne peuvent être appréciés par le thérapeute à travers l'ACP.

Les dimensions personnelles impactent les différentes activités que réalise chaque individu. Les personnes exécutent des activités qui sont signifiantes.

2.3.2. Les domaines d'activités

Trois grands domaines d'activités sont dissociés dans ce modèle. Ils permettent notamment de structurer le cadre de l'évaluation de la MCREO.

Tout d'abord les activités de soins personnels. Elles correspondent aux activités permettant à la personne de se maintenir dans un état fonctionnel. L'hygiène de la personne, la mobilité fonctionnelle (les déplacements) et la vie communautaire (conduite, déplacement en transport en commun,...) sont intégrés à cette partie.

Ensuite les activités de productivité qui ont pour but de maintenir le foyer et la famille, de gérer le budget et de développer les activités productives personnelles. Elles comprennent le travail rémunéré ou bénévole (profession), l'entretien du domicile (ménage, jardinage), le travail scolaire (devoirs).

Pour finir les activités de loisirs, elles sont liées au temps libre de la personne. Lorsqu'elle n'a plus d'obligation de productivité, elle peut alors réaliser des activités plus ludiques telles que des loisirs récréatifs paisibles (lectures), des loisirs actifs (sport) ou une vie sociale (appel téléphonique). Toutes ces activités sont incluses dans différents environnements.

2.3.3. L'environnement

Différents environnements englobent chaque individu et impactent la réalisation des activités. L'environnement est propre à certains moments de la vie des individus, ils évoluent selon les rencontres, les expériences et les différents chemins de vie de chaque personne.

L'environnement social correspond aux interactions avec autrui. Cela peut correspondre à des rapports entre individus ou des groupes (communautés). Ils peuvent être liés à une croyance commune, à des valeurs, des intérêts partagés.

En ce qui concerne l'aspect culturel, il peut être relié au versant social. Il évoque les systèmes de valeurs d'un groupe lié à une religion, une ethnie,...

L'aspect institutionnel correspond au cadre dans lequel évolue la personne. Il peut être représenté par la politique, le droit, l'économie. L'individu s'inscrit dans un contexte lié à son pays, sa région, sa commune qui a une mission à laquelle la personne est soumise pour permettre un fonctionnement partagé de plusieurs êtres.

L'environnement physique correspond à l'environnement naturel et construit qui entoure la personne. Les routes, les édifices, les températures peuvent être des éléments obstacles ou facilitateurs pour l'individu.

Chaque personne évolue donc à travers tous ces environnements qui peuvent limiter ou faciliter ses capacités dans les différentes activités qu'elle souhaite réaliser. Afin d'accompagner l'individu au mieux dans ce modèle, une évaluation a été créée.

2.3.4. L'évaluation

Elle s'appuie sur un entretien semi structuré à travers lequel le thérapeute remplit une grille. Dans un premier temps, la personne va devoir identifier certaines difficultés qu'elle rencontre dans ses activités significatives. L'ergothérapeute les inscrira dans un document (Annexe IV). Après avoir ciblé plusieurs problèmes la personne évaluera le degré d'importance de chacun. Cette pondération permettra de mettre en avant cinq problèmes prioritaires pour la personne. Par la suite, la personne notera sur une échelle son rendement actuel face à chacun des cinq problèmes. Le rendement correspond à la :

« Capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies sur le plan culturel et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté.» (ACE, 1997, p.34).

Le rendement occupationnel se situe à la jonction entre les trois dimensions : la personne, l'activité et l'environnement. De ce fait, lorsqu'un problème est évoqué concernant la personne par exemple, le rendement occupationnel peut être compensé en s'appuyant sur la force d'une autre dimension : l'activité ou l'environnement dans ce cas.

Le thérapeute questionnera la personne sur sa satisfaction à réaliser l'activité actuellement.

A l'issue de cette premier entretien, des moyens seront mis en place afin d'accompagner la personne selon ses souhaits et l'importance qu'elle y accorde. Une réévaluation aura alors lieu à distance de la première afin de voir si la personne ressent des améliorations. Des ajustements peuvent être apportés afin d'être toujours au plus proche des désirs de la personne afin qu'elle soit actrice de l'accompagnement et qu'elle perçoive elle-même le potentiel de changement.

La MCREO permet de prendre en compte la globalité de la personne en s'intéressant à toutes les dimensions de l'individu en interaction continue avec l'environnement à travers les activités. Le TC peut affecter des dimensions différentes selon l'atteinte cérébrale de la lésion. De ce fait, il est primordial d'avoir une approche globale et de tenir compte de toutes les dimensions d'un individu dans un environnement signifiant.

3. Méthodologie

3.1. Objectif de l'étude

Nous nous intéressons à travers ce travail de recherche aux différentes pratiques des ergothérapeutes lors des évaluations en situation écologique. L'étude est plus précisément ciblée sur les personnes ayant subi un TC modéré ou sévère. En effet, cette atteinte neurologique peut générer des conséquences très différentes ce qui est parfois difficile à évaluer. Le thérapeute peut être confronté à des ambiguïtés concernant des habitudes de vie antérieure différentes des siennes et des réelles séquelles de l'accident. A travers cette recherche, nous nous questionnerons sur le contexte, les objectifs et la mise en place des évaluations écologiques en ergothérapie.

Après avoir effectué un recueil de données concernant la problématique pratique et théorique développée ci-dessus, nous avons pu définir un objectif d'étude qui est : Comment et dans quel but l'ergothérapeute met-il en place des évaluations écologiques avec des personnes ayant subi un TC modéré ou grave ?

3.2. Choix de la méthode

Pour répondre au mieux à cet objectif, nous utiliserons la méthode différentielle. Elle vise à identifier des facteurs différenciant des pratiques au sein d'un échantillon d'ergothérapeutes. C'est une méthode quantitative qui s'appuie sur un questionnaire. Les trois axes théoriques définis ci-dessus ont permis de mettre en avant des critères et indicateurs permettant d'élaborer une matrice (Annexe V) et un questionnaire (Annexe VI). Cette méthode nous permettra d'étudier les différentes pratiques professionnelles concernant la mise en place et les objectifs des évaluations en situation écologique avec des personnes ayant subi un TC modéré ou sévère.

Les différentes réponses apportées par les professionnels seront décrites et permettront de faire des analyses statistiques et de corrélérer certains résultats selon les variables afin de répondre précisément à la problématique.

3.3. Choix de la population

L'étude s'intéresse aux pratiques professionnelles, nous questionnerons donc des ergothérapeutes. Des critères d'inclusions et d'exclusions ont été fixés pour que l'étude soit fiable et reproductible. Pour être inclus dans l'étude, les ergothérapeutes doivent être diplômés d'état, doivent déjà avoir accompagné des personnes ayant subi un TC modéré ou sévère et doivent déjà avoir mis en place des évaluations en situation écologique (institution ou domicile). Les personnes ne répondant pas à ces critères ont été exclues. Les premiers items du questionnaire ont permis d'inclure ou d'exclure les participants.

3.4. Elaboration des questionnaires pour l'étude

Pour élaborer le questionnaire, nous nous sommes appuyés sur les concepts théoriques et le modèle conceptuel développés précédemment. Les structures de ces derniers ainsi que les notions importantes de chaque partie nous ont permis d'élaborer une matrice (Annexe V) définissant des critères et des indicateurs. Les questions ont donc été rédigées en respectant les axes théoriques.

Le questionnaire (Annexe VI) est constitué de plusieurs parties. La première partie comporte 6 questions (Q1 à Q6) et s'attache aux critères d'inclusion et d'exclusion ainsi qu'aux données générales des personnes réalisant ce questionnaire. La seconde partie s'intéresse d'avantage aux objectifs et au choix des évaluations écologiques (Q7 à Q14). La partie suivante s'interroge sur l'environnement de passation des évaluations écologiques à travers les 6 questions suivantes (Q15 à Q20). Le questionnaire se termine par 10 questions (Q21 à Q30) portant sur le déroulement général des évaluations et la posture du professionnel. A la fin du questionnaire, je propose aux professionnels de laisser leurs coordonnées s'ils souhaitent être informés des résultats de l'étude.

3.5. Diffusion des questionnaires

Le questionnaire a été réalisé sous Google form® afin de faciliter sa diffusion à travers les mails et les réseaux sociaux. Les sites internet et les terrains de stage ont été

des éléments ressources pour la récupération des adresses mails des professionnels. Les courriers électroniques ont été envoyés dans les services d'ergothérapie directement ou au cadre de la structure si l'adresse trouvée ne correspondait pas au service d'ergothérapie. Les structures contactées étaient principalement des services de soins de suite et de Réadaptation (hospitalisation de jour ou complète) ou des services type Service d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS),...

Au total, 153 mails ont été envoyés. Les résultats ont été récoltés et triés. Seuls les personnes répondant aux critères d'inclusions ont été incluses dans l'échantillon. Nous analyserons ainsi 38 questionnaires par la suite.

4. Résultats

4.1. Données à plat du questionnaire

Les résultats seront analysés à travers des tableaux et des graphiques (Annexe VII) et commentés question par question dans un premier temps puis en croisant les réponses par la suite.

4.1.1. Données générales

L'ensemble des questionnaires analysés par la suite ont obtenu 100% de réponses positives aux questions d'inclusion (Q1, Q2 et Q4). Puis nous pouvons constater que la majorité des professionnels (44,7%) qui ont répondu à ce questionnaire ont exercé entre 1 et 5 ans auprès d'une population ayant subi un TC modéré et sévère alors que 34,2% ont exercé moins d'un an et 21,1% plus de 5 ans. En ce qui concerne le secteur de mises en place de ces évaluations, 39,5% ont lieu en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en Hospitalisation Complète (HC), 28,9% ont lieu dans d'autres services types UEROS, SAMSAH,... (Nous nommerons par la suite ces « autres services » en « service médicosocial »), et 18,4% en SSR en Hôpital De Jours (HDJ). 13,2% des personnes ont répondu « autre » et ont précisé qu'elles mettaient en place ces évaluations en SSR HC et HDJ.

42,1% des ergothérapeutes accordent 0 à 25% ou 25 à 50% d'accompagnement aux évaluations écologiques. Alors que 15,8% des ergothérapeutes accordent 50 à 75% du temps d'accompagnement (Q6).

4.1.2. Objectifs et choix des évaluations

Les évaluations écologiques sont proposées aux personnes en ayant des objectifs très différents (Q7). On retrouve des similitudes dans les réponses, vous trouverez dans le tableau ci-dessous (Figure 1) un recueil des réponses majoritaires.

Figure 1 : Fréquence d'apparition des objectifs recensés

Les objectifs	Fréquence d'apparition des objectifs
Evaluer les capacités et incapacités	14 fois
Evaluer la nécessité de mettre en place des moyens de compensations	11 fois
Préparer le retour à domicile	10 fois
Permettre la prise de conscience	8 fois
Evaluer les fonctions cognitives et ou supérieures	8 fois
Permet d'évaluer et de fixer des objectifs	7 fois
Evaluer le risque de mise en danger	5 fois

D'après la question neuf, nous pouvons constater que pour les thérapeutes l'objectif principal est « d'observer ou d'évaluer l'autonomie d'un patient dans un environnement fictif ou réel ». Viennent ensuite les objectifs « Appréhender les moyens de compensation mis en place ou non par la personne », « Anticiper un éventuel besoin en aide humaine ou technique », « vérifier le transfert des acquis dans des situations de vie quotidienne » et « préparer le retour à domicile ». Nous pouvons noter que certains objectifs correspondent à ceux cités précédemment à travers une question ouverte.

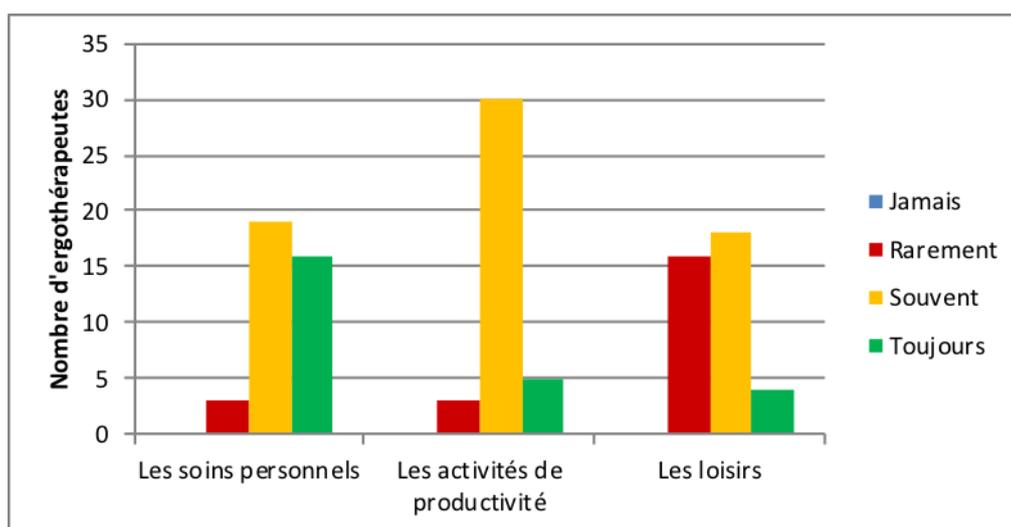
Le choix des évaluations (Q8) est réalisé en majorité en se référant aux souhaits de la personne, ou en concertation avec l'équipe soignante et les médecins. 73,7% des ergothérapeutes utilisent des évaluations validées et non validées, 23,7% utilisent seulement des évaluations non validées et 2,6%, ce qui représente 1 ergothérapeute, utilise seulement des évaluations validées (Q10). Pour la majorité des professionnels, les évaluations doivent être significatives ou significatives (Q11).

Les évaluations écologiques utilisées par les ergothérapeutes sont extrêmement variables. Les plus fréquentes (Q12) sont les préparations de repas avec la réalisation des courses. 65,8% ont précisé évaluer la cuisine et 47,4% les courses. 44,7% des ergothérapeutes ont noté qu'ils évaluaient la conduite et 42,1% la toilette. 44,7% des professionnels ont précisé utiliser le TEM et 26,3% l'EF2E. D'autres situations non validées ont été évoquées seulement 2 ou 3 fois telles que la prise de repas, l'activité professionnelle, l'utilisation du fauteuil roulant, les loisirs, l'entretien du domicile, la gestion du budget ou des évaluations validées telles que : le test Lillois de Communication, le Kettle test, la BENQ et Road finding test.

Pour ce qui est de l'importance du choix de l'activité (Q13) sur une échelle de 0 à 10, 0 étant peu important et 10 très important, 34,2% des ergothérapeutes évaluent l'importance à 8/10 et 31,6% l'évaluent à 10/10. 94,8% des professionnels estiment que le choix de l'activité à une importance supérieure ou égale à 7/10.

Pour ce qui est du type d'activité évaluée, nous pouvons constater dans la figure 2 que les trois grands types d'activités semblent en majorité être souvent évalués (Q14). Cependant nous pouvons remarquer une évaluation très fréquente des soins personnels et rare sur les loisirs.

Figure 2 : Fréquence d'évaluations des différentes activités



Grâce à ces premiers résultats, nous pouvons constater que les objectifs des évaluations écologiques avec des personnes présentant un TC modéré ou sévère sont variables. Les évaluations utilisées sont validées et non validées mais cependant nous pouvons constater que très peu d'évaluations validées ont été citées. Les personnes semblent en majorité impliquées dans le choix de ces évaluations. Les ergothérapeutes montrent de l'importance face aux choix des activités proposées, cependant, nous observons davantage d'activités en lien avec les soins personnels ou la productivité.

4.1.3. L'environnement

Les évaluations écologiques semblent réalisées dans des environnements très variables. 92,1% des ergothérapeutes estiment sur une échelle de 0 à 10 que l'importance est supérieure ou égale à 7/10 (Q15). 31,6% évaluent l'importance au maximum (10/10). De façon globale, nous pouvons constater que les évaluations écologiques sont souvent réalisées dans l'institution ou à proximité de l'institution. Beaucoup de personnes ont répondu réaliser rarement ou jamais ces évaluations à domicile ou à proximité du domicile. Certains ergothérapeutes ont précisé qu'ils effectuaient des évaluations sur le lieu d'exercice professionnel, ou dans les transports en commun (Q16 & 17).

D'après les résultats, l'environnement impacte en majorité l'expérience vécue par la personne, le sens que la personne donne à l'activité et la gestion des moyens de compensation (Q18). L'impact concernant la compréhension des objectifs d'accompagnement est plus controversé (9 réponses de professionnels pas d'accord).

Pour ce qui est de l'environnement social (entourage notamment), il semble souvent (63,2%) pris en compte (Q19).

L'entourage lorsqu'il est pris en compte, renseigne sur les habitudes de vie antérieures de la personne. Les informations peuvent être communiquées lors d'entretien, de questionnaire ou d'implication de l'entourage dans les évaluations. (Q20)

L'environnement semble pris en compte de façon globale par les ergothérapeutes. Toutefois, le terme écologique paraît lié à un environnement significatif et non signifiant (réalisation d'évaluations en institution ou à proximité de façon majoritaire). Il aurait cependant un impact sur la personne et l'accompagnement.

4.1.4. Déroulement général et posture professionnelle

La question 21 s'intéresse au moment où ont lieu ces évaluations dans l'accompagnement. Nous pouvons constater que la majorité des personnes effectuent les évaluations en début milieu et fin d'accompagnement (65,8%).

En amont de l'activité, les thérapeutes consacrent souvent du temps à la préparation de l'évaluation avec la personne. Ils tiennent compte en grande majorité des capacités physiques et sensorielles, du contexte culturel et des habitudes de vie de la personne. Les représentations des individus concernant les évaluations sont également souvent prises en compte (Q22). 86,8% des ergothérapeutes énoncent les objectifs des évaluations en amont (Q23).

97,4% des professionnels pensent que ces évaluations facilitent l'engagement de la personne dans l'accompagnement (Q26). De plus, d'après les thérapeutes interrogés, ces évaluations favoriseraient souvent (Q29):

- une connaissance des capacités motrices, cognitives et sensorielles (73,7%)
- une évolution concernant l'image et le vécu du TC (68,4%)
- une prise de conscience des différentes situations pouvant représenter un handicap (89,5%)
- un ressourcement psychique de la personne et l'utilisation et automatisation des moyens de compensation (71,1%).

Pour ce qui est de la posture des professionnels, nous pouvons observer qu'elle est variable (Q24) :

- Plus de la moitié des personnes (55,1%) affirment qu'elles observent souvent les composantes évaluées uniquement
- 52,6% des ergothérapeutes indiquent aider rarement la personne lorsqu'elle le demande alors que 31,6% des thérapeutes l'aident souvent.
- 10,5% disent ne jamais aider la personne, et 18,4% l'aider toujours sur demande. L'aide fournie par les ergothérapeutes est plus régulière après avoir laissé un temps de réflexion au patient (39,5% disent aider toujours après réflexion).
- 7,9% des ergothérapeutes se réfèrent au protocole de passation d'un bilan validé sans y déroger. 60,5% ont répondu jamais ou rarement s'y référer sans y déroger.

- 44,7% des professionnels semblent souvent inciter la personne à modifier ou à changer de stratégie alors que 36,8% des thérapeutes le font rarement et 18,4% jamais.
- Les évaluations ne sont jamais filmées pour 68,4% des professionnels et rarement pour 29,0%.
- 65,8% des évaluateurs répètent rarement les évaluations, 23,7% souvent, 7,9% jamais et 2,6% toujours.

Concernant le retour sur l'évaluation, plusieurs réponses étaient envisageables pour les professionnels. Il est réalisé en grande majorité immédiatement ou lors de la séance suivante à travers des échanges oraux ou un compte-rendu. (Q27 & Q28).

La dernière question (Q30) s'intéresse aux freins relatifs à la mise en place de ces évaluations :

- 84,2% estiment ne pas avoir assez de temps pour mettre en place ces évaluations
- 52,6% notent que ces évaluations manquent de reproductibilité entre l'institution et le domicile
- 23,7% un manque de moyens humains et d'évaluations validées
- 18,4% pensent ne pas être assez formés
- 15,8% considèrent un manque de moyens financiers
- 10,5% trouvent un manque de fiabilité

La majorité des ergothérapeutes semblent réaliser ces évaluations écologiques tout au long de l'accompagnement pour faciliter l'engagement de la personne. En effet, ces évaluations auraient un retentissement physique et psychique sur l'individu ce qui lui permettrait de progresser. La posture adoptée par les professionnels est variable.

Afin d'affiner la réponse de la question de recherche, nous allons croiser des réponses.

4.2. Données croisées

Pour commencer, intéressons-nous au croisement de la question 5 et de la question 6 (Figure 3). En croisant ces résultats, nous pouvons constater que les ergothérapeutes consacrent d'avantage de leurs temps d'accompagnement aux évaluations écologiques lorsqu'ils travaillent dans des services médicosociaux,...

réaliser ce tableau j'ai exclu les personnes ayant coché la case autre (soit 5 réponses). Nous pouvons remarquer qu'aucun des secteurs d'accompagnement ne consacrent la totalité du temps aux évaluations écologiques. Toutefois, 9,1% des ergothérapeutes travaillant dans des services médicosociaux consacrent 50 à 75% du temps d'accompagnement alors qu'en SSR HC, ils sont 6,1% des ergothérapeutes.

Figure 3 : Pourcentage de temps utilisé pour les évaluations écologiques dans les différents secteurs de pratique

Question 5 Question 6	SSR HC	SSR HDJ	Services médicosociaux
0 à 25% du temps	27,3% (9)	12,1% (4)	6,1% (2)
25 à 50% du temps	12,1% (4)	9,1% (3)	18,2% (6)
50 à 75% du temps	6,1% (2)	0%	9,1% (3)
75 à 100% du temps	0%	0%	0%

Le nombre entre parenthèses correspond aux nombres de réponses

En ce qui concerne la mise en place de ces évaluations écologiques, le croisement de la question 5 et la question 21 génèrent les résultats ci-dessous (exclusion des personnes ayant coché la case « autre »). Ils s'intéressent aux secteurs de pratiques des ergothérapeutes et à la mise en place au niveau temporel des évaluations écologiques. Nous observons que la majorité des professionnels font ces évaluations en début, milieu et fin d'accompagnement. Nous remarquons cependant que la majorité des professionnels exerçant dans des services médicosociaux réalisent ces évaluations tout au long de l'accompagnement alors qu'en service d'hospitalisation nous pouvons noter un nombre important de professionnels réalisant ces évaluations en milieu et fin d'accompagnement (15,8% pour l'hospitalisation complète et 7,9% pour l'hospitalisation de jour). Au contraire dans les services médico-sociaux le reste des professionnels précise que les évaluations ont d'avantage lieu en début et milieu d'accompagnement.

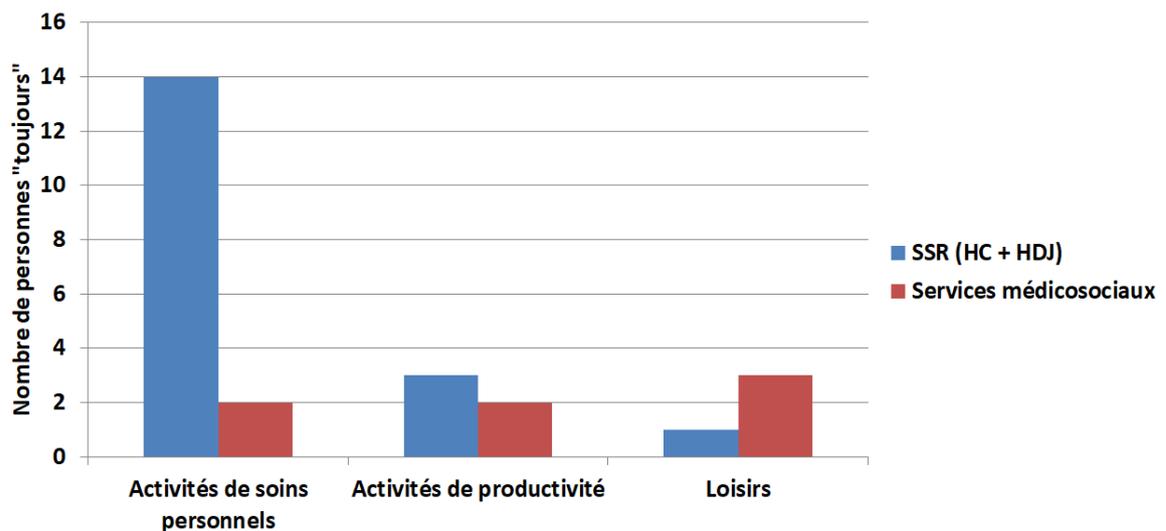
Figure 4 : Temps de la mise en place des évaluations écologiques selon les différents secteurs de pratique

Question 21 / Question 5	Début	Début Milieu	Début, Milieu Fin	Milieu Fin	Fin
SSR HC	0,0%	0,0%	23,7% (9)	15,8% (6)	0,0%
SSR HDJ	0,0%	2,6% (1)	7,9% (3)	7,9% (3)	0,0%
Services médicosociaux	2,6% (1)	5,3% (2)	21,1 % (8)	0,0%	0,0%

Le nombre entre parenthèses correspond aux nombres de réponses

Durant les temps d'évaluations écologiques, nous pouvons voir à travers la figure 5 que les ergothérapeutes exerçant en SSR évaluent sept fois plus, de façon systématique, les activités de soins personnels que ceux travaillant en service médico-social. De plus, nous pouvons observer que les loisirs sont plus systématiquement évalués en services médico-sociaux qu'en SSR.

Figure 5 : Activités évaluées de façon systématique selon les différents secteurs de pratique



Par la suite, analysons la question 5 croisée à la question 13 (Figure 6), elles concernent le lieu d'exercice des professionnels et l'importance qu'ils accordent au choix de l'environnement pour la passation de ces évaluations écologiques.

Figure 6 : Moyenne concernant l'importance du choix de l'environnement selon les différents secteurs de pratique

Question 5 \ Question 13	SSR HC (15 réponses)	SSR HDJ (7 réponses)	Services médicosociaux (11 réponses)
Moyenne concernant l'importance du choix de l'environnement	8,3/10	7,7/10	8,9/10

Nous pouvons constater que les services médico-sociaux semblent accorder une plus grande importance à l'environnement. Si on ajoute les 5 réponses « autres » précisant qu'ils exercent en SSR HC et HDJ et que l'on regroupe SSR HC et SSR HDJ, nous obtenons une moyenne de 8,2/10 pour le SSR (27 réponses).

Grâce au croisement de la question 5 et de la question 16 (Annexe VIII), nous pouvons constater que la majorité des évaluations écologiques a lieu dans l'institution ou à proximité de l'institution lorsque les ergothérapeutes travaillent en SSR (HC ou HDJ) (Figure 7) alors que les professionnels exerçant dans des services médico-sociaux réalisent leurs évaluations dans l'environnement habituel (Figure 8) du patient de façon plus fréquente. Les deux diagrammes circulaires ci-dessous schématisent les lieux où les professionnels interviennent en systématique, c'est-à-dire ils représentent les ergothérapeutes ayant coché « toujours ».

Figure 7 : Les lieux des évaluations écologiques utilisés systématiquement par les ergothérapeutes exerçant en SSR (HC et HDJ)

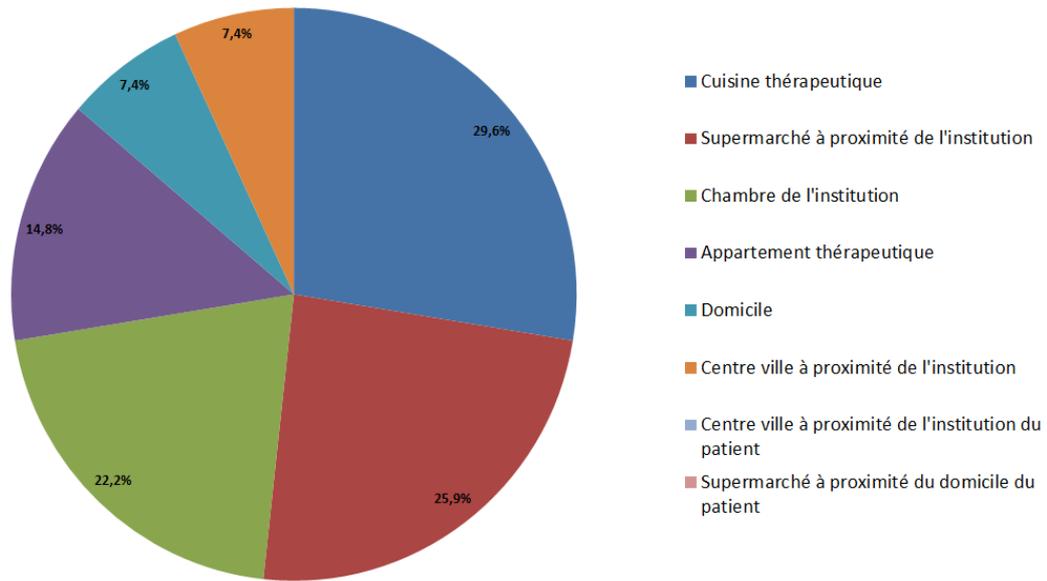
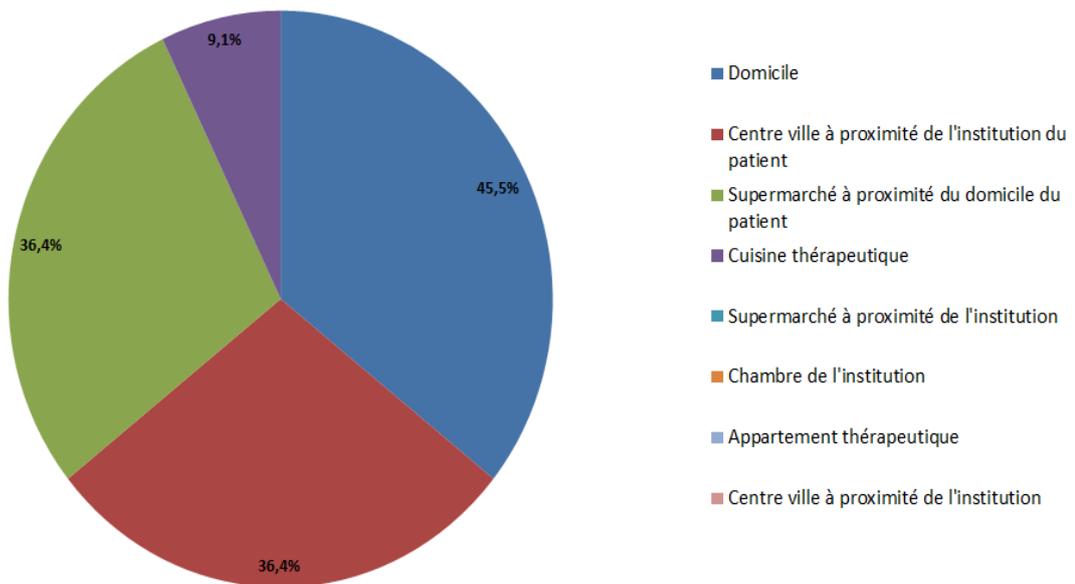


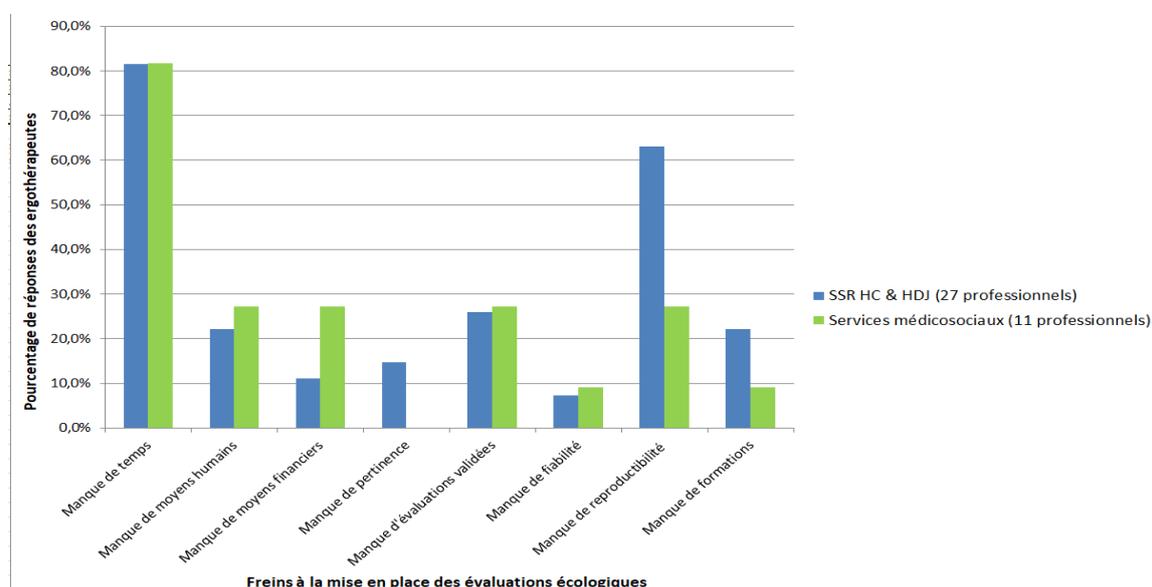
Figure 8 : Les lieux des évaluations écologiques utilisés systématiquement par les ergothérapeutes exerçant en services médico-sociaux.



On constate également dans la figure 8 que les ergothérapeutes exerçant dans des services médico-sociaux utilisent la cuisine thérapeutique de la structure ou les lieux à proximité de la structure. Une plus grande hétérogénéité semble présente dans le lieu de mise en place de ces évaluations

Nous allons croiser la question 5 concernant le lieu d'exercice et la question 30 s'interrogeant sur les freins de la mise en place des évaluations écologiques.

Figure 9 : Freins à la mise en place des évaluations écologiques croisées aux différents secteurs de pratiques



En rapportant le nombre de réponses au nombre de professionnels concernés par le service nous pouvons constater que le principal frein est le manque de temps. La notion de temps semble primordiale dans la distinction des types de structures.

Les professionnels de SSR soulignent un manque de reproductibilité entre le domicile et l'institution ce qui peut être mis en lien avec l'analyse croisée des questions 5 et 16. En effet, nous avons pu constater que les évaluations écologiques avaient d'avantage lieu en institution lorsque les personnes sont suivies en SSR

Après avoir traité les résultats, nous allons les analyser en les rapprochant des différents modèles.

5. Discussion

5.1. Liens avec les axes théoriques

5.1.1. L'approche centrée sur la personne

L'ACP est constituée de 3 grands principes, à travers différentes questions, nous avons tenté de savoir si les professionnels adoptent une posture (dans la préparation, la réalisation et le retour des évaluations écologiques) centrée sur la personne pour la mise en place d'évaluations écologiques.

Grâce aux résultats obtenus, nous pouvons constater, que les ergothérapeutes ont une posture professionnelle partiellement centrée sur la personne. Cependant les trois grands principes ne sont pas utilisés de façon égale. En effet, 89,5% des personnes (34 réponses) ont précisé qu'elles utilisaient des évaluations significatives pour la personne (Q11). Ceci traduit l'utilisation du regard positif inconditionnel avec la volonté de comprendre la personne (Q 22), ses habitudes de vie, ses différentes composantes (physique, cognitive, sensorielle,...) : 76,3% des personnes (29 réponses) ont affirmé « toujours » prendre en compte ces composantes et 23,7% (9 réponses) « souvent ». Cependant, dans la question 12, les évaluations citées par les professionnels sont similaires et s'intéressent à des activités quotidiennes majoritairement. Ceci peut laisser penser que l'approche serait d'avantage significative et sociale que significative. Les professionnels s'intéressent au fonctionnement des personnes, à leurs habitudes de vie mais ne mettent pas de façon systématique des évaluations adaptées à la personne accompagnée.

Pour ce qui est du principe de compréhension empathique, il rejoint le principe cité ci-dessus du regard positif inconditionnel. L'ergothérapeute tente de comprendre de façon active le projet de vie de la personne et ses habitudes. En comprenant la personne, il pourra adapter son niveau d'aide et son comportement lors de la réalisation de l'évaluation. A travers la question 24 nous pouvons constater que la majorité des personnes observent uniquement les composantes évaluées fréquemment et fournissent de l'aide majoritairement après avoir laissé un temps de réflexion à la personne. A travers cette observation ciblée, le thérapeute se focalise sur un aspect positif ou négatif et adopte un regard plutôt restrictif de la personne et non empathique.

Le principe faisant référence à la congruence a pu être analysé à travers la question 22 également, qui questionnait les ergothérapeutes sur leurs accompagnements concernant le concept « d'évaluation », nous constatons que les représentations et les émotions engendrées par ces évaluations sont moins prises en compte que les capacités de la personne ou ses habitudes antérieures. Le thérapeute peut lui aussi adopter un comportement différent lié au phénomène d'évaluation et il semble important qu'il soit « transparent » sur cet aspect pour faciliter l'engagement de la personne dans le processus d'accompagnement et parvenir à une ACP la plus optimale possible.

L'ACP est donc un outil qui semble communément utilisé par les professionnels lors des évaluations écologiques mais pas dans sa globalité, le principe de congruence paraît plus difficile à mettre en œuvre. Ceci peut être lié à l'absence d'indication concernant l'utilisation de cette approche.

5.1.2. Le potentiel thérapeutique de l'activité

Le potentiel thérapeutique d'une activité est analysé selon trois composantes principales : la dimension subjective, la dimension contextuelle qui correspond à la réalité écologique et la pertinence de l'activité notamment dans sa mise en place.

La dimension subjective est composée du plaisir, du ressourcement et de la notion de productivité. A travers le questionnaire nous pouvons constater que ces évaluations écologiques « facilitent l'engagement de la personne dans le processus d'accompagnement » (Q26) pour 97,4% des professionnels (37 réponses). Nous avons pu voir précédemment que les professionnels utilisent en majorité des activités significatives ce qui démontre une prise en compte de l'individu dans l'élaboration et le choix de l'évaluation. De plus à travers la question 8, nous observons que 71,1% soit 27 professionnels se réfèrent aux souhaits de la personne afin de définir le choix de l'évaluation écologique. Toutefois, tous ces éléments correspondent aux représentations des thérapeutes et non à une interrogation des personnes présentant un TC.

La dimension contextuelle comprend la composante spatiale, 73,7% des ergothérapeutes interrogés (28 réponses) pensent que le choix de l'environnement a une importance égale ou supérieure à 8/10. De plus, à la question 18, les professionnels ont précisé que l'environnement spatial avait aussi un impact sur l'expérience vécue par la personne, la compréhension des objectifs d'accompagnement, le sens donné à l'activité

et la gestion des moyens de compensation. Le potentiel de l'environnement semble perçu par l'ensemble des ergothérapeutes même si nous pouvons constater que les personnes exerçant en service médico-social accordent d'avantage d'importance à celui-ci. Les questions 15 et 16 illustrent bien ces propos. En effet, les professionnels travaillant en services médico-sociaux (11 ergothérapeutes) ont une moyenne de 8,9 sur 10 alors que ceux faisant ces évaluations en SSR HDJ ou HC (27 ergothérapeutes) obtiennent une moyenne de 8,3. De plus, la question 16 explicite d'avantage ce point car nous avons pu observer dans les analyses croisées que les professionnels réalisant ces évaluations en services médico-sociaux utilisent d'avantage des environnements signifiants.

En ce qui concerne la composante temporelle de l'évaluation écologique, elle semble être perçue de façon identique par les professionnels des différents secteurs. Ces évaluations auraient lieu durant l'ensemble de l'accompagnement (Q21). Il y aurait un temps de préparation de l'évaluation (Q22), l'évaluation puis un retour sur l'évaluation qui peut prendre différentes formes (compte-rendu, retour par échanges oraux,...). Les objectifs (Q23) sont énoncés en amont pour 86,8% des professionnels soit 33 personnes (3 personnes de SSR et 2 de services médicosociaux ne les précisent pas).

La dimension socio-culturelle ne doit pas être omise pour respecter la réalité écologique de l'évaluation. En effet, nous pouvons noter que 13,2% soit 5 des professionnels prennent systématiquement l'entourage en compte dans la réalisation de ces évaluations et que 63,2% (24 personnes) le prennent souvent en compte (Q19). Ils utilisent cependant différentes manières pour inclure l'entourage. Certains utilisent des entretiens pour connaître les habitudes de vie antérieures, d'autres proposent des évaluations en présence de l'aidant,... Pour ce qui est du contexte culturel ou des habitudes de vie (Q22), 73,7% des ergothérapeutes (28 réponses) les prennent systématiquement en compte et 23,7% souvent (9 réponses) ce qui prouve une fois de plus, l'importance qu'accordent les professionnels à la personne accompagnée.

La pertinence comprend plusieurs éléments qui regroupent également la dimension subjectivée et la dimension contextuelle. Elle permet de mettre en lien les différentes composantes et de proposer une évaluation adaptée. La relation thérapeutique et les compétences du professionnel sont donc nécessaires à la mise en place de cette évaluation écologique. Dans le choix de l'évaluation réalisée en

collaboration avec la personne, l'ergothérapeute a pour compétence de mettre en place une évaluation signifiante pour la personne en adaptant les moyens selon les objectifs définis en amont. L'ergothérapeute peut donner une valeur scientifique à son évaluation en s'appuyant sur des évaluations validées (Q10) mais qui seront de ce fait moins significatives pour la personne car le contexte des évaluations est précisément défini et souvent peu adaptable ou modifiable. Toutefois, seulement 7,9% soit 3 des ergothérapeutes se réfèrent au protocole de passation sans y déroger alors que 60,5% soit 23 professionnels disent s'y référer rarement ou jamais. Ceci montre que malgré l'utilisation de protocoles validés scientifiquement, les évaluations ne peuvent pas être utilisées comme valeurs de références scientifiques car elles diffèrent des modalités de passation.

De plus, 44,7% des professionnels (17 réponses) incitent souvent la personne à modifier ou changer de stratégie, alors que 36,8% (14 réponses) le font rarement et 18,4% (7 réponses) jamais. Toutes ces données montrent que les protocoles de passation d'outils validés sont peu respectés.

A travers la question 12, nous avons pu observer que les ergothérapeutes utilisaient des évaluations très variées et pas toujours validées (73,7% soit 28 personnes des ergothérapeutes utilisent les deux). De ce fait, les professionnels ont des objectifs très différents (Q9). En SSR, les professionnels ont cité de façon majoritaire « préparer le retour à domicile » et « observer et évaluer l'autonomie d'un patient dans un environnement fictif ou réel » alors qu'en services médico-sociaux les objectifs majoritaires sont « Appréhender les moyens de compensation mis en place ou non par la personne » et « anticiper un éventuel besoin en aide humaine ou aide technique ». Des professionnels ont évoqués le fait de redonner confiance à la personne toutefois, aucun des professionnels n'a soumis l'idée de permettre la reprise d'une activité signifiante.

Dans la question 30, concernant les freins à la mise en place des évaluations écologiques, nous pouvons constater que 84,2% soit 32 professionnels évoquent le fait de ne pas avoir assez de temps pour les mettre en place. 52,6% soit 20 professionnels ont répondu que selon eux il y avait un manque de reproductibilité entre l'institution et le domicile. 63% soit 17/27 ergothérapeutes travaillant en SSR ont noté ce dernier frein.

Ceci montre donc l'importance du choix et de la pertinence de l'environnement pour la réalisation de ces évaluations écologiques.

La personne et l'environnement (temporo-spatial et ou socio-culturel) semblent être pris en compte par les professionnels. Toutefois, le lien entre la personne et le choix ou le contexte de l'évaluation n'est pas toujours pertinent.

5.1.3. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Le MCREO place la personne au centre du modèle. Les questions 22 et 29 illustrent ce principe. Nous avons pu constater que les composantes propres à la personne (physiques, cognitives, culturelles, habitudes de vie,...) étaient prise en compte par l'ensemble des professionnels. De plus les évaluations écologiques favoriseraient un certain bien-être dans ces différentes composantes et une évolution concernant le vécu et l'image du TC. Ces évaluations auraient donc un rôle avant tout thérapeutique pour la personne (Q29). Nous pouvons remarquer à travers la question 22, que la dimension affective semble moins prise en compte notamment au niveau des émotions ou du ressenti que peuvent avoir les personnes face à une évaluation.

Concernant les activités évaluées, nous pouvons constater que les ergothérapeutes exerçant en SSR évaluent plus fréquemment les activités de soins personnels et de productivité alors que les professionnels des services médico-sociaux évaluent d'avantages les activités de productivité et de loisirs. Cette différence peut être liée aux objectifs d'accompagnement durant la prise en charge. Les professionnels exerçant en SSR (HC ou HDJ) estiment à 8,1/10 l'importance du choix de l'activité alors que ceux des services médico-sociaux l'estiment à 8,9/10. Les professionnels de SSR qui accompagnent la personne de façon précoce se centrent davantage sur des activités significatives

La dernière composante du MCREO en lien avec l'environnement est mise en avant à travers la question 22 et 19, la majorité des professionnels prennent en compte l'environnement social et culturel. Pour ce qui est de l'environnement physique, nous retrouvons les questions 15 et 16, qui ont été développées dans le potentiel thérapeutique de l'activité. Nous pouvons donc dire que l'environnement est pris en compte par les ergothérapeutes il n'est cependant pas toujours mis en lien avec l'activité ou la personne.

5.2. Réponse à la question de recherche

A travers cette partie, nous synthétiserons les résultats de façon pertinente afin de répondre précisément à la question de recherche qui est : « **Comment et dans quels contextes les ergothérapeutes mettent-ils en place des évaluations écologiques centrée sur la personne ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère ?** ».

Le TC représente une source de handicap majeure et peut réduire de manière significative les niveaux d'autonomie et d'indépendance d'un individu. La prise en charge en ergothérapie s'avère donc primordiale. Les évaluations écologiques sont des outils fréquemment utilisés par les ergothérapeutes car elles permettent de mettre la personne en situation « réelle ». Toutefois les objectifs mis en avant par les ergothérapeutes sont variables et dépendent principalement du lieu d'exercice du professionnel. Les ergothérapeutes estiment que ces évaluations permettent un engagement de la personne dans le processus d'accompagnement.

L'ensemble des professionnels tient compte des habitudes de vie antérieure de la personne et de sa culture. Néanmoins, le choix de l'évaluation et sa mise en place ne sont pas toujours en lien avec les données recueillies. En effet, nous avons pu constater que les activités de soins personnels ou de productivité sont davantage évaluées alors que celles-ci ne représentent probablement pas toujours des activités significatives pour la personne. De plus, l'environnement (social, physique) dans lequel est proposé l'évaluation écologique n'est pas toujours signifiant même si les professionnels y accordent de l'importance.

A travers les résultats, nous avons pu remarquer qu'il existe des différences dans les pratiques des professionnels selon leurs domaines d'intervention. En effet, les ergothérapeutes exerçant dans des services médico-sociaux utilisent de façon plus importante l'environnement familial de l'individu alors que les professionnels travaillant en SSR restent majoritairement dans l'institution ou à proximité. De plus, le temps consacré à ces évaluations écologiques est plus important pour les professionnels travaillant en service médico-sociaux.

Il existe également des similitudes dans les réponses notamment concernant le déroulement des évaluations écologiques. Les ergothérapeutes débutent de façon globale par un temps de préparation ou ils énoncent les objectifs, puis vient la mise en

situation et pour terminer un temps de retour. Nous avons pu constater que les ergothérapeutes mettent en place ces évaluations tout au long de la prise en charge

Les freins relevés par les professionnels mettent en avant les difficultés liées au temps de mise en place de ces évaluations et à la reproductibilité des évaluations entre l'institution et le domicile.

De façon globale, les ergothérapeutes perçoivent le potentiel thérapeutique des évaluations écologiques auprès des personnes ayant subi un TC modéré ou sévère. Cependant, la mise en place de ces dernières diffère au sein d'un échantillon d'ergothérapeutes. Le choix et le contexte de ces évaluations ne s'appuient pas sur un modèle ou un protocole commun, précis et validé, ce qui rend leurs résultats non valides scientifiquement.

Afin de finaliser de façon plus complète ce travail d'initiation à la recherche, nous allons effectuer un retour réflexif.

5.3. Analyse réflexive

5.3.1. Critiques de la méthode

A travers une approche quantitative, nous avons pu avoir un aperçu global des pratiques des ergothérapeutes exerçant dans des secteurs différents. Toutefois, 38 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire ce qui n'est pas représentatif du nombre de professionnels travaillant auprès de personnes ayant subi un TC. Ce nombre semble tout de même suffisant pour un travail d'initiation à la démarche recherche. Le manque de temps est un frein majeur dans ce travail, en effet, les questionnaires ont été diffusés pendant environ un mois car il fallait que les résultats soient traités par la suite. De plus, la diffusion des questionnaires s'est effectué par mail, or les adresses mails utilisées ne correspondaient pas toujours aux personnes concernées, sachant qu'il est parfois difficile de trouver les mails directs des ergothérapeutes.

Concernant l'élaboration des questions, comme nous l'avons vu précédemment, l'outil utilisé n'est pas validé. En effet, après avoir effectué l'état des lieux des connaissances actuelles, aucun outil ne permet de répondre à la question de recherche.

Nous avons pu constater que dans les questions ouvertes, où le nombre de réponses était libre, certains thérapeutes détaillaient davantage leurs réponses que

d'autres. Ceci peut générer un biais de mesure, notamment dans les résultats croisés qui différencient les pratiques selon les secteurs d'activités. Un paramétrage plus approfondi du Google form® aurait probablement limité ce biais.

De plus, l'analyse des résultats nous a permis de mettre en avant le fait que certaines propositions (question 24 par exemple) étaient assez restrictives et ne permettaient pas d'approfondir la composante concernant la posture professionnelle que devrait adopter les ergothérapeutes durant les évaluations écologiques. Des questions semblent également manquer par exemple, concernant la durée de prise en charge qui semble différente entre SSR et les services médico-sociaux, ceci aurait permis de faire des analyses croisées plus développées. Aucune étude scientifique n'a été trouvée concernant les durées, des différentes étapes, d'un parcours de soins d'un patient présentant un TC.

Nous avons pu également constater que les groupes constitués selon les secteurs d'activités (SSR, HDJ ou HC, services médico-sociaux) pour les résultats croisés, n'étaient pas homogènes ce qui peut générer un biais de mesure dans les résultats.

Par ailleurs, lors du traitement de résultats, je n'ai pas utilisé d'outil statistique par manque de maîtrise. Ceci ne me permet donc pas de prouver que les résultats sont significatifs.

Un questionnement auprès des personnes ayant eu un traumatisme crânien et ayant réalisé des évaluations écologiques aurait aussi permis de croiser les résultats avec les représentations qu'ont les ergothérapeutes de leurs pratiques et ce que cela génère chez la personne.

5.3.2. Apports professionnels et perspectives

La recherche s'est focalisée sur les pratiques des ergothérapeutes lors des évaluations écologiques auprès des personnes ayant subi un TC modéré ou sévère. Cette étude a pu démontrer que la mise en place de ces évaluations écologiques avait des objectifs très variés et que les pratiques des professionnels divergeaient.

La notion d'écologie reste à définir actuellement. En effet, doit-elle prendre en compte l'environnement dans lequel est réalisée cette évaluation pour parler d'écologie ? Le professionnel doit-il être complètement en retrait ou doit-il adapter son niveau d'aide au soutien que la personne pourrait avoir normalement ? Un cadre de ces évaluations

pourrait être pertinent afin de guider les ergothérapeutes dans leurs pratiques et qu'ils puissent avoir une certaine fiabilité scientifique malgré la faible reproductibilité. En effet, ces évaluations semblent importantes pour les personnes souffrant d'un TC et permettent leurs engagements dans l'accompagnement. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur le peu d'évaluations écologiques mises en place alors qu'elles apparaissent thérapeutiques.

Une recherche interrogeant le déroulement complet de la prise en charge en ergothérapie d'une personne ayant subi un TC pourrait être pertinente afin de percevoir comment ces évaluations pourraient être mises en place en tenant compte de la contrainte principale qu'est le temps. Un protocole pourrait par la suite être élaboré et permettrait de prendre en charge les personnes ayant eu un TC de façon plus optimale dans des tâches signifiantes et représentatives des besoins exprimés par la personne ou par l'entourage. Par ailleurs, il serait pertinent de mener une étude auprès des personnes ayant subi un TC afin d'avoir leurs ressentis concernant ces évaluations et de le mettre en lien avec les représentations que les professionnels ont de leurs pratiques.

Lors des journées nationales de l'ergothérapie de 2018, une ergothérapeute, cadre de rééducation a présenté une approche différente. En effet, le service d'ergothérapie a été transformé en grand appartement thérapeutique et les professionnels travaillent uniquement à travers des mises en situation écologiques en ayant pour obligation de se rendre sur l'extérieur toutes les semaines. L'activité ici n'est donc plus seulement un moyen thérapeutique mais un objectif d'accompagnement. Le plateau technique selon Isabelle Marchalot (2018)

« Permet à chacun, accompagné d'un ergothérapeute, d'évaluer ou de développer ses habiletés, de s'expérimenter en situation, de rechercher un équilibre dans ses occupations, de tester des dispositifs techniques de compensation en situation réelle, tout ceci en lien avec son état de santé »

Ceci permettrait donc d'accentuer la pratique centrée sur la personne en changeant d'approche ré éducative. En effet, l'expérimentation semble être le meilleur moyen pour la prise de conscience de ses compétences. Cette méthode serait intéressante à tester auprès de personnes présentant un TC et permettrait une avancée de l'ergothérapie.

Pour ce qui est de la démarche d'évaluation le « Cognitive Functional Evaluation (CFE) process » élaboré par Hartmann-Maier, Baum & Katz en 2009 s'intéresse à cela. Ce processus a pour objectif de clarifier la démarche d'évaluation des ergothérapeutes ayant une vision globale de la personne en visant le maintien ou l'amélioration de la performance occupationnelle. Cet outil propose une démarche comprenant 6 étapes. Ce guide fait appel aux tests dit psychométriques dans un premier temps et dans un second temps aux évaluations écologiques. Il pourrait permettre en l'adaptant aux personnes ayant subi un TC de structurer l'accompagnement proposé par les professionnels et de rendre la pratique plus fiable et reproductible scientifiquement. En effet, une organisation dans l'évaluation permettrait aux thérapeutes de probablement gagner du temps pour en consacrer d'avantage aux évaluations écologiques. Ce support propose différentes évaluations possible selon le temps de l'évaluation. Toutefois, les évaluations proposées seront probablement moins significatives qu'une évaluation propre à un individu. Cet outil semble également à exploiter pour permettre une harmonisation et une reconnaissance scientifique des pratiques.

L'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) est un système d'évaluation qui se base sur le MCREO. Contrairement au CFE, il allie l'activité significative et la notion de validité scientifique. En effet, l'AMPS consiste à évaluer une personne qui formule une demande d'aide pour 2 tâches dans les activités de la vie quotidienne parmi 125 tâches standardisées. Des options sont laissées libres ce qui permet de se rapprocher au maximum des habitudes de vie de la personne. La cotation se fait selon deux grilles qui s'appuient sur les 36 habiletés occupationnelles et la qualité globale de la performance. Le score obtenu par la suite est comparé à un échantillon de personnes dit « en bonne santé » et permet d'avoir une référence scientifique fiable et validée pour l'évaluation. Toutefois, cette évaluation des habiletés ne s'applique pas aux environnements de travail ou de loisirs mais elle s'applique à tous les domaines d'interventions des ergothérapeutes. Cet outil semble donc intéressant pour ajouter une valeur scientifique à l'exercice de l'ergothérapie et pourrait probablement se développer dans le futur et répondre à davantage d'activités. (Saget & Montardon, 2018)

5.3.3. Apports personnels

Ce travail m'a permis de développer mes connaissances concernant l'accompagnement des personnes présentant une lésion cérébrale et plus particulièrement un TC. J'ai également pu approfondir mon savoir à propos des évaluations écologiques et notamment des bilans validés.

J'ai pu rattacher ces notions pratiques rencontrées lors de mes différents stages à des concepts théoriques ce qui a guidé mon cheminement et m'a permis de développer mon identité professionnelle en répondant à des questionnements. Ceci m'a également montré l'importance de toujours rapprocher la théorie à la pratique.

Par ailleurs, grâce à l'initiation à la démarche de recherche j'ai développé mes capacités d'analyse, de rigueur et surtout de synthèse. J'ai appris à croiser des données scientifiques pour appuyer mon travail sur des données probantes. Je me suis également confrontée à la difficulté d'élaborer un questionnaire pertinent, en lien avec une matrice, qui permet de répondre à la question de recherche. Toutefois, l'utilisation de logiciel d'analyse statistique aurait pu donner une valeur scientifique à mes résultats. Ce travail reste donc un travail d'initiation à la démarche de recherche et ne relève malheureusement pas de données significatives.

Cette démarche de recherche permet une reconnaissance de nos pratiques professionnelles et demeure primordiale. Je pense qu'il est important que les ergothérapeutes fassent des démarches de recherche pour développer et promouvoir notre profession.

Conclusion

Le traumatisme crânien est une source de déficiences majeures qui touche une population plutôt jeune. L'accompagnement proposé à ces personnes doit être adapté et complet. L'ergothérapeute doit contribuer à l'engagement de la personne dans le processus de soin en proposant des activités (supports clés de l'ergothérapeute) significatives pour la personne mais aussi en ayant pour objectif de rendre la personne la plus autonome dans la réalisation de ses activités.

L'ergothérapeute met en place des activités de réadaptation, et plus précisément des mises en situation écologiques qui permettent à la personne de comprendre et de s'engager dans le processus d'accompagnement. En effet, la confrontation à la réalité semble être une technique permettant de se représenter plus facilement ses capacités et ses incapacités. Les évaluations permettent de définir les objectifs et de voir l'évolution de la personne dans sa prise en charge. Toutefois, les objectifs de ces évaluations écologiques et la mise en place de ces dernières sont variables et dépendent des professionnels et de leurs lieux d'exercice.

A travers cette étude, nous avons pu nous rendre compte des difficultés pour mettre en place des évaluations écologiques significatives et pertinentes.

Un élément primordial ressort de ce travail d'initiation à la recherche, la nécessité d'interroger et d'avoir le ressenti du patient concernant ces évaluations écologiques afin de pouvoir croiser ceci aux représentations qu'ont les ergothérapeutes de leurs pratiques. Ceci permettrait de redéfinir le cadre de ses évaluations et dans un second temps ceci pourrait permettre d'utiliser des outils scientifiques et, de donner à notre profession une valeur scientifique concernant les systèmes d'évaluations.

Glossaire

- ACP : Approche centrée sur la personne
- AIVQ : Activités instrumentales de la vie quotidienne
- AVQ : Activités de la vie quotidienne
- AVQD : Activités de la vie quotidienne de bases
- EF2E : Evaluation des fonctions exécutives en ergothérapie
- HC : Hospitalisation complète
- HDJ : Hospitalisation de jour
- SSR : Service de soins de suite et de réadaptation
- MCREO : Modèle Canadien du rendement et de l'engagement occupationnel
- TC : Traumatisme crânien
- TEM : Test des errances multiples

Bibliographie

- ANFE. (2016, March). La profession. Retrieved May 14, 2017, from <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Azouvi, P., Vallat-Azouvi, C., & Aubin, G. (2015). *Traumatismes crânio-cérébraux* (De boeck Solal).
- Baguena, N., Thomas-Antérion, C., Sciessere, K., Truche, A., Extier, C., Guyot, E., & Paris, N. (2006). Apport de l'évaluation de la cognition dans une tâche de vie quotidienne chez des patients cérébrolésés : génération et exécution d'un script de cuisine. <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/data/revues/01686054/00490005/0600064X/>, 45(5), 234–241.
- Benaïm, C., & Benatru, I. (2009). Le traumatisé crânien : pronostic, 13(11), 359–365.
- Bourdillon, F., Mazevet, D., Pires, C., Morin, C., Ségouin, S., Rufat, P., & Pradat-Diehl, P. (2008). Caractéristiques médicales et sociales et trajectoires de soins des patients cérébro-lésés hospitalisés, Summary. *Santé Publique*, 20(2), 125–139.
- Bozarth, J. (2011). La thérapie centrée sur le client et les techniques. *Approche Centrée Sur La Personne. Pratique et Recherche*, (14), 77–87.
- Carlino, B. (2011). Evaluation écologique des fonctions cognitives par mise en situation dans la vie réelle. Retrieved from https://www.docvadis.fr/files/all/KgSwlw26AclZfd0gnL9Fag/journ_e_respec_cl_evaluation_ecologique_en_ergotherapie_.pdf
- Chazal, J. (2012, March). *Colloque institutionnel de La lésion cérébrale*.
- Chevignard, M., Taillefer, C., Picq, C., & Pradat-Diehl, P. (2008). Évaluation écologique des fonctions exécutives chez un patient traumatisé crânien. <http://www.em->

premium.com.sicd.clermont-

universite.fr/data/revues/01686054/00510002/07002541/. Retrieved from

http://www.em-premium.com.sicd.clermont-

universite.fr/article/95423/resultatrecherche/9

Coste, C., Noquet, S., & Hennebelle, D. (2013). Intérêt de l'apport de l'évaluation écologique en complément des tests papier crayon : illustration chez deux patientes atteintes de paralysie cérébrale (PC). *http://www.em-*

premium.com.sicd.clermont-

universite.fr/data/revues/18770657/v56sS1/S1877065713008956/. Retrieved

from *http://www.em-premium.com.sicd.clermont-*

universite.fr/article/833726/resultatrecherche/11

CRLC. (2017, May 13). La lésion cérébrale acquise | Centre Ressources pour Lésés Cérébraux. Retrieved May 13, 2017, from *http://www.crlc-fsef.org/mieux-connaître-le-handicap/la-lesion-cerebrale-acquise/*

Devos, L., Taillefer, C., & Poncet, F. (2014). Guide à la pratique de l'évaluation de la situation de handicap des personnes cérébrolésées. Retrieved from

http://www.crftc.org/images/paac/Guide_a_la_pratique_de_l_evaluation_de_la_situation_de_handicap_des_personnes_cerebroleseees.pdf

Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P., & Kuipers, P. (2011). Comparing the experience of outpatient therapy in home and day hospital settings after traumatic brain injury: patient, significant other and therapist perspectives, *33*, 1203–1214.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St Michel, G. (1998). *Processus de Production du Handicap: Classification Québécoise*.

- Fricke, J. (1993). Measuring outcomes in rehabilitation. *Les Activités de La Vie Quotidienne*, 56(6), 217–221.
- Gagneux, M. (2010, juin). Le patient prend sa santé en mains | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé. Retrieved May 14, 2017, from <http://esante.gouv.fr/actus/ethique/le-patient-prend-sa-sante-en-mains>
- Guihard, J.-P. (2007). L'évaluation en ergothérapie. Retrieved April 5, 2018, from <http://jp.guihard.pagesperso-orange.fr/articles/evaluation/evaluation.html>
- HAS. (2004). Haute Autorité de Santé - Sortie du monde hospitalier et le retour au domicile d'une personne adulte handicapée sur le plan moteur ou neuropsychologique. Retrieved May 14, 2017, from http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272386/fr/sortie-du-monde-hospitalier-et-le-retour-au-domicile-d-une-personne-adulte-handicapee-sur-le-plan-moteur-ou-neuropsychologique?xtmc=&xtcr=3
- Haudiquet, X. (2013). Le regard positif inconditionnel : comment y parvent ? *Approche Centrée Sur La Personne. Pratique et Recherche*, (13), 65–78.
- Headway. (2017). Effects of brain injury | Headway. Retrieved May 14, 2017, from <https://www.headway.org.uk/about-brain-injury/individuals/effects-of-brain-injury/>
- Isabelle Marchalot. (2018). Concevoir un environnement ergothérapique facilitant l'engagement dans l'occupation. In *Engagement, occupation et santé* (ANFE, pp. 255–265).
- Lago, C. (2016). L'approche centrée sur la personne : origines, développements et applications contemporaines, (22), 74–90.

- Larousse. (n.d.). Définitions : évaluation. Retrieved December 14, 2017, from <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9valuation/31794>
- Maas, A. I. R., Stocchetti, N., & Bullock, R. (2008). Moderate and severe traumatic brain injury in adults. *The Lancet. Neurology*, 7(8), 728–741.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70164-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70164-9)
- Martin, S. (2017). caractéristiques de l’approche centrée sur la personne par Carl Rogers. Retrieved November 21, 2017, from <http://www.acp-pr.org/caracteristiques.html>
- Massiot, M., Aboiron, H., Selleron, B., Vaillant, J., Wils, J., & Stévenin, P. (2005). Évaluation et rééducation. <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/data/traites/ki/26-39530/>. Retrieved from <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/31008/resultatrecherche/1>
- Morel-Bracq, M.-C. (2015). *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux* (De boeck solal).
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008). L’activité: L’outil privilégié de l’ergothérapie. Retrieved from http://www.oeq.org/userfiles/Files/Publications/Chroniques/Activite_outil_privilegie.pdf
- Orsonneau, C. (2009). Potentiel thérapeutique d’activités signifiantes et significatives et réalité virtuelle, (Hors série).
- Perrin, T. (2005). The role of the occupational therapist. *Psychiatry*, 4(2), 93–94.
<https://doi.org/10.1383/psyt.4.2.93.59100>
- Pörtner, M. (2006). L’approche centrée sur la personne dans le travail avec des personnes ayant des besoins spécifiques, (6), 5–25.

- Pörtner, M. (2016). L'approche centrée sur la personne dans les soins quotidiens, (22), 30–37.
- Saget, F., & Montardon, S. (2018). L'assessment of Motor and Process Skills (AMPS): présentation, actualités et mise en place en France. Illustration par une étude de cas. In *Engagement, Occupation et Santé* (ANFE, pp. 99–117).
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2013). Functional profile of mental health consumers assessed by occupational therapists: Level of independence and associations with functional cognition. *Psychiatry Research*, 208(1), 29–32.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.032>
- Sève-Ferrieu, N. (2008). Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/data/traites/ki/26-43675/>. Retrieved from <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/188835/resultatrecherche/4>
- Stocker, K., Heinz, A., Baran, R., & Sato, N. (2012). Environmental Contexts: Considerations for Therapy. *Pacific University CommonKnowledge*. Retrieved from <https://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1001&context=theory>
- Temar-Brodley, B., Stora, N., & Ducroux-Biass, F. (2013). La congruence et sa relation à la communication en thérapie centrée sur le client, (17), 28–64.
- Thiec, F., Jokie, C., Enot-Joyeux, F., Durand, M., Lechevalier, B., & Eustache, F. (1999). Evaluation écologique des fonctions exécutives chez les traumatisés graves: pour une meilleure approche du handicap, (42), 1–18.

Wojcik, M., & Dotte, S. (n.d.). Evaluation diagnostique, formative et sommative. Retrieved December 14, 2017, from <https://www4.ac-nancy-metz.fr/svt/evaluation/divers/index.php?idp=177>

Annexes

ANNEXE I : Score de Glasgow

ANNEXE II : Schéma du potentiel thérapeutique

ANNEXE III : Schéma du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement
Occupationnels

ANNEXE IV : La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

ANNEXE V : Matrice du questionnaire

ANNEXE VI : Questionnaire

ANNEXE VII : Réponses au questionnaire

ANNEXE VIII : Tableau récapitulatif du croisement des questions 5 et 16

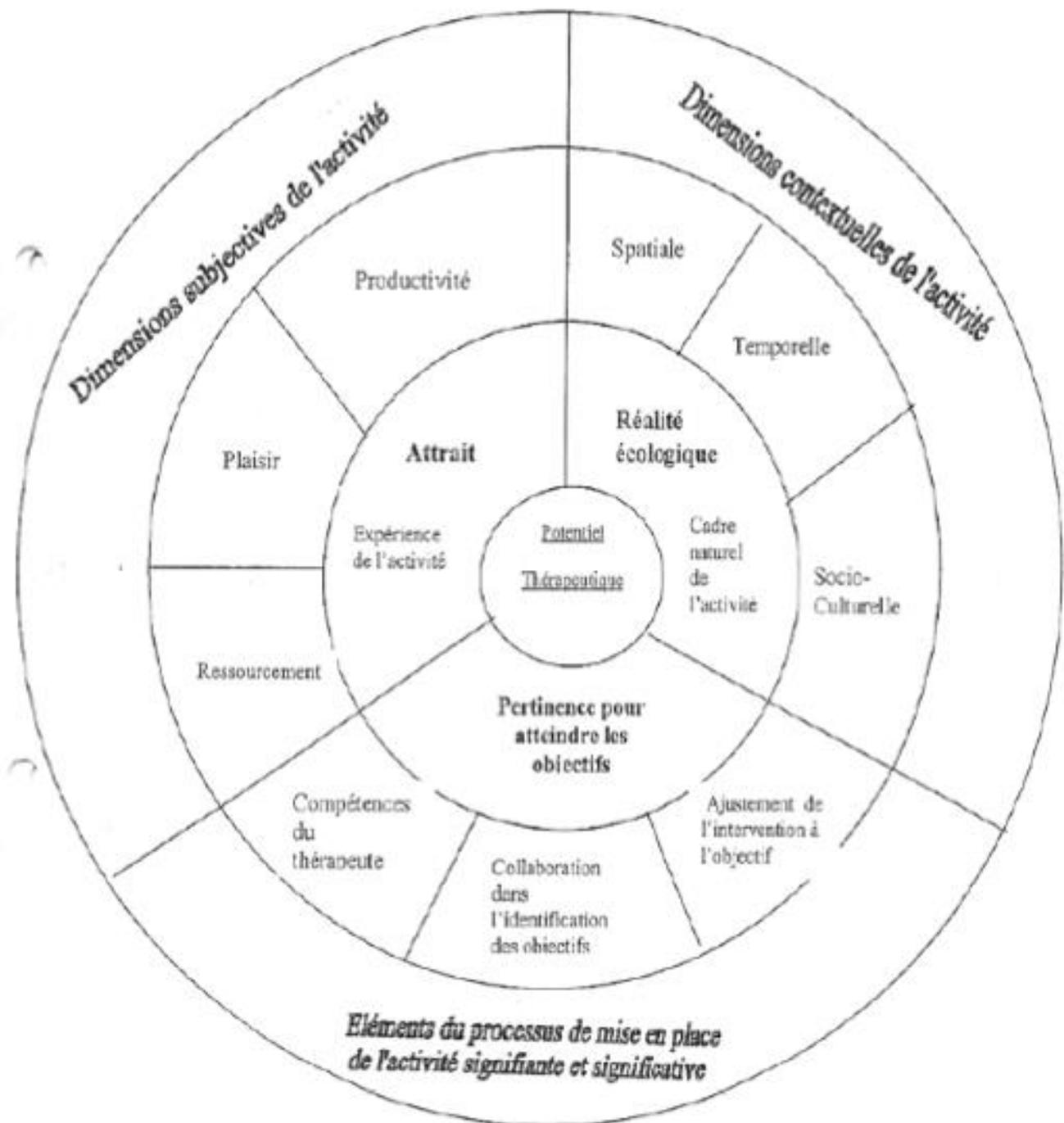
ANNEXE I : Score de Glasgow

Glasgow Coma Scale (GCS)

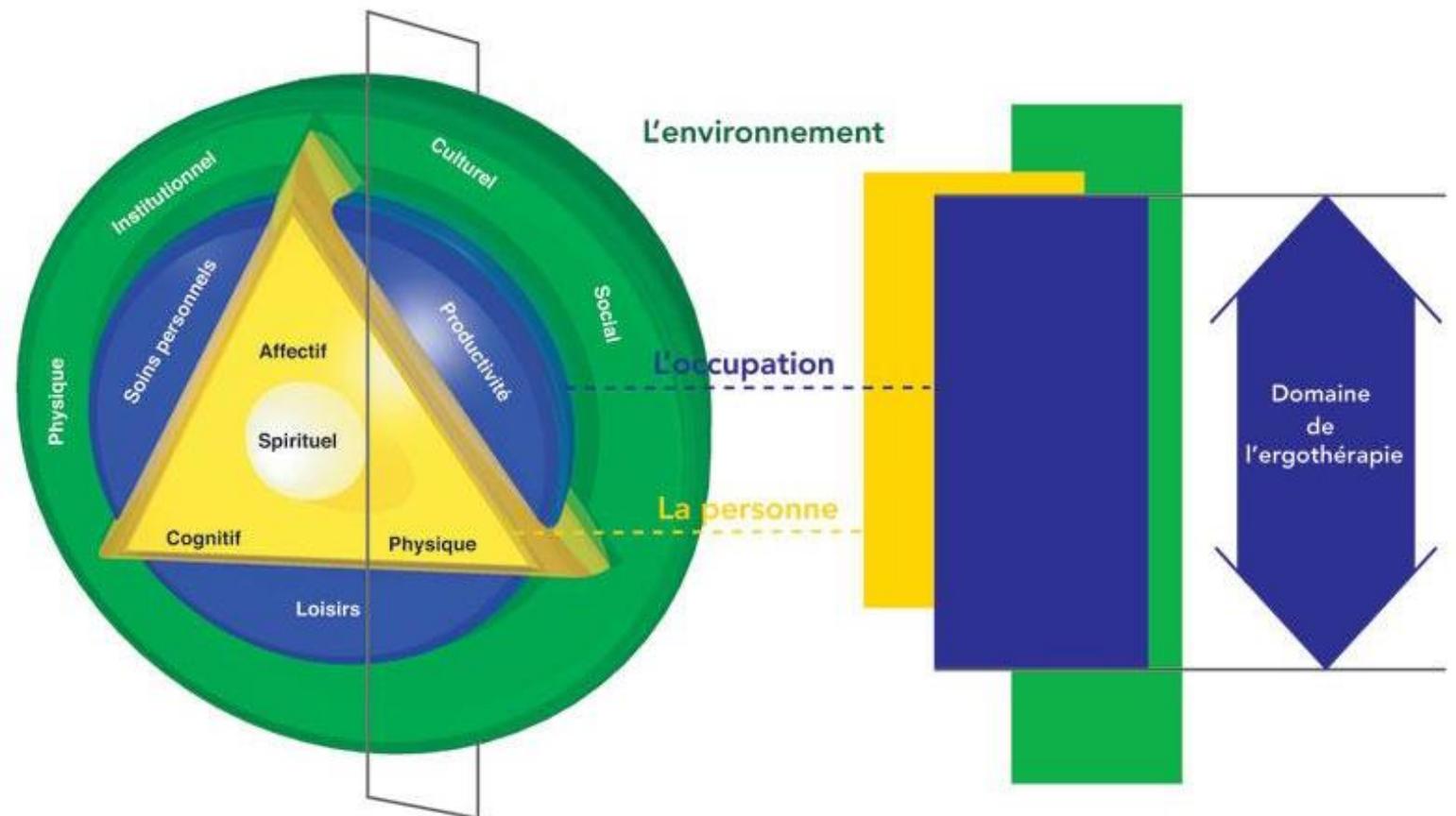
Cette échelle est validée chez les patients comateux ou au début de leur phase d'éveil. Elle est discutable dans des états pauci relationnels ou végétatifs très prolongés. Une cotation est attribuée à la meilleure des réponses. La somme de ces cotations définit un score qui varie de 3 à 15 : E + V +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

ANNEXE II : Schéma du potentiel thérapeutique



ANNEXE III : Schéma du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement
Occupationnels



ANNEXE IV : La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

COTATION

RENDEMENT (Comment cotiez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?)

1 = Incapable d'effectuer l'activité ← 10 = Capable d'effectuer parfaitement l'activité

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

1^{er} TEMPS (évaluation initiale) : _____ 2^e TEMPS (réévaluation) : _____

Difficultés quant au rendement occupationnel	Impact	Rendement T ₁	Satisfaction T ₁	Rendement T ₂	Satisfaction T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
COTE TOTALE		Cote totale Rendement T ₁	Cote totale Satisfaction T ₁	Cote totale Rendement T ₂	Cote totale Satisfaction T ₂
COTE MOYENNE (Total des cotes / nombre de difficultés)		Cote totale rendement T ₁	Cote totale satisfaction T ₁	Cote totale rendement T ₂	Cote totale satisfaction T ₂
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T₂ - T₁)		Changement dans le rendement		Changement dans la satisfaction	

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Évaluation initiale

Réévaluation

MCRO

La mesure canadienne du rendement occupationnel

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

La MCRO permet de :

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du client: _____

Date de naissance du client: ____/____/____

Évaluation initiale: ____/____/____

Réévaluation: ____/____/____

Nom du thérapeute: _____



La mesure canadienne du rendement occupationnel

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

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

LES SOINS PERSONNELS

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

L'hygiène personnelle

La mobilité fonctionnelle

La vie communautaire

LA PRODUCTIVITÉ

Elle inclut les occupations visant à la préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.

L'IMPORTEANCE

Le travail rémunéré ou non

La gestion du foyer

Le travail scolaire et le jeu

LES LOISIRS

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives passives, les loisirs actifs et la vie sociale.

L'IMPORTEANCE

Les activités récréatives passives

Les loisirs actifs

La vie sociale

ANNEXE V : Matrice du questionnaire

Modèle ou concept	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (1940)	Congruence	Etat entier du thérapeute qui ressent au niveau viscéral et sensoriel	Thérapeute ressent des émotions Thérapeute a son propre vécu	Q24
		Transparence	Thérapeute exprime ses émotions si nécessaire et les justifie Verbalisation Limitation des interprétations du thérapeute ou de la personne sur la communication verbale ou non verbale	Q23 Q24
	Regard positif inconditionnel	Compréhension de la personne	Volonté d'entrer dans le monde de la personne Intention du thérapeute à comprendre la personne, son ressenti, ses habitudes de vie et ses schémas de fonctionnement Ecoute active Echange durant les différents temps de l'évaluation écologique	Q11 Q12 Q13 Q22
			Non jugement	Ecoute positive Compréhension de la différence Acceptation de la différence durant l'ensemble de l'accompagnement
	Compréhension Empathique	Ecoute sensible et active	Nécessité de la part du thérapeute de vouloir comprendre (le traumatisme, le projet de vie de la personne,...)	Q22
		Vérification de la bonne compréhension	Utilisation de techniques de reformulation Réitération des explications de l'évaluation écologique Clarification des incompréhensions	

Modèle ou concept	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Le potentiel thérapeutique de l'activité de Doris Pierce (2003)	Dimension subjective	Plaisir	Choix de l'évaluation en rapport avec des activités signifiantes pour la personne Implication, engagement	Q8 Q18 Q26
		Notion de productivité	Résultat de l'évaluation écologique Reflète des capacités, du rendement Transfert d'éléments acquis en milieu écologique	Q13 Q18
		Ressourcement	Notion d'énergie exprimée par la personne à travers l'évaluation écologique Augmentation de l'implication et de la participation	Q18 Q29
	Dimension contextuelle	Spatial	Le choix et le lieu de l'évaluation écologique L'expérience vécue de la personne dans l'environnement choisi	Q15 Q16
		Temporelle	Le moment de l'évaluation écologique dans l'accompagnement Le renouvellement éventuel de cette évaluation écologique Le temps de l'évaluation (explication, évaluation, retour)	Q21 Q22 Q28
		Socio-culturel	Prise en compte des habitudes de vie liées aux origines et aux croyances des personnes	Q19 Q20 Q22
		Pertinence : Processus de mise en place de l'activité par le thérapeute	Objectifs	Fixation d'objectifs en collaboration avec la personne (selon son projet de vie et ses habitudes) Adaptation Définition des capacités, des attentes, des difficultés à mettre en avant

		Relation thérapeutique	Ecoute attentive Confiance et collaboration Engagement réciproque Accompagnement de la personne dans le processus d'évaluation	Q8 Q22 Q24 Q27
		Compétences de l'ergothérapeute	Analyse de l'activité centrée sur la personne et choix d'une évaluation pertinente Capacité d'évaluation de la personne Connaissance du traumatisme de crânien Compréhension et écoute des activités significatives de la personne	Q10 Q12 Q24 Q27 Q30

Modèle ou concept	Critères	Indicateurs	Indices	Questions	
MCREO Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (1997)	Personne	Dimension Physique	Capacités motrices et sensorielles utilisées dans les évaluations écologiques affectées par le traumatisme crânien	Q22 Q29	
		Dimension Cognitive	Comportements adaptés Capacités à utiliser les fonctions exécutives pour réaliser les activités quotidiennes Capacité d'auto-ajustement Compréhension des consignes et du cadre des évaluations écologiques Capacité à demander de l'aide Identifier ses ressources et ses difficultés. Vérifier ses actions.	Q22 Q29	
		Dimension Affective	Gestion des émotions, des peurs, du besoin de sécurité, du regard d'autrui, des représentations des évaluations (prise en compte du cadre). Vécu du traumatisme crânien Impact du traumatisme crânien dans sa relation à soi-même ou à autrui	Q22 Q29	
	L'activité	Soins personnels	Capacité de la personne de réaliser des AVQ dans un contexte d'évaluation	Q13 Q14	
		Productivité	Capacité à réaliser des activités qui produisent un résultat Capacité à ajuster les actions pour réaliser l'évaluation écologique	Q13 Q14	
		Loisirs	Choix d'activités permettant d'éprouver du plaisir (signifiantes) Besoin éprouvé par la personne de renouveler l'activité proposée en évaluation	Q13 Q14	
	L'environnement	Social	Capacité à établir une relation avec le thérapeute ou des personnes extérieures selon les évaluations	Q19 Q20	
		Culturel	Signification du traumatisme crânien dans la culture Représentation des évaluations écologiques pour la personne	Q22	
			Institutionnel	Type de structure proposant l'évaluation écologique : centre de rééducation, service à domicile	Q5

		Physique	Capacité à gérer les éléments obstacles ou facilitateurs (lieu connu, lieu inconnu). Réponses aux différents stimuli. Gérer les contraintes temporelles ou spatiales liés aux évaluations.	Q15 Q16
--	--	----------	--	------------

ANNEXE VI : Le questionnaire

Questionnaire pour mémoire de recherche en ergothérapie

Bonjour,

Ce questionnaire est un outil pour mon travail d'initiation à la recherche en ergothérapie. En effet, mon mémoire porte sur les personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère et les évaluations écologiques.

Toutes vos réponses sont anonymes

Veuillez répondre le plus sincèrement à toutes les questions, en respectant les consignes.

Je vous remercie par avance du temps accordé à l'aboutissement de mon travail

^Obligatoire

1. Etes-vous ergothérapeute ? *

Si vous répondez négativement à cette question vous pouvez arrêter le questionnaire
Une seule réponse possible.

Oui

Non

Après avoir répondu à la dernière question de cette section, cessez de remplir ce formulaire.

2. Avez-vous déjà travaillé avec des adultes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère ? *

Si vous répondez négativement à cette question vous pouvez arrêter le questionnaire
Une seule réponse possible.

Oui

Non

3. Si oui, combien de temps en moyenne avez-vous accompagné des personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère ?

Une seule réponse possible.

Moins de 1 an

1 à 5 ans

Plus de 5 ans

4. Avez-vous déjà mis en place des évaluations écologiques (évaluations d'activités de la vie quotidienne dans un environnement réel) avec des adultes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère ? *

Si vous répondez négativement à cette question vous pouvez arrêter le questionnaire
Une seule réponse possible.

Oui

Non

5. Dans quel secteur avez-vous mis en place ces évaluations ?

Une seule réponse possible.

Soins de suite et de réadaptation (Hospitalisation complète)

Soins de suite et de réadaptation (Hospitalisation de jour)

Autres services (équipe mobile, réseau, SAVS, SAMSAH, UEROS...)

Autre : _____

6. Sur la durée totale d'un accompagnement, combien de pourcentage de temps de travail accordez-vous aux évaluations écologiques ? *

Une seule réponse possible.

- 0 à 25% du temps d'accompagnement
- 25 à 50% du temps d'accompagnement
- 50 à 75% du temps d'accompagnement
- 75 à 100% du temps d'accompagnement

7. Dans quels buts sont proposées les évaluations écologiques ? (5 lignes maximums) *

8. Comment effectuez-vous le choix de l'évaluation ? (2 réponses maximums) *

Plusieurs réponses possibles.

- Seul, selon vos objectifs d'accompagnement
- En vous référant aux souhaits de la personne
- En négociant entre le thérapeute et la personne au cours d'un échange
- En suivant la demande du médecin et de l'équipe de soins
- En écoutant les demandes de l'entourage

9. Selon vous, les évaluations écologiques permettent au thérapeute de: (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Préparer le retour à domicile
- Observer ou évaluer l'autonomie d'un patient dans un environnement fictif ou réel
- Croiser les données analytiques à des données écologiques
- Vérifier le transfert des acquis dans des situations de vie quotidienne
- Finaliser un accompagnement
- Appréhender les moyens de compensation mis en place ou non par la personne
- Anticiper un éventuel besoin en aide humaine ou technique
- Autre : _____

10. Les évaluations écologiques utilisées sont : *

Une seule réponse possible.

- Validées
- Non validées
- Validées et non validées

16. Dans quels environnements sont réalisées les évaluations écologiques ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Domicile du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuisine thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appartement thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supermarché à proximité de l'institution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supermarché à proximité du domicile de la personne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centre-ville de la ville de proximité de l'institution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centre ville de la ville de proximité du domicile de la personne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au sein de la chambre, salle de bain de l'institution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Bis- Si vous effectuez les évaluations dans des environnements différents de ceux cités à la question 16, veuillez les renseigner et indiquer la fréquence

18. Selon vous, l'environnement peut-il impacter: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'expérience vécue par la personne dans la mise en situation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le compréhension des objectifs d'accompagnement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sens que la personne donne à l'activité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gestion des moyens de compensation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Vous arrive t-il de tenir compte de l'entourage de la personne pour préparer et réaliser l'évaluation ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

20. De quelle façon prenez-vous en compte l'entourage de la personne lors de ces évaluations ?

21. A quels moments ces évaluations ont lieu dans l'accompagnement ? *

Une seule réponse possible.

- En début d'accompagnement
- En début et milieu d'accompagnement
- En début et fin d'accompagnement
- En début, milieu et fin d'accompagnement
- En milieu et fin d'accompagnement
- En fin d'accompagnement

22. Afin de préparer ces évaluations écologiques vous: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Consecrez du temps à la préparation de l'évaluation avec la personne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez en compte le contexte culturel et les habitudes de vie de la personne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez en compte les capacités physiques, sensorielles et cognitives de la personne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez en compte les représentations concernant le terme "évaluations" et ce qu'elle peut générer chez un individu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Énoncez-vous les objectifs de l'évaluation en amont ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

24. Votre posture durant l'évaluation: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Vous observez les composantes évaluées uniquement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous aidez la personne si elle le demande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous aidez la personne après l'avoir laissé réfléchir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous vous référez au protocole de passation sans y déroger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous incitez la personne à modifier ou changer de stratégie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous filmez l'évaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les mêmes évaluations sont répétées à plusieurs reprises	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Bis- Veuillez préciser la fréquence et votre posture si elle est différente des propositions de la question 23

26. Pensez vous que ces évaluations écologiques facilitent l'engagement de la personne dans le processus d'accompagnement ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

27. Comment est fait le retour sur l'évaluation avec la personne ? (3 réponses maximum) *

Plusieurs réponses possibles.

- Par questionnaire que la personne remplit en autonomie
 Par échange entre la personne et vous
 Lors d'une réunion avec l'équipe de soins, la personne et ses aidants
 Par retour d'un compte-rendu rédigé par l'évaluateur
 Par visionnage et commentaires de la vidéo
 Autre : _____

28. Le retour sur l'évaluation a lieu: (2 réponses maximum) *

Plusieurs réponses possibles.

- Immédiatement
 Le lendemain
 Lors de la prochaine séance
 Lorsque la personne en parle à nouveau

29. **Au cours de votre pratique avec des personnes ayant subi un traumatisme crânien, pensez vous que ces évaluations favorisent: ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
La connaissance de la personne de ses capacités motrices et sensorielles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La connaissance de la personne de ses capacités cognitives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une évolution concernant l'image et le vécu du traumatisme crânien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une prise de conscience des différentes situations pouvant représenter un handicap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un ressourcement psychique de la personne (la personne se sent capable de réaliser une activité, ce qui est valorisant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation et l'automatisation des moyens de compensation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. **Quels sont les freins à la mise en place de ces évaluations écologiques ? (Plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Le manque de temps
- Le manque de moyens humains
- Le manque de moyens financiers
- Le manque de pertinence de ces évaluations
- Le manque d'évaluations validées
- Le manque de fiabilité
- Le manque de reproductibilité entre le centre et le domicile
- Le manque de formations
- Autre : _____

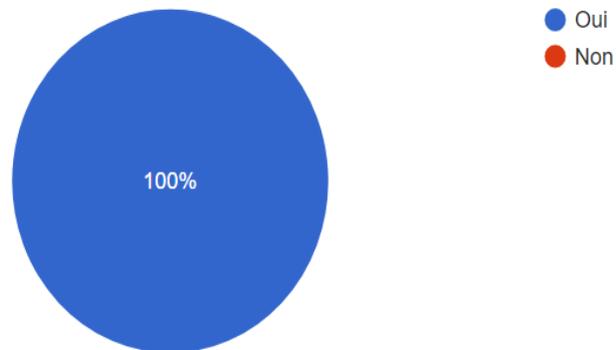
31. **Je vous remercie du temps consacré à mon questionnaire. Si vous le souhaitez je peux vous transmettre les résultats ? Si oui, précisez votre Adresse mail dans autre**

Plusieurs réponses possibles.

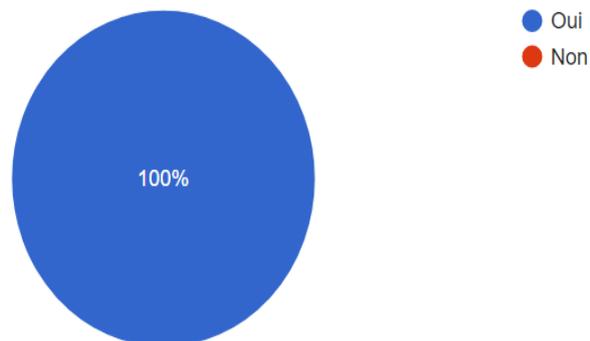
- Oui
 - Non
 - Autre : _____
-

ANNEXE VII : Résultats du questionnaire

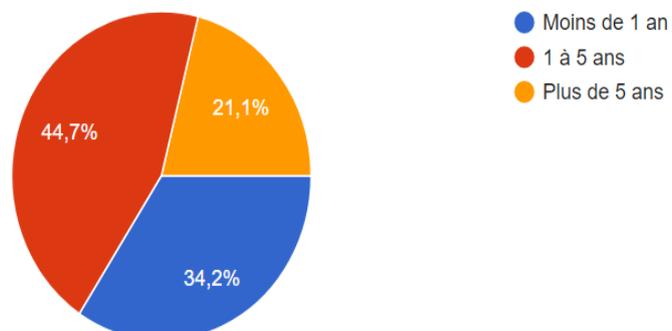
- Question 1 : Etes-vous ergothérapeutes



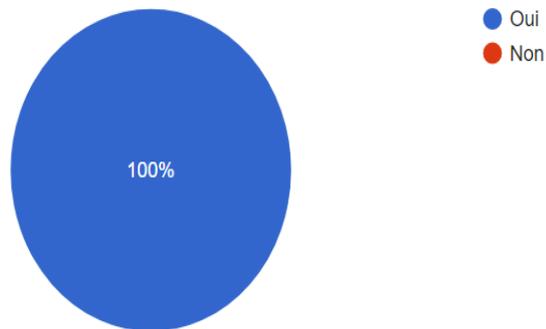
- Question 2 : Avez-vous déjà travaillé avec des adultes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère ?



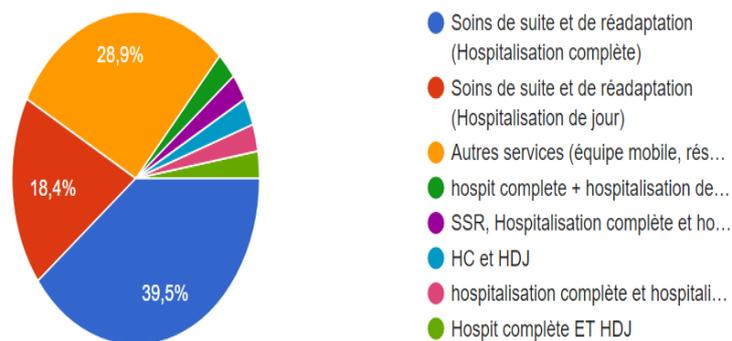
- Question 3 : Si oui, combien de temps en moyenne avez-vous accompagné des personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère ?



- Question 4 : Avez-vous déjà mis en place des évaluations écologiques (évaluations de la vie quotidienne dans un environnement réel) avec des adultes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère ?

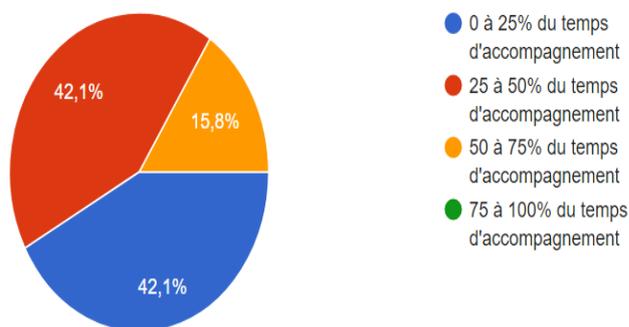


- Question 5 : Dans quel secteur avez-vous mis en place ces évaluations ?



SSR HC	15 réponses
SSR HDJ	7 réponses
Services médicosociaux	11 réponses
Autres	5 réponses

- Question 6 : Sur la durée totale d'un accompagnement, combien de pourcentage de temps de travail accordez-vous aux évaluations écologiques ?



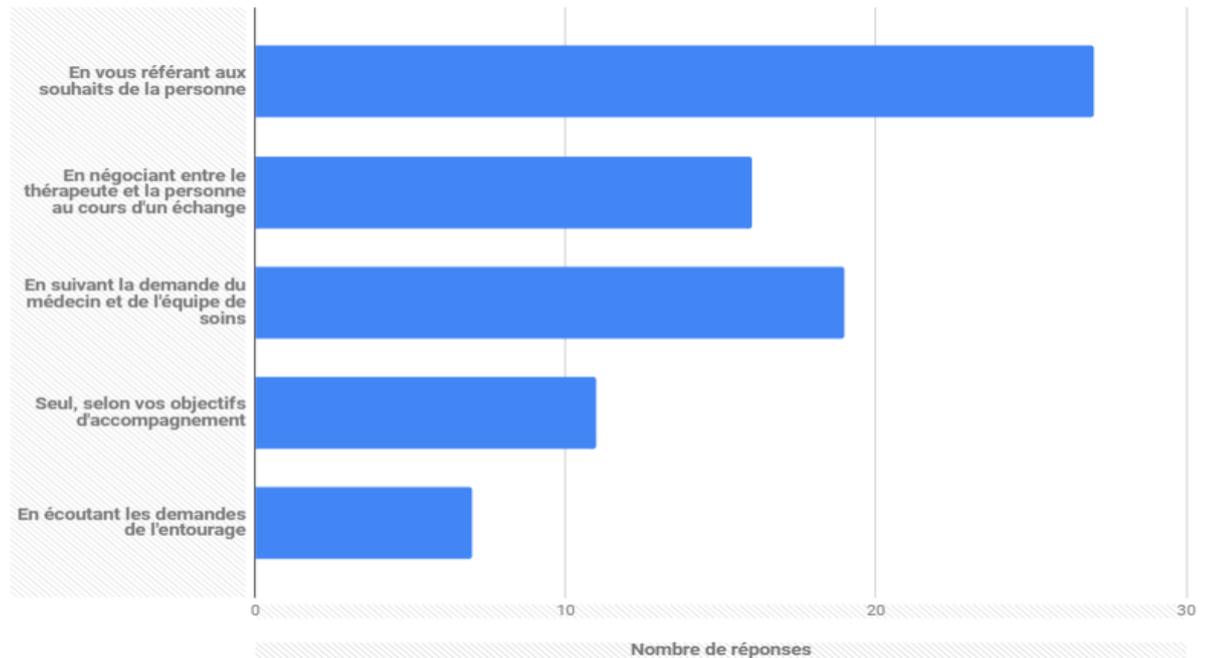
- Question 7 : Dans quels buts sont proposées les évaluations écologiques ?

Evaluation des capacités à vivre seul ou ne pas se mettre en danger
Vérifiez les aptitudes de la personnes, les mises en situation de danger, la nécessité de mettre en place des aides humaine et/technique, montrer à la personne l'évolution de ses capacités entre 2 évaluations...
Evaluer les capacités et incapacités(physiques, cognitives, sensorielles) du patient en situation écologique, confronter le patient à des situations de la vie quotidienne, permettre de réajuster les objectifs de prise en charge,
Évaluations de l'avancement de la réadaptation
Dans le but de pouvoir trouver au moins 1 chose qui facilitera son quotidien. Qu'il soit un minimum acteur de sa vie
Cibler les difficultés du patient Favoriser la prise de conscience Fixer des objectifs rééducation Développer des compensations Communiquer avec équipe pluri pro
Afin de déterminer les capacités/incapacités du patient à réaliser l'activité choisi et selon quelles modalités (le patient est-il autonome/indépendant? A-t-il besoin d'aides techniques, d'aides mnésiques/cognitives, d'aménagement, d'adaptations? Un ré-apprentissage est-il envisageable? Y-a-t-il besoin d'une aide humaine et dans quelle propension? ect)
Evaluer les capacités d'autonomie et d'indépendance de la personne, souvent en vue d'un retour à domicile
Pour évaluer une reprise du travail, pour le repérage à l'extérieur ou pour confronter l'usager à ses difficultés en cas de non conscience des troubles
Personnaliser l'accompagnement au domicile et élaborer un cahier des charges des besoins de la personnes adapté à ses capacités et souhaits, tout en tenant compte de son projet de vie, de ses habitudes de vie, et de son environnement architectural, technique et humain et de le réajuster en fonction de l'évolution de ses capacités. L'essai en conditions réelles de vie quotidienne des aides techniques et aménagements préconisés s'en suivra pour en voir l'efficacité et la viabilité avant de la valider ou pas
Evaluer dans un environnement proche du quotidien, permet de mieux se rendre compte des capacités/incapacités et appréhender au mieux les besoins _

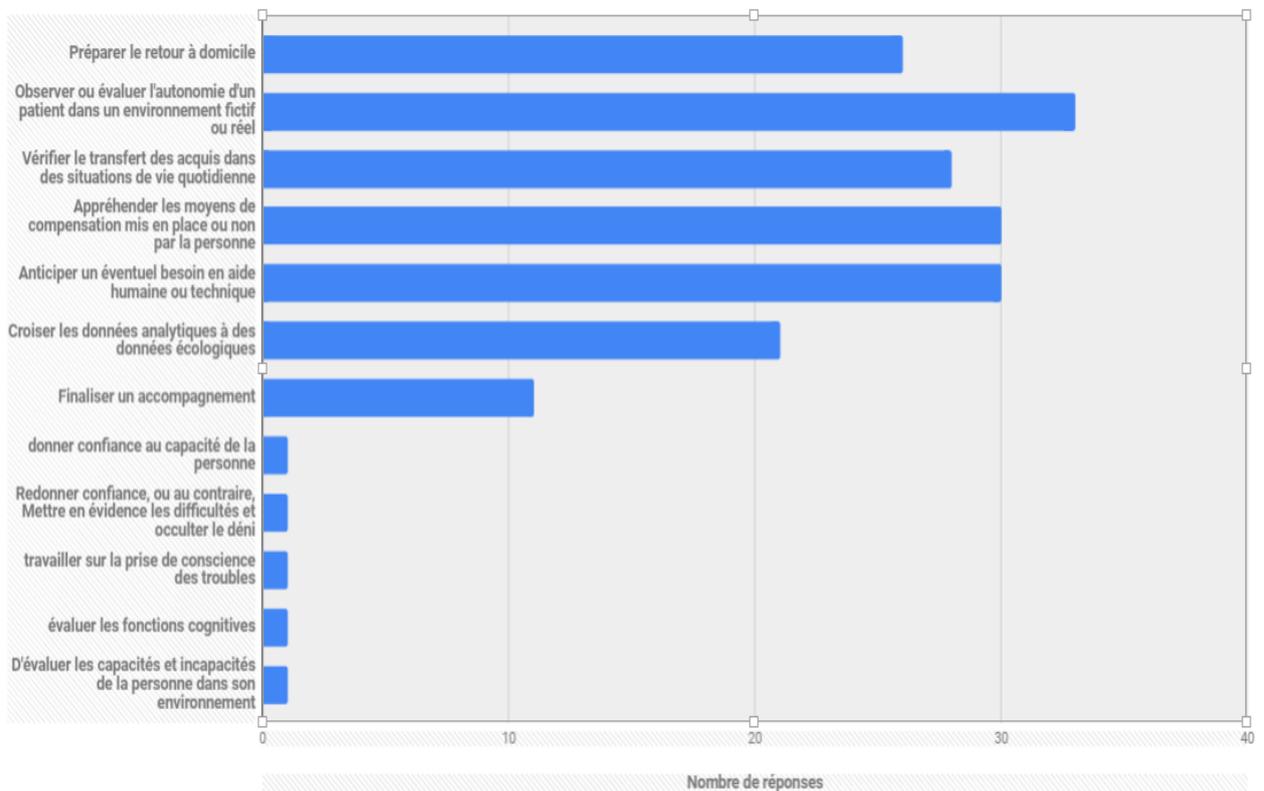
Permet de mieux préparer le retour à domicile, évaluer le besoin d'aides humaines ou les adaptations _ Plus intéressant d'évaluer les fonctions exécutives (planification etc...) et/ou les capacités physiques (endurance, port de charge) _ Mise en situation dans un environnement inconnu (adaptation, raisonnement etc...)
Afin d'observer les capacités de la personne dans son environnement écologique. Observer et évaluer les besoins dans le but de mettre en place des moyens de compensations.
Afin d'évaluer le plus souvent un syndrome dysexécutifs et les répercussions que ça entraîne dans le quotidien
Se rapprocher au maximum des conditions de vie habituelles du patient, préparer le RAD, évaluer les difficultés cognitives en situation
Evaluer les capacités de la personne dans l'exécution d'activités essentielles et correspondant à ses habitudes de vie: courses, gestion budget, organisation et sécurité dans les déplacements extérieurs, conduite auto, préparation repas,....
D'évaluation des capacités et incapacités et propositions de solutions parfois simple (changement de place de mobilier) ou d'aides techniques parfois juste de simple astuce ...
Affiner nos évaluations cognitives
Pour permettre une évaluation de la personne et définir avec un projet d'intervention cohérent et significatif pour elle
Retour a domicile
Dans un premier temps, comme évaluation des capacités et de l'autonomie. Dans un second temps, comme temps d'exercices, d'apprentissage de nouvelles astuces ou autres. Mais également comme moteur pour redonner confiance en soi aux patients, ou au contraire, comme marqueur d'une incapacité à reprendre une activité "comme avant".
Evaluation de l'autonomie en chambre ou en appartement thérapeutique évaluation des troubles cognitifs en situation évaluation de la négligence essai et appropriation d'Aides techniques, prise de conscience des troubles, travail sur l'anosognosie
Retour à domicile envisageable ou non, évaluation d'aides techniques, aides humaines, risque de mise en danger, fatigabilité.
Evaluer les situations de handicap lors des activités quotidiennes, évaluer les possibilités d'adaptation de l'activité et solutions (matériels, moyens mnémotechniques, nécessité d'une tierce personne etc..) nécessaires afin que la personne soit la plus autonome ou indépendante possible.
Evaluation des capacités de la personne à être autonome, évaluation des fonctions cognitives (EF2E ou kettle test).
Tenter d'observer les capacités "réelles" de la personne en la mettant en situation dans son environnement ou dans un environnement qu'elle utilise ou dans un environnement qui se rapproche au plus prêt des habitudes de vie de la personne... je préfère utiliser le terme évaluation à "tendance" écologique, car nombreux sont les biais existants. d'ailleurs on peut se demander si les bilans écologiques types EF2E, TEM... sont vraiment écologiques ?
Pour permettre la mise en place de l'accompagnement, d'ajuster les objectifs en lien avec les demandes de la personne, une aide à la prise de conscience des difficultés et capacités de la personnes

Evaluation des capacités de la personne dans son milieu de vie naturel
Evaluer les capacités du patient dans des situations se rapprochant le plus possible du quotidien, ou d'activité qu'il peut être amené à réaliser. Permet dans certains cas de confronter le patient à ses difficultés et d'argumenter en faveur d'un retour à domicile ou non.
En complément d'un entretien sur l'autonomie et l'indépendance dans la vie quotidienne pour vérifier les capacités de la personne. Utile aussi pour fixer des objectifs par la suite
En vue du retour à domicile. Ou lorsque le patient présente des troubles de la présence de soi (anosognosie ou conscience des répercussions des troubles). Ou pour diversifier un peu la prise en charge. Enfin, pour valider le permis de conduire
Evaluation ou réadaptation /réapprentissage pour les AVQ
Pour évaluer les fonctions exécutives et les adaptations nécessaires si besoin
Prise de conscience des troubles, observation des capacités en vie quotidienne, transfert d'acquis, entraînement à une situation
Evaluation des capacités de retour à domicile, évaluation des capacités à reprendre les activités habituelles, évaluation de la nécessité de mise en place des aides humaines. prise de consciences de troubles.
Rééducation, réadaptation, projet de vie
Premier but d'évaluation des capacités motrices et cognitives. Puis ensuite à but d'entraînements qui permettent de réévaluer les capacités et ajuster si besoin la prise en charge
Evaluation de l'autonomie, évaluer les besoins en aide humaine pour le retour à domicile
Évite le transfert des acquis d'un espace de rééducation par exemple au lieu de vie, favorise les repères de la personne, donc optimise l'activité donc favorise l'autonomie dans sa vie quotidienne. L'environnement est interdépendant de la personne donc doit être inclus dans l'évaluation.

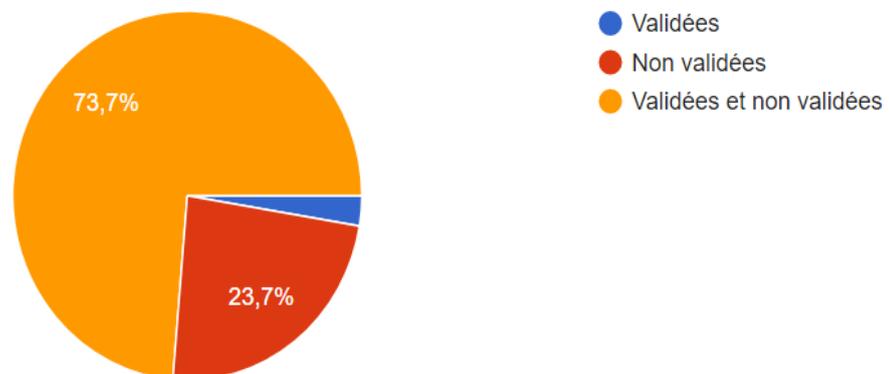
- Question 8 : Comment effectuez-vous le choix de l'évaluation ? (2 réponses maximums)



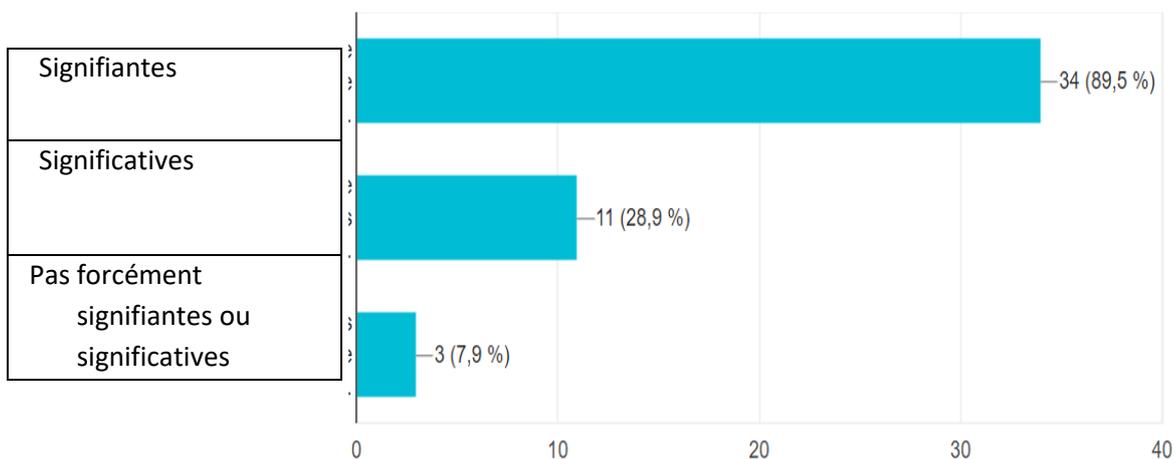
- Question 9 : Selon vous, les évaluations écologiques permettent au thérapeute de : (Plusieurs réponses possibles)



- Question 10 : Les évaluations écologiques sont :



- Question 11 : Les évaluations écologiques proposées :



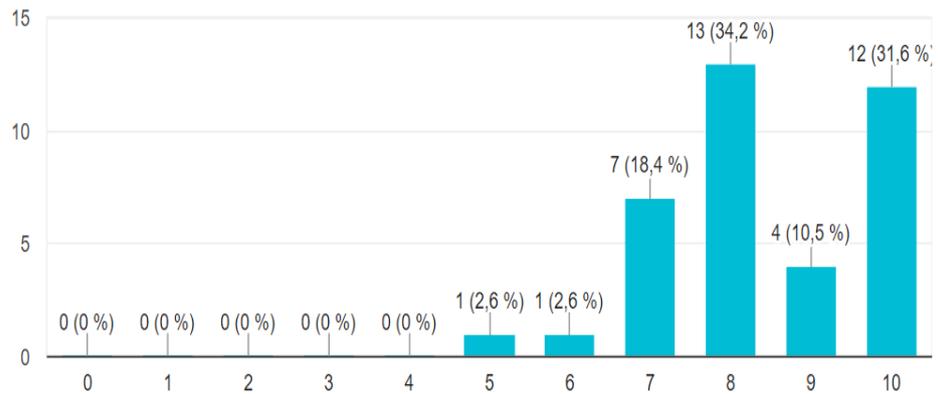
- Question 12 : Pouvez-vous citer des exemples d'évaluations écologiques que vous mettez en place ?

Test des errances multiples ensuite pas d'autres évaluations "standardisées" le reste se focalise surtout sur une méthodologie d'analyse de l'activités.
Evaluation de l'aptitude à se laver Evaluation de l'aptitude à se préparer à manger Evaluation de l'aptitude à le reprise de la conduite
Aller faire des courses , préparation d'un repas, se rendre dans un endroit via transport en commun ou à pied, Test des errances multiples (en lien avec le neuropsychy) , évaluation toilette et habillage
T
Atelier cuisine/ atelier orientation par exemple trajet domicile centre d'accueil de jour
TEM Profil AVQ Test Lillois de Communication
Mise en situation toilette/habillage, soins spécifiques, courses, cuisine, prise des repas, tâches spécifiques lié au métier du patient, conduite automobile, ect...
Tem, évaluations cuisine, courses, toilette

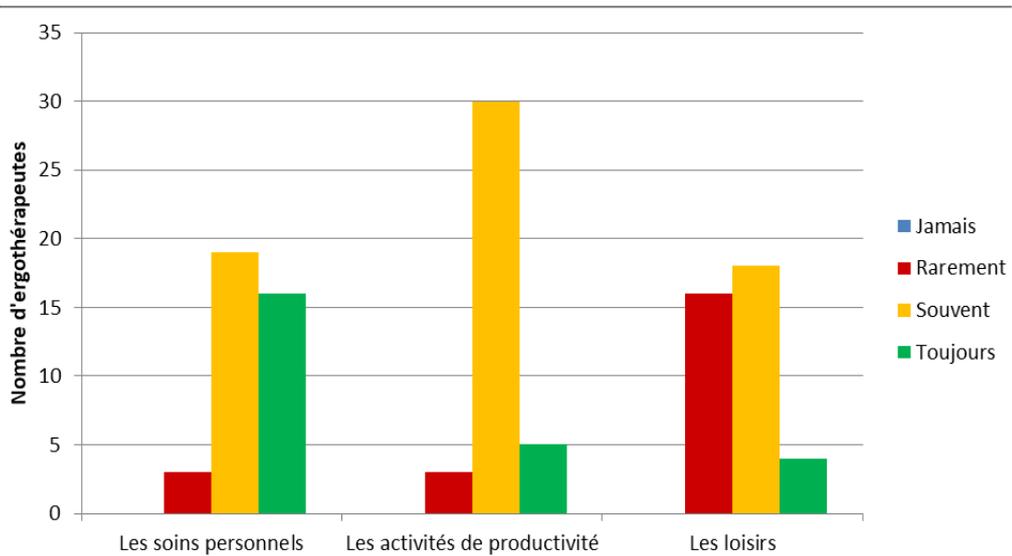
TEM, fondant au chocolat
Evaluation de l'accès et prise de douche par exemple évaluation de la prise des repas évaluation de l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique
Toilette en autonomie _ mise en situation course, cuisine, conduite _ test des errances multiples
Mise en situation transport, repas thérapeutiques, course...
Test des errances multiples, course, cuisine thérapeutique autonomie toilette, gestion d'un budget, conduite
Toilette/habillage, Courses en extérieur, cuisine, Test des errances multiples, conduite
Préparation de repas ou test du "gâteau au chocolat", test des errances multiples, conduite auto
Cuisine de la liste des courses à la prise du repas(ex comment se souvenir que la personne a mis un plat dans le four).Mais aussi apprendre a prendre un rdv médical: qui j'appelle, a quelle heure, ou je note le rdv comment je me souviens du rdv le jour J comment je m'y rends (dois je réserver vsl ou puis je y aller par mes propres moyens si oui comment)
Essentiellement TEM et EF2E
Mise en situation cuisine (courses, recette, cuisine), déplacement (planifier et effectuer un trajet), courses (élaboration liste, stratégie dans magasin, passage en caisse/paiement)
EF2E, cuisine thérapeutique, conduite automobile, avj, visite a domicile
Test des Errances Multiples, MES repas + courses, appartement thérapeutique, toilette, habillage, conduite automobile, loisirs adaptés
Mise en situation café, mise en situation repas, test du gateau au chocolat (sans omelette) mise en situation courses (+ gestion de l'argent), sortie pour les déplacements (orientation / sécurité à pied et/ ou en transport en commun), conduite avec auto école adaptée, mise en situation toilette et habillage, mise déplacement en FRM / FRE
Gâteau au chocolat omelette
Mise en situation toilette, habillage, courses, cuisine, ménage, conduite... mais ça peut être des loisirs également : couture, ordinateur...
EF2E, kettle test, mise en situation cuisine, réalisation d'une pâtisserie, mise en situation toilette, mise en situation courses, ...
EF2E TEM Profil AVQ
Mise en situation en lien avec l'emploi, les AVQ, les activités de loisirs
cuisine, courses, toilette, transport en commun, activités de loisirs, conduite auto
Test des errances multiples, test du gâteau au chocolat et de l'omelette, évaluation à la reprise de la conduite automobile,
Test des errances multiples, atelier cuisine, évaluation de l'organisation matinal, sortie extérieur, orientation dans les transports en commun
The Kettle Test, T.E.M., leçon évaluation de conduite, ou déplacements en transports en commun, autonomie toilette/habillage, BENQ
test des errances multiple, road finding test, MES courses, cuisine, café, pâtisserie, transport en commun...toilette, habillage...
Le Test des Errances Multiples Le Test du gâteau au chocolat Evaluation des aptitudes à la conduite automobile Visite à domicile
EF2E, mise en situation cuisine, courses, orientation dans les transports en commun
Errances multiples, evaluation conduite auto, cuisine, courses diverses, utilisation des transport en commun....
Courses, repas, sortie en ville, mise en situation en appartement écologique...

Atelier cuisine, activités loisirs (couture pour une dame par ex),
Préparation d'un repas, réalisation de courses, gestion d'un budget, mise en situation conduite
MIF, évaluation de l'autonomie à la douche, kitchen task assesment (mise en situation cuisine)

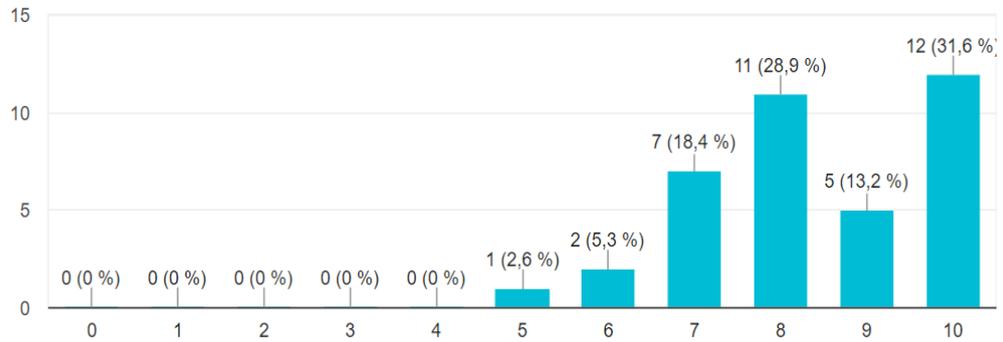
- Question 13 : Le choix de l'activité proposé dans les évaluations écologiques est il important selon vous ?



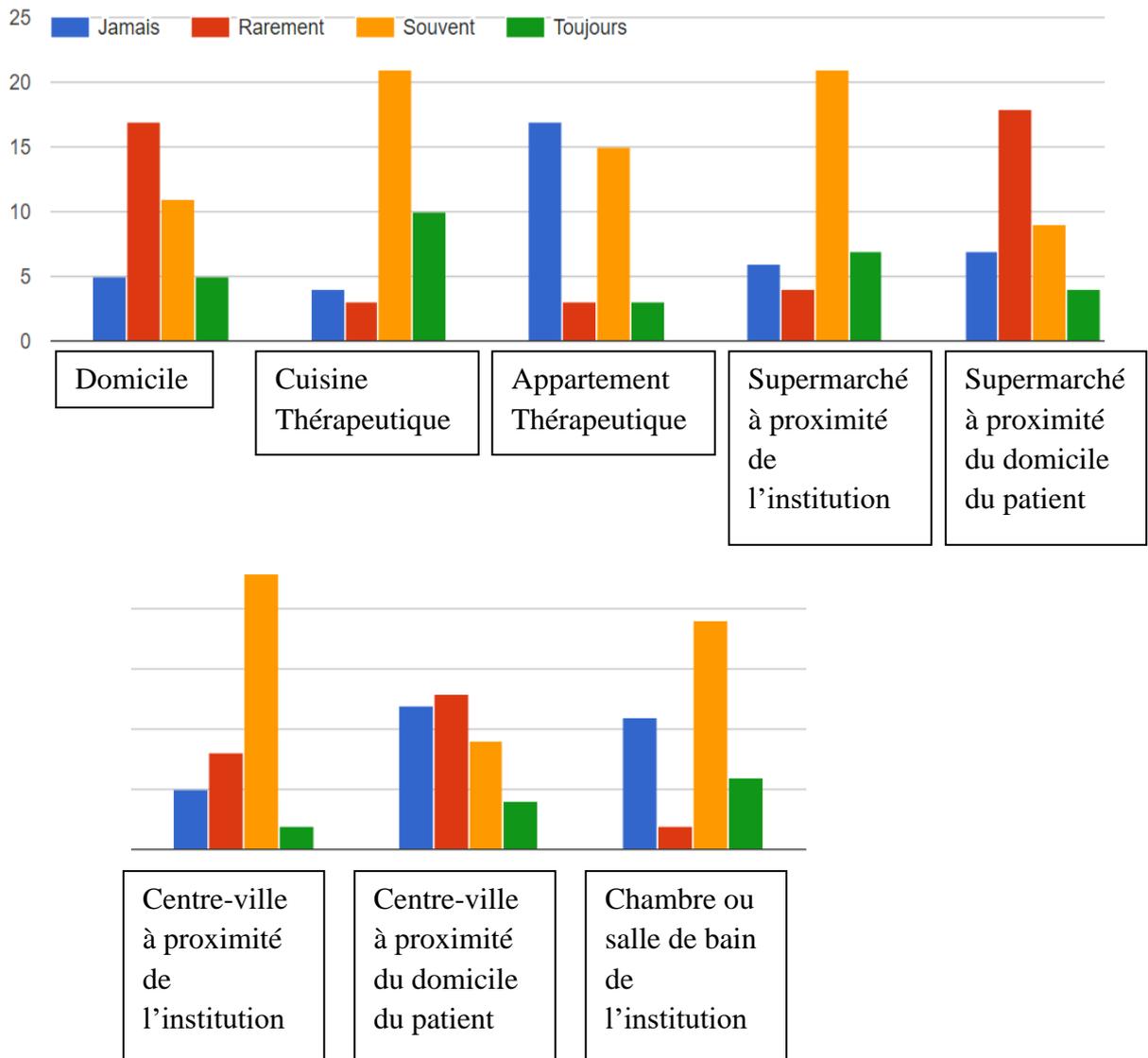
- Question 14 : Quelles activités évaluez vous ?



- Question 15 : Le choix de l'environnement est-il important selon vous ?



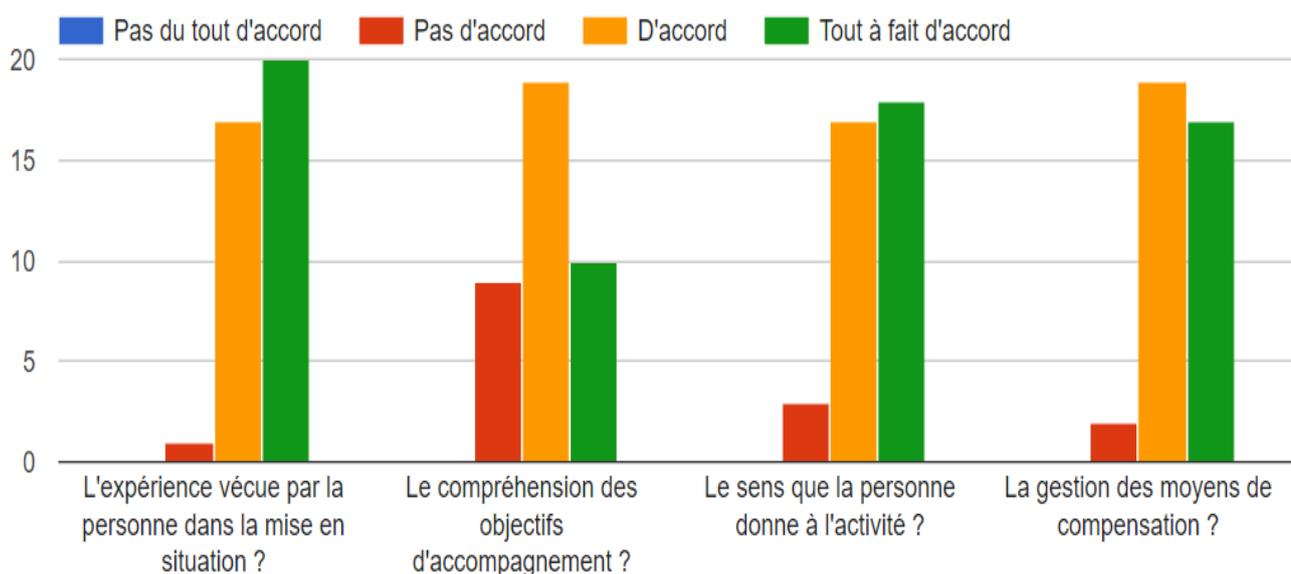
- Question 16 : Dans quels environnements sont réalisées les évaluations écologiques ?



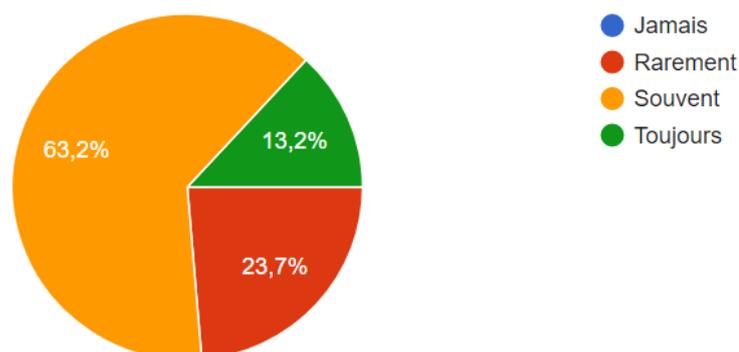
- Question 17 : Si vous effectuez les évaluations dans des environnements différents de ceux cités à la question 16, veuillez les renseigner et indiquer la fréquence

Dans le véhicule automobile - souvent
(NB : bien que l'environnement soit très important, ce sont les restrictions institutionnelles du centre qui limite les évaluations au domicile du patient et dans sa ville).
Evaluation sur des lieux de travail ou de formation
Transport en commun à proximité de l'établissement, puis si besoin à proximité du domicile du patient, lieu de travail
Le top étant bien entendu l'environnement privé de la personne, au plus près de ses conditions de vie...
Sur le lieu de travail
Transports en commun

- Question 18 : Selon vous, l'environnement peut-il impacter :



- Question 19 : Vous arrive-t-il de tenir compte de l'entourage

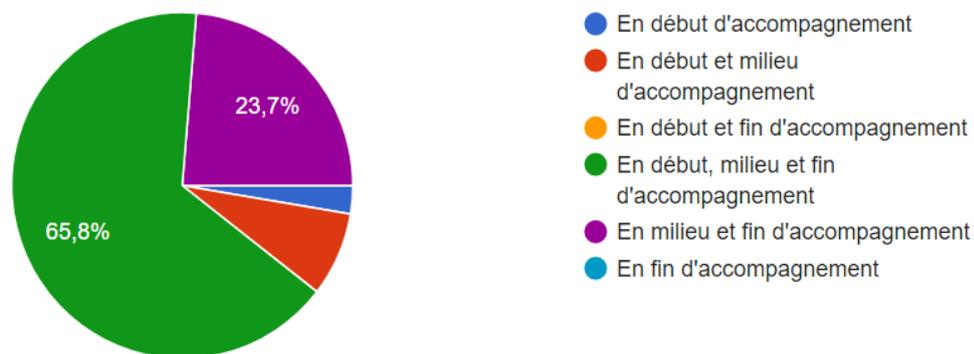


- Question 20 : De quelle façon prenez-vous en compte l'entourage de la personne lors de ces évaluations ?

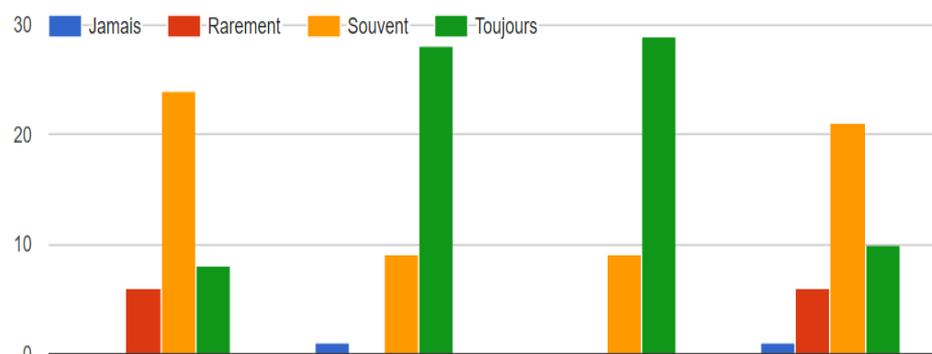
échange téléphonique ou entretien avec la famille sur les habitudes de réalisation des activités si la personne n'est pas capable de se rappeler ou pour préciser en fonction des difficultés potentielles de communication. La famille est contactée une fois que le patient a donné son accord.
En fonction des aptitudes à évaluer, l'entourage peut préciser le niveau de capacité antérieur. Si l'évaluation concerne l'aptitude à s'occuper des enfants : changer une couche par exemple, il peut être convenu de faire l'évaluation avec l'enfant concerné
En se renseignant auprès de l'entourage sur les habitudes de vie du patient, ce qu'il fait et comment il le faisait avant l'accident ou maintenant, si l'entourage intervient et comment dans certaines AVQ
Pré évaluation environnementale Présentation de l'évaluation à l'entourage Invitation à l'évaluation ou debriefing
Lorsque j'ai la possibilité de les rencontrer je leur demande quelles étaient leurs habitudes de vie et comment maintenant il voit l'éventuel retour à domicile de leur proche. Sont-ils anxieux? à quel sujet? sont-ils aidant/peu/trop? On-t-il déjà anticipé/penser à comment cela se passerait maintenant ou n'ont-ils pas conscience des difficultés? ect...
Plutôt suite à des retours sur des événements par exemple lors de permissions ou pour expliquer les capacités et incapacités
Bilan de début de prise en charge, habitudes de vie
Questionnement et souvent présence de l'entourage dans une partie de l'évaluation : notamment si l'entourage humain intervient dans la réalisation de l'acte (aidant familial par exemple)
Connaître les habitudes antérieures de la personne
Recueil d'informations, connaissance des habitudes de vie antérieures, adaptation des futurs besoins
Analyse par questionnaire
En demandant leur présence ou au contraire en demandant que ce jour là il ne soit pas présent en fonction des situations(parfois entourage trop "impressionnants" pour que la personne ose ..) parfois au contraire l'entourage est rassurant...
En évitant la présence de l'entourage
Par entretien en présence ou à distance, avec la personne accompagnée la plupart du temps
Questionnaire
Avoir des compléments d'informations, leur proposer de participer en tant que spectateur si le patient le désire
Recherche d'une personne ressource et/ ou garant du retour à domicile ou garant du projet de vie (proche, famille, curateur, tuteur, aidant naturel, ...)
Le rôle de la personne au sein de la famille et de l'entourage. Ses habitudes de vie, mais si la personne avait l'habitude de faire ses courses en couple difficile de mettre en place une évaluation avec son ou sa conjointe au sein de l'établissement... et une l'intervention d'une tierce personne de l'entourage risque de biaiser l'évaluation
Echange avec la famille
Questionnement, rendez-vous, réunion, ...
Conditions de mise en situation

Echange avec eux, l'interaction avec la personne, le lien affectif existant entre eux
Demande de renseignements, explications, retours
Habitudes de vie précédentes
Prise de rendez-vous quand ils sont là, entretien avec eux en présence de la personne
Echange verbal ou suivi par carnet de liaison
Lors des échanges et en fonction des besoins ressentis par l'entourage
En fonction de la vision du patient au domicile lors de permissions thérapeutiques et de leur retour d'expérience
Entretien, rencontre, réunion équipe famille
Rendez-vous famille, pour mesurer l'impact des aidants, leurs attentes et besoins. meS en famille
Entretien sur les habitudes de vie, en amont de l'évaluation écologique
Si la personne souhaite intégrer son entourage, possibilité à l'entourage de participer à l'évaluation ou à la préparation de l'évaluation, participation à l'anamnèse

- Question 21 : A quels moments ces évaluations ont lieu dans l'accompagnement ?



- Question 22 : Afin de préparer ces évaluations vous :



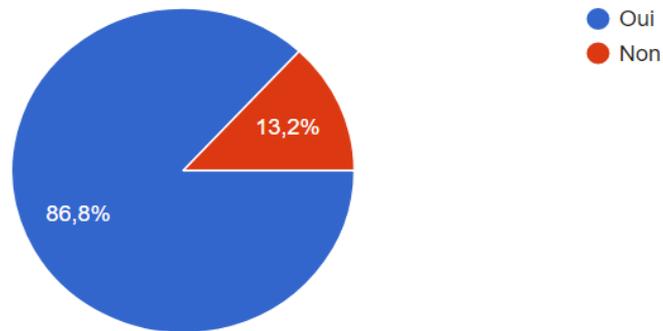
Consacrez du temps à la préparation de l'évaluation avec la personne

Prenez en compte le contexte culturel et les habitudes de vie la personne

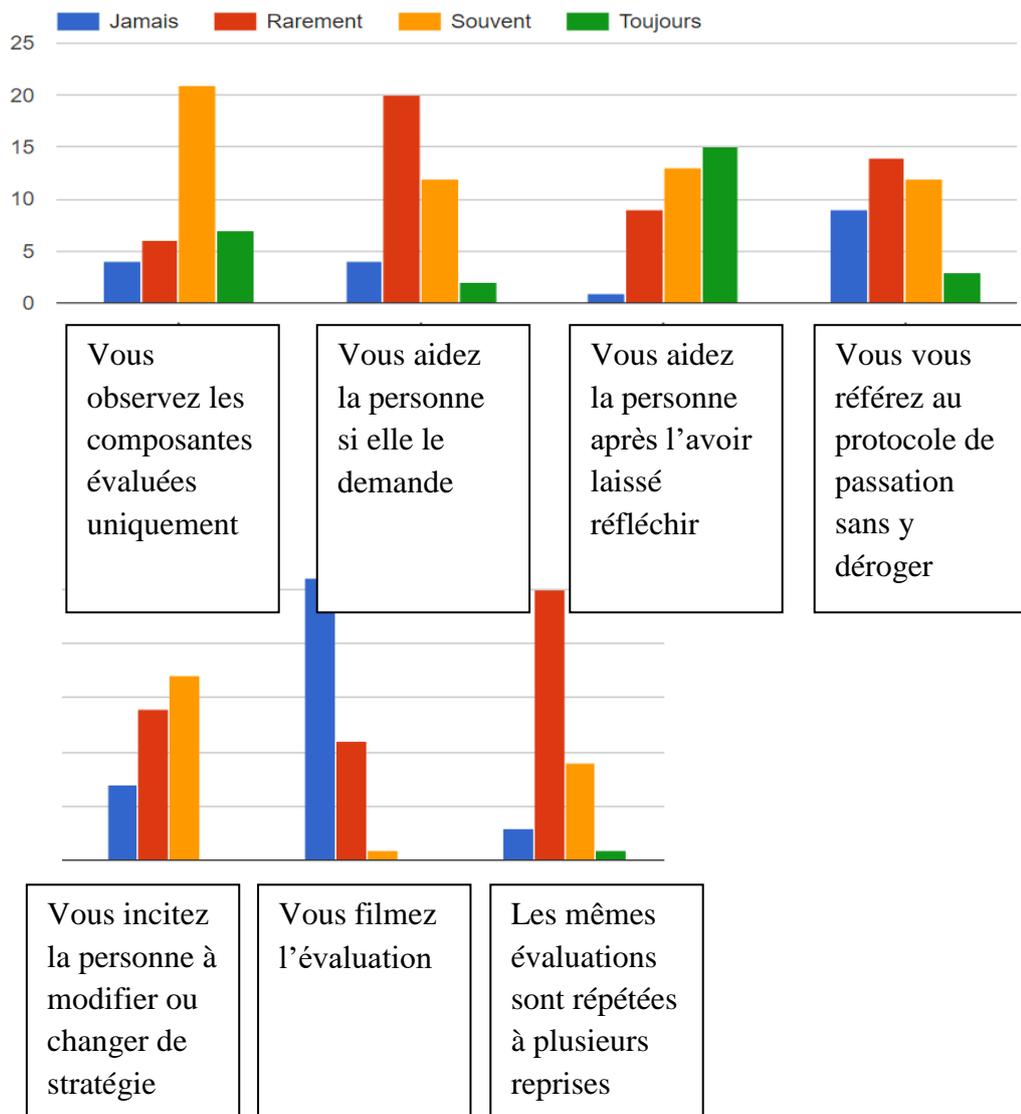
Prenez en compte les capacités physiques sensorielles et cognitives de la personne

Prenez en compte les représentations concernant le terme « évaluation » et ce qu'elle peut générer chez un individu

- Question 23 : Enoncez-vous les objectifs de l'évaluation en amont ?



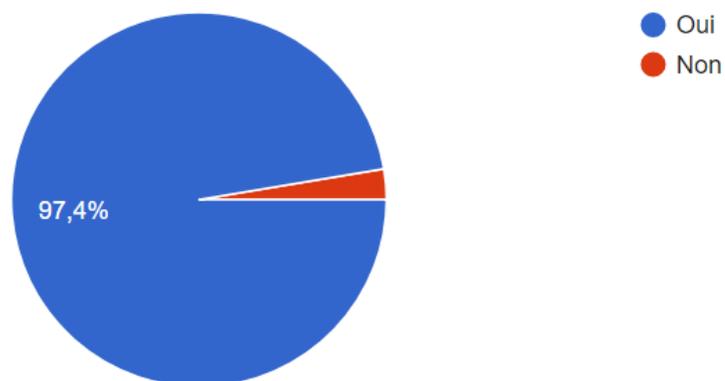
- Question 24 : Votre posture durant l'évaluation



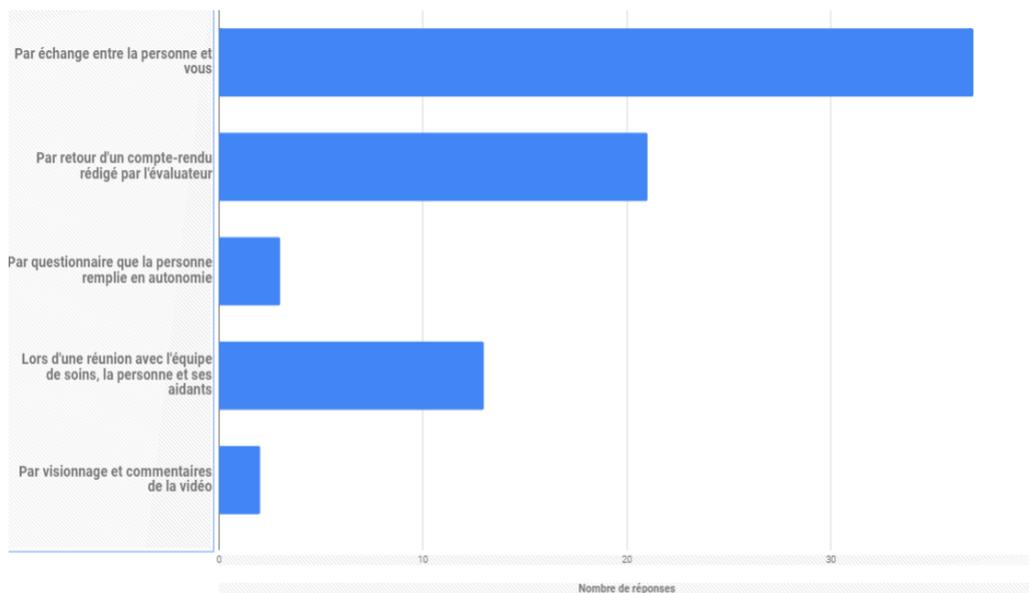
- Question 25 : Veuillez préciser la fréquence et votre posture si elle est différente de la question 24.

Tous les 2 à 3 mois.
Suite à l'évaluation, un entraînement et/ou ré-apprentissage sur plusieurs séances est proposé afin d'améliorer l'autonomie/indépendance du patient.dans cette activité. Comme ce ne sont pas des évaluations standardisés, celles-ci ne sont pas très protocolé ce qui laisse beaucoup de liberté à l'évaluateur (ex : laisser le patient faire seul tout du long ou commencer après un temps à l'orienter vers de nouvelles stratégies et observer ses capacités d'adaptations ect...)
Observation très importante de la personne lors des activités spontanées : me servir un café si elle me le propose..... afin que cette personne ne se sente pas "notée ou évaluée" : notion de spontanéité ce qui limite les situations de stress de la personne relatives à la notion et la représentation de l'évaluation qu'elle peut avoir
Respect du protocoles très important si bilan validé
Je n'utilise pas de bilan validé donc je n'ai pas de protocole validé. J'ai bien sûr identifié les objectifs de l'évaluation et préparer le contexte de celle-ci.
En fait la posture dépend totalement des objectifs et des besoins de la personne

- Question 26 : Pensez-vous que ces évaluations écologiques facilitent l'engagement de la personne dans le processus d'accompagnement ?

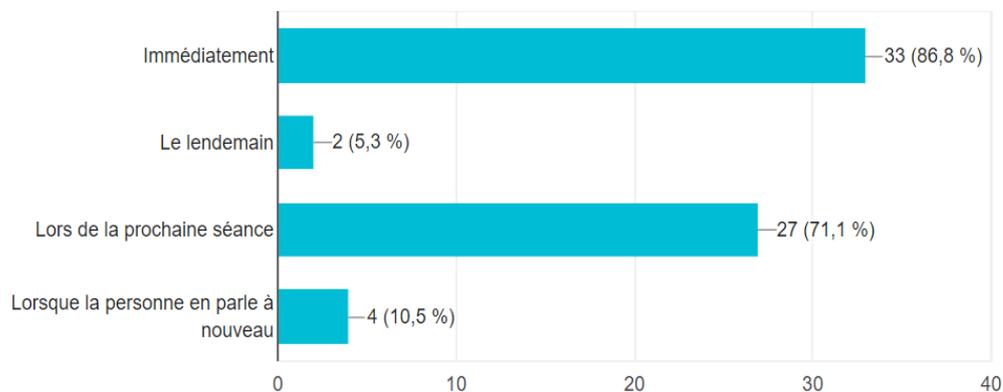


- Question 27 : Comment est fait le retour sur l'évaluation avec la personne ?

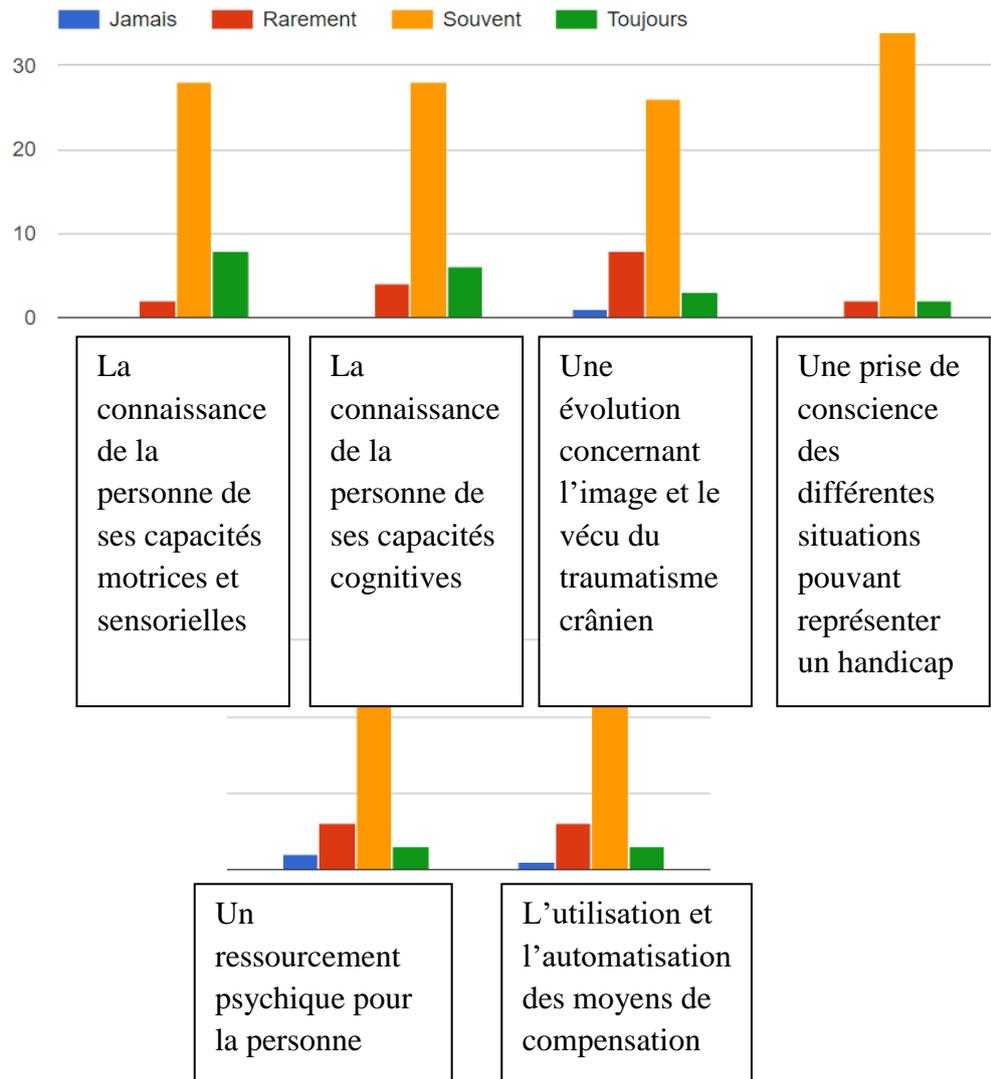


Autres :	Il m'est arrivé de le faire avec une vidéo mais c'est compliqué légalement il faudrait avoir une méthodologie plus adapté car cela prend du temps et nous n'avons pas les outils
	Souvent évaluation/retour fait en binôme avec neuropsychologue
	Avec l'entourage si la personne accompagnée est d'accord
	Ca dépend des évaluations en général entretien

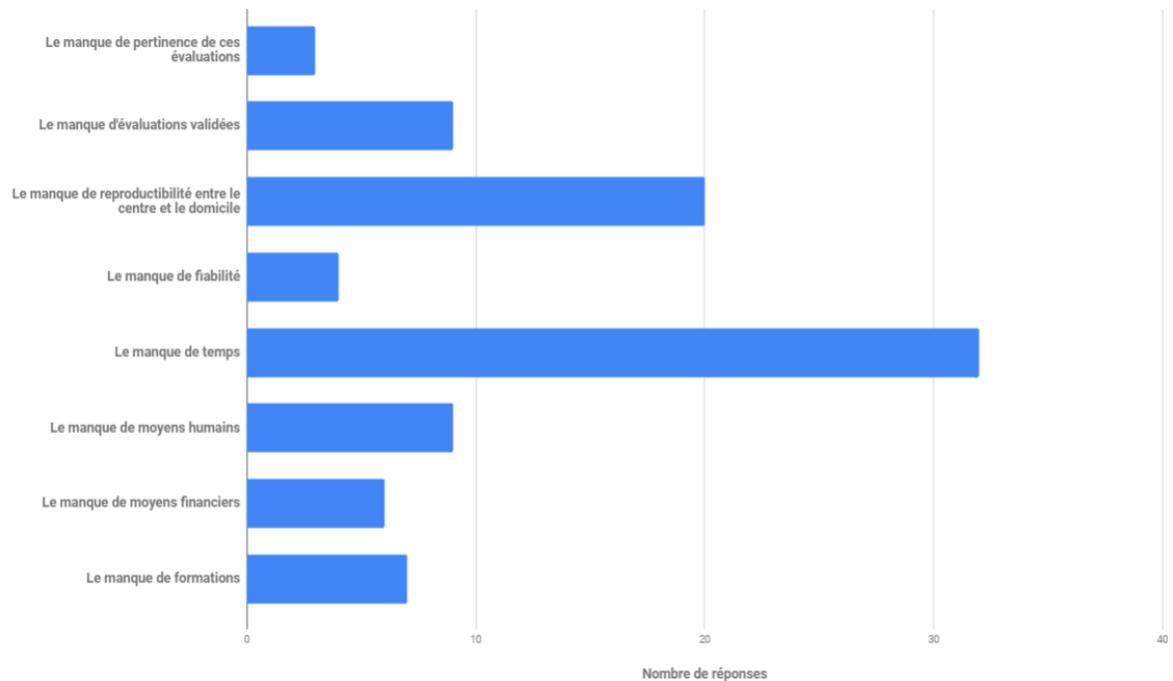
- Question 28 : Le retour sur l'évaluation a lieu ?



- Question 29 : Au cours de votre pratique avec des personnes ayant subi un traumatisme crânien, pensez-vous que ces évaluations favorisent :



- Question 30 : Quels sont les freins à la mise en place de ces évaluations écologiques (Plusieurs réponses possibles)



Autres :	L'envie de la personne
	La personne elle-même de par ses troubles (apathie, angoisse, procrastination, difficultés cognitives ...).
	Dans le cas des troubles cognitifs, la difficulté à identifier la répercussion des troubles qui s'expriment afin de dégager des pistes de travail
	L'environnement peut lui même être parfois un frein mais qui est intéressant à prendre en compte
	La difficulté à avoir un vrai environnement écologique
	Pas de freins spécifiques
	L'exercice en SAMSAH permet de mettre en place facilement les évaluations écologiques

Question 16 & 5		Domicile	Cuisine thérapeutique	Appartement thérapeutique	Supermarché à proximité de l'institution	Supermarché à proximité du domicile du patient	Centre ville à proximité de l'institution	Centre ville à proximité de l'institution du patient	Chambre de l'institution
SSR HC	Jamais	20,0%	0,0%	26,7%	0,0%	33,3%	6,7%	60,0%	0,0%
	Rarement	53,3%	6,7%	13,3%	13,3%	60,0%	26,7%	26,7%	6,7%
	Souvent	26,7%	60,0%	40,0%	60,0%	13,3%	66,7%	13,3%	66,7%
	Toujours	0,0%	33,3%	20,0%	26,7%	0,0%	0,0%	0,0%	26,7%
SSR HdJ	Jamais	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Rarement	42,8%	0,0%	0,0%	0,0%	57,1%	14,3%	57,1%	14,3%
	Souvent	42,8%	57,1%	71,4%	71,4%	28,6%	57,1%	28,6%	57,1%
	Toujours	0,0%	28,6%	0,0%	14,3%	0,0%	14,3%	0,0%	14,3%
SSR HC + HdJ	Jamais	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%
	Rarement	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	0,0%	40,0%	0,0%
	Souvent	20,0%	80,0%	60,0%	60,0%	40,0%	80,0%	40,0%	80,0%
	Toujours	0,0%	20,0%	20,0%	40,0%	0,0%	20,0%	0,0%	20,0%
Ensemble des réponses SSR	Jamais	11,1%	0,0%	22,2%	0,0%	18,5%	3,7%	37,0%	0,0%
	Rarement	55,6%	3,7%	7,4%	7,4%	55,6%	18,5%	37,0%	7,1%
	Souvent	29,6%	63,0%	51,9%	63,0%	22,2%	66,7%	22,2%	66,6%
	Toujours	7,4%	29,6%	14,8%	25,9%	0,0%	7,4%	0,0%	22,2%

ANNEXE VIII : Tableau récapitulatif du croisement des questions 5 et 16

Question 16 & 5		Domicile	Cuisine thérapeutique	Appartement thérapeutique	Supermarché à proximité de l'institution	Supermarché à proximité du domicile du patient	Centre ville à proximité de l'institution	Centre ville à proximité de l'institution du patient	Chambre de l'institution
Autres Services	Jamais	9,1%	36,4%	90,9%	45,5%	18,2%	36,4%	18,2%	100,0%
	Rarement	18,2%	18,2%	9,1%	18,2%	18,2%	9,1%	18,2%	0,0%
	Souvent	27,3%	36,4%	0,0%	36,4%	27,3%	54,5%	27,3%	0,0%
	Toujours	45,5%	9,1%	0,0%	0,0%	36,4%	0,0%	36,4%	0,0%

- **Abstract**

Introduction. – This study focuses on the care given to people with moderate or severe Traumatic Brain Injury (TBI). TBI generates many functional consequences. Through care, the occupational therapist aims at enabling the patient to be more autonomous in a significant environment. To do this, they use ecological assessments. This work is an introduction to research examined occupational therapists' practices concerning the objectives, the setting up and the context of the assessment of these ecological situations.

Materials and methods. – A quantitative study was conducted using questionnaires derived from the Canadian Occupational Performance Model, the therapeutic benefit of activity, and a patient-centered approach. This method allows to identify factors that differentiate practices within a sample of occupational therapists.

Results. – 38 responses were received out of which 27 came from occupational therapists in rehabilitation wards (inpatient or outpatient) and 11 from medicalsocial services. The professionals take into account the patient as a whole. However, the results showed that occupational therapists practicing in medico-social services take the environment more into account and manage to implement their assessments in more meaningful environments for the patient. However, there was a major obstacle for all the occupational therapists: the lack of time for the implementation of these evaluations.

Conclusion. – Ecological assessments seem to stimulate the patient's commitment and adhesion to their occupational therapy treatment. Occupational therapists' practices are varied and depend on the location of their professional practice. A quantitative study of patients would be relevant to analyse the interest of ecological assessments from their perspective. It could be cross-checked with the representations that occupational therapists have of their own practices.

Keywords – Traumatic brain injury – Ecological assessment – Occupational therapy – Patient-centered approach – Environment

- **Résumé**

Introduction. – Cette étude s'intéresse à l'accompagnement des personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré ou sévère. Le traumatisme crânien provoque des conséquences fonctionnelles nombreuses. L'ergothérapeute, à travers l'accompagnement, a pour objectif de rendre le patient le plus autonome possible dans un environnement signifiant. Pour ce faire, il utilise des évaluations écologiques. Ce travail d'initiation à la recherche interroge les pratiques des ergothérapeutes concernant les objectifs, la mise en place et le contexte de ces évaluations écologiques.

Matériel et méthodes. – Une étude quantitative a été menée via des questionnaires découlant du modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel, du potentiel thérapeutique de l'activité et de l'approche centrée sur la personne. Cette méthode permet d'identifier des facteurs différenciant les pratiques au sein d'un échantillon d'ergothérapeutes.

Résultats. – 38 réponses ont été traitées, 27 d'ergothérapeutes exerçant en services de soins et de réadaptation (hospitalisation complète ou de jour) et 11 dans des structures médicosociales. Les professionnels accompagnent le patient dans sa globalité. Cependant, les résultats montrent que les ergothérapeutes exerçant en services médicosociaux prennent davantage en compte l'environnement et mettent en place ces évaluations dans des environnements plus signifiants pour le patient. Toutefois un frein majeur semble important pour l'ensemble des ergothérapeutes : le manque de temps pour la mise en place de ces évaluations.

Conclusion. – Les évaluations écologiques semblent favoriser l'engagement de la personne dans l'accompagnement. Les pratiques des ergothérapeutes sont différentes et dépendantes du lieu d'exercice professionnel. Une étude quantitative auprès des patients serait intéressante pour analyser l'intérêt selon eux, des évaluations écologiques. Elle pourrait être croisée aux représentations qu'ont les ergothérapeutes de leurs pratiques.

Mots clés. – Traumatisme crânien – Evaluation écologique – Ergothérapie – Approche centrée sur la personne – Environnement