



HAL
open science

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel dans l'évaluation de la participation sociale de l'adulte traumatisé crânien

Cloé Guerrero

► **To cite this version:**

Cloé Guerrero. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel dans l'évaluation de la participation sociale de l'adulte traumatisé crânien. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03560098

HAL Id: dumas-03560098

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03560098v1>

Submitted on 7 Feb 2022

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.



Université Clermont Auvergne
UFR de Médecine et des professions paramédicales
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

Cloé GUERRERO

Mémoire pour le Diplôme
d'Etat en Ergothérapie

24 mai 2021

**La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel dans
l'évaluation de la participation sociale de l'adulte traumatisé
crânien**

*Directrice de mémoire : Marina GENGEMBRE (Ergothérapeute Diplômé
d'Etat)*

Remerciements

« Sous la direction de Marina GENGEMBRE, ergothérapeute Diplômée d'Etat, exerçant au Centre Ressources pour Personnes Cérébro-lésées, maître de mémoire »

Je tiens tout d'abord à remercier particulièrement Marina GENGEMBRE pour son soutien, ses conseils précieux et sa disponibilité tout au long de ce travail. Je souhaite également remercier Chloé LEROUX, ergothérapeute, pour son aide au début de ce travail.

Mes remerciements s'adressent à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IUFE d'Auvergne, pour son accompagnement et suivi tout au long de mon cursus de formation.

Mais également aux ergothérapeutes ayant participé à ma recherche, qui m'ont accordé du temps, et ont contribué à la construction de ce mémoire.

Je souhaite par ailleurs remercier mes amis de promotion, pour tous ces moments de partage, d'échange et de soutien durant ces trois années de formation.

Enfin, merci à ma famille qui m'a toujours soutenue et encouragée dans mes projets. Et à mon compagnon, pour sa présence et son soutien inestimable au quotidien.

Sommaire

Liste des tableaux et figures	3
Liste des abréviations	4
Introduction	5
1. Contexte et justification de l'étude	6
1.1. Connaissances sur le sujet	6
1.1.1. Les adultes traumatisés crâniens	6
1.1.1.1. Définition et physiopathologie du traumatisme crânien	6
1.1.1.2. Gravité du traumatisme crânien	7
1.1.1.3. Epidémiologie du traumatisme crânien.....	8
1.1.1.4. Les séquelles du traumatisme crânien.....	8
1.1.1.5. Le parcours de soins de la personne traumatisée crânienne.....	11
1.1.1.6. L'ergothérapeute auprès de l'adulte traumatisé crânien	12
1.1.2. La participation sociale	14
1.1.2.1. Définition de la participation sociale	14
1.1.2.2. Les restrictions de participation sociale de l'adulte traumatisé crânien.....	15
1.1.2.3. L'ergothérapie et la participation sociale.....	16
1.1.2.4. Les outils d'évaluation à la participation sociale	17
1.1.3. Le modèle et son outil : la MCRO	18
1.1.3.1. Le Modèle Canadien du Rendement et de L'engagement Occupationnel.	18
1.1.3.2. Définition et utilisation de la MCRO	19
1.2. L'enquête exploratoire.....	21
1.3. Question de recherche	23
1.4. Cadre éthique de la recherche.....	23
2. Méthodologie de la recherche.....	25
2.1. Choix de la population.....	25
2.2. Choix de l'outil.....	25

2.3. Développement de l’outil	26
2.4. Mode d’analyse des données	28
2.5. Biais et limites de la méthode.....	28
3. Analyse des données et principaux résultats.....	30
3.1. Typologie des entretiens	30
3.2. Présentation des participants	30
3.3. Analyse longitudinale des données.....	30
3.4. Analyse transversale des données.....	35
4. Discussion.....	42
4.1. Interprétation des résultats : confrontation avec la littérature	42
4.1.1. La MCRO : un outil de recueil des besoins en participation sociale des adultes traumatisés crâniens	42
4.1.2. Les limites de la MCRO pour recueillir les besoins en participation sociale des adultes traumatisés crâniens	46
4.2. Analyse réflexive : critiques et limites de l’étude	47
4.3. Apports et perspectives de la recherche	48
Conclusion.....	50
Bibliographie.....	52
Annexes	57
Annexe I : Schéma du MDH-PPH 2 (<i>RIPPH, 2010</i>)	57
Annexe II : Figure de la Mesure Canadienne du Rendement et de l’Engagement Occupationnel.....	58
Annexe III : Questions de l’enquête exploratoire	59
Annexe IV : Avis du comité d’éthique.....	60
Annexe V : Formulaire d’information et de non-opposition.....	61
Annexe VI : Guide d’entretien	62
Annexe VII : Tableau d’échantillonnage des participants	65
Annexe VIII : Analyse longitudinale des entretiens	66

Liste des tableaux et figures

Tableaux

- ❖ **Tableau I** : Typologie des entretiens 30
- ❖ **Tableau II** : Expérience des professionnels par rapport à la MCRO 37

Figures

- ❖ **Figure 1** : Identification des outils d'évaluation de la participation sociale utilisés par les ergothérapeutes 36
- ❖ **Figure 2** : Les ressources complémentaires adoptées par les ergothérapeute 40

Liste des abréviations

APT : Amnésie-Post-Traumatique

AIVQ : Activité Instrumentale de la Vie Quotidienne

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

GCS : Glasgow Coma Scale

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MDH : Modèle de Développement Humain

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MPR : Médecine Physique de Réadaptation

PPH : Processus de Production du Handicap

TC : Traumatisme Crânien

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

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

Introduction

Cette étude porte sur les adultes traumatisés crâniens et leur participation sociale. Les données littéraires, montrent que le traumatisme crânien (TC) représente un enjeu majeur en santé publique. En effet, de manière générale, à la suite d'un traumatisme crânien, la personne peut nécessiter un parcours de soin au long cours mobilisant différents types d'accompagnement. Celui-ci peut occasionner d'importantes séquelles, qui ne sont pas toujours perceptibles aux yeux des autres, faisant ressortir la notion de « handicap invisible » (Langlois et al., 2006).

Dans la revue littéraire, les restrictions de participation sociale chez l'adulte traumatisé crânien sont généralement mises en avant. La participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie de la personne dans la société qui l'entoure (Larivière, 2008). Ainsi, la favoriser permettrait de diminuer les situations de handicap, et d'améliorer la qualité de vie. Néanmoins, malgré les accompagnements des adultes traumatisés crâniens au sein des structures, il est fréquent, qu'ils présentent, à long terme, des limitations dans leur participation sociale, liées en parties à leurs séquelles persistantes. L'ergothérapeute a un rôle essentiel, car il peut intervenir auprès de ces adultes, pour favoriser leur participation dans leurs habitudes de vie, et donc leur réinsertion dans leur vie quotidienne. Pour ce faire, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur des outils d'évaluation de la participation sociale.

Ainsi à partir de ces recherches émergent plusieurs interrogations : quelles difficultés l'adulte traumatisé crânien peut-il rencontrer dans sa participation sociale ? L'ergothérapeute évalue-t-il les besoins en participation sociale de ces adultes, grâce à quels outils et à quel moment de la prise en charge ?

Dans une première partie, le contexte et la justification de l'étude sont présentés. Les éléments recueillis grâce à la revue de littérature sur le sujet et l'enquête réalisée auprès des professionnels du terrain, ont permis d'élaborer la question de recherche de ce mémoire. Dans une seconde partie, la méthodologie de recherche est présentée, en explicitant le choix de la méthode, la population, l'outil, et le mode d'analyse des données. Par la suite, les éléments recueillis via les entretiens sont traités selon une analyse longitudinale suivie d'une analyse transversale. Ce mémoire est clôturé par une discussion, présentant une comparaison des résultats à la théorie, afin d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche. Enfin sont présentés les limites de l'étude et l'apport de ce travail à la pratique professionnelle.

1. Contexte et justification de l'étude

1.1. Connaissances sur le sujet

1.1.1. Les adultes traumatisés crâniens

1.1.1.1. Définition et physiopathologie du traumatisme crânien

Un traumatisme crânien est une lésion cérébrale acquise d'origine traumatique, pouvant perturber les fonctions motrices, cognitives, sensorielles, sensibles et comportementales d'un individu (Jourdan, 2015). En effet, il survient à la suite d'un choc brutal entre la boîte crânienne et l'encéphale. Il va être responsable d'un dysfonctionnement des structures cérébrales, pouvant être dû soit à un choc direct à la tête soit à la suite d'un phénomène d'accélération et de décélération.

Concernant la physiopathologie des TC, on distingue plusieurs types de lésions cérébrales : les lésions focales et diffuses d'une part et les lésions secondaires et primitives d'autre part (Jourdan, 2015).

Les **lésions primitives focales** sont engendrées par le coup et le contrecoup du traumatisme (Jourdan, 2015). De ce fait, le cerveau peut être lésé directement au point d'impact ou du côté opposé. Ces lésions font suite à un choc direct à la tête, et vont principalement concerner les TC graves et modérés (Vinour et al., 2014). Elles comprennent les hématomes (extra ou sous-dural), les fractures du crâne, et les contusions cérébrales.

Le terme de **lésions diffuses**, est principalement attribué aux lésions axonales. L'origine de ces lésions est un traumatisme de l'axone par étirement ou cisaillement, causé par des mécanismes d'accélération et de décélération (Jourdan, 2015), à la suite d'un déplacement de l'encéphale à l'intérieur de la boîte crânienne. Ce sont principalement ces lésions qui vont être à l'origine des troubles cognitifs et comportementaux, et donc d'un mauvais pronostic. Effectivement, elles vont toucher une plus grande partie de l'encéphale contrairement aux lésions focales qui sont davantage localisées (Vinour et al., 2014). Les lésions diffuses comportent également les lésions de petits vaisseaux (Jourdan, 2015).

Enfin, les **lésions secondaires** « *correspondent à l'aggravation des lésions initiales dans les jours qui suivent le traumatisme* » (Jourdan, 2015). Celles-ci peuvent entraîner notamment un œdème cérébral post-traumatique et une hypertension intracrânienne (Jourdan, 2015). Ces dysfonctionnements peuvent également provoquer une mort cellulaire neuronale.

1.1.1.2. Gravité du traumatisme crânien

A la suite du traumatisme crânien, le pronostic pour la personne va être défini par plusieurs facteurs, tels que : la durée de la perte de connaissance initiale, la durée de l'Amnésie Post-Traumatique (APT) et la profondeur du coma.

Afin d'évaluer le niveau de gravité du traumatisme, il existe le Score de Coma de Glasgow (GCS) initial, développé par Graham Teasdale et Bryan J. Jennett en 1974. Cette échelle est réalisée à l'arrivée de la personne à l'hôpital ou en service d'urgence (Jourdan, 2015). Elle va permettre de mesurer son état de conscience et de déterminer le niveau de gravité du traumatisme, à partir : de l'ouverture des yeux, de la réponse verbale et de la réponse motrice à des stimulations. Le score est obtenu, en additionnant les valeurs des différents items, allant de 3 (absence totale de conscience) à 15 (niveau de pleine conscience), et va déterminer trois niveaux de gravité : léger, modéré et sévère.

Le **traumatisme crânien léger** correspond à un score de Glasgow allant de 15 à 13. Pour établir ce diagnostic il faut également une APT inférieure à 24 heures et une durée de coma inférieure à 30 minutes. Approximativement 90 % des traumatisés crâniens légers ont un pronostic favorable, néanmoins, environ 5 à 15 % vont présenter des séquelles persistantes, telles que : fatigue, céphalées, troubles de la mémoire et de la concentration (Perroux, Lefebvre et al., 2013).

Ensuite, lorsque le GCS est compris entre 12 et 9, cela correspond à un **traumatisme crânien modéré**. Pour être qualifié de TC modéré, il faut une durée de coma comprise entre 30 minutes et 24 heures, et une APT allant de 1 à 7 jours. En fonction de la durée de l'APT, de la profondeur et de la durée du coma, les séquelles seront plus ou moins importantes.

Enfin, quand le score est inférieur ou égal à 8, on parle de **traumatisme crânien grave**. Il correspond à une durée de coma supérieure à 24 heures et une durée d'APT supérieure à 7 jours. A la suite d'un TC grave, les séquelles peuvent donc être multiples et le risque de décès est plus important.

L'âge de la personne va être en corrélation avec le pronostic du TC, en effet, après 60 ans, le risque de mortalité est plus important (Cohadon, Castel, Richer, Mazaux, Loiseau, 2008). De plus, les facteurs génétiques, l'importance des lésions, la prise en charge précoce et le niveau socio-professionnel antérieur à l'accident (Cohadon et al., 2008), vont être pris en compte dans le pronostic.

1.1.1.3. Epidémiologie du traumatisme crânien

En France, il existe peu d'étude épidémiologique concernant les TC. Cependant, la majorité des études, déclare que leur incidence est d'environ 235 nouveaux cas sur 100 000 habitants par an (Masson, 2000), ainsi, il surviendrait environ 160 000 nouveaux cas chaque année, dont environ 40% présentent des séquelles (Jourdan, 2015). Sur les 235 cas il y a environ 25 traumatisés crâniens graves (Jourdan, 2015). En France, on dénombre également environ 80 % de TC léger, dont environ 10 % qui présenteront des séquelles. Les TC modérés représentent 11 % et les TC sévères représentent 9 % des personnes traumatisées crâniennes, qui pour la majorité d'entre elles des séquelles cognitivo-comportementales et/ou physiques se manifesteront (Bayen, Jourdan, Azouvi et al., 2012).

Le traumatisme crânien représente la première cause de décès et de handicap chez les jeunes de moins de 35 ans (Vinour et al., 2014). Les victimes de ce traumatisme sont principalement les jeunes hommes (15 à 30 ans) et les personnes âgées (Bayen, Jourdan, Azouvi et al., 2012). Les accidents de la voie publique en sont la principale cause, représentant entre 50 à 60 % des TC. Suivi des chutes correspondant à environ 20 à 30 % des TC (Vinour et al., 2014). Les autres causes sont les accidents de sport, de loisirs et enfin les violences. Ainsi, chez les jeunes, les traumatismes crâniens sont davantage consécutifs à des accidents de la route, de violence ou de sport et concernent majoritairement les hommes. Tandis que la population âgée est plutôt concernée par les suites de chutes, ceci en parité hommes - femmes.

1.1.1.4. Les séquelles du traumatisme crânien

De nos jours, la prise en charge plus rapide des personnes traumatisés crâniennes aux urgences et l'amélioration des services spécialisés ont permis de diminuer considérablement le taux de mortalité (Vinour et al., 2014). En conséquence, cela amène à une augmentation du nombre de TC présentant des séquelles (Dumont et al., 2005).

En fonction de la gravité du TC et des facteurs prédisposants de l'individu, différents types de séquelles peuvent être observés.

❖ **Les séquelles physiques**

Les lésions du traumatisme peuvent entraîner des atteintes motrices, sensitives et sensorielles.

Les lésions neurologiques, peuvent toucher la commande motrice volontaire, occasionnant une hémiparésie le plus souvent ou une hémiplégie, voir une tétraplégie dans les cas les plus graves. Ces lésions s'accompagnent parfois de trouble du tonus comme la spasticité.

La personne traumatisée crânienne, peut également présenter une affection du système neurologique périphérique, entraînant des atteintes neuro-orthopédiques comme des troubles para-ostéo-arthropathies, des rétractions musculo-tendineuses et des algodystrophies. Ces troubles sont généralement liés à l'immobilisation durant le coma (Cohadon et al., 2008). De surcroît, ils peuvent développer des troubles du tonus, de l'équilibre et de la sensibilité.

Les lésions du traumatisme peuvent engendrer une atteinte des nerfs crâniens occasionnant un tableau clinique très varié.

Également, ils sont susceptibles de présenter une dysarthrie ou une aphasie restant rare chez la personne traumatisée crânienne (Azouvi, 2009).

Parfois, le TC peut déclencher une épilepsie-post-traumatique, pouvant être immédiate, précoce ou tardive, nécessitant une prise en charge médicale anticipée.

Couramment, les TC ont une bonne récupération sur le plan moteur, en effet, environ 70 % des personnes récupèrent une autonomie à la marche (Cohadon et al., 2008).

Les séquelles cognitivo-comportementales sont ainsi celles qui persistent le plus longtemps.

❖ **Les séquelles cognitives et comportementales**

Les atteintes cognitives et comportementales constituent la principale source de séquelles des TC. Ce sont principalement ces troubles qui vont influencer le devenir des adultes traumatisés crâniens en termes de réinsertion sociale, familiale et professionnelle (Azouvi, 2009). Ces séquelles sont qualifiées « d'invisibles », car elles peuvent ne pas être perçues de prime abord et sont diagnostiquées parfois plus secondairement.

La mémoire est la fonction cognitive la plus fréquemment altérée après un TC (Cohadon et al., 2008), donnant lieu principalement à des troubles de la mémoire de travail et des troubles de la

mémoire à long terme. Ceux-ci ont tendance à persister de nombreuses années après un TC sévère (Azouvi, 2009).

Parmi les fonctions les plus altérées, on retrouve également les troubles de l'attention et des fonctions exécutives. Les troubles de l'attention peuvent engendrer de la fatigabilité, de la distractibilité, des difficultés à suivre une conversation, de la difficulté lors des doubles tâches, etc. Les troubles des fonctions exécutives sont souvent fréquents et peuvent freiner la réinsertion professionnelle des personnes traumatisées crâniennes (Azouvi, 2009). En effet, ils peuvent engendrer des difficultés de planification, d'organisation, de stratégie, d'initiative, de contrôle du comportement, et une diminution de la flexibilité mentale.

Les troubles de la métacognition, c'est-à-dire la non-connaissance de ses troubles, qui peut également se traduire par une surestimation de ses propres capacités (Cohadon et al., 2008), sont fréquents chez cette population.

Les lésions neurologiques du TC peuvent entraîner des troubles de la compétence communicative et de la structuration du discours (Azouvi, 2009), pouvant donner lieu à une conversation décousue ou incohérente. Cela peut occasionner des difficultés à être compris par autrui.

Aussi, une altération de la cognition sociale peut être développée, les aptitudes sont donc amoindries concernant les relations avec les autres, dues à une mauvaise compréhension des états mentaux (Picq et Pradat-Diehl, 2012).

Les troubles comportementaux et de l'expression émotionnelle peuvent faire suite au traumatisme, ayant un retentissement sur leur insertion sociale et professionnelle (Vallat-Azouvi, Chardin-Lafont, 2012). Ils peuvent être multiples sur le versant hypo ou hyper actifs. D'une part, sur le versant de l'hyperactivité, on peut retrouver entre autres une impulsivité, agressivité, irritabilité, agitation, une désinhibition sexuelle et/ou comportementale. A contrario, sur le plan de l'hypoactivité on trouve notamment : une baisse de la motivation et de l'empathie, une apathie, une inhibition sexuelle, une réduction de la prise d'initiative, etc.

❖ Les troubles psychologiques

L'accumulation de ces troubles physiques et cognitifs, va avoir une conséquence sur la qualité de vie du TC, entraînant parfois des troubles psychologiques. Effectivement, dans 25 à 50 % des cas, les TC moyens à sévères développent une dépression post-traumatique

(Lermuzeaux, 2012). Par ailleurs, ils présentent couramment une baisse d'estime d'eux-mêmes, de l'anxiété, un sentiment d'isolement, pouvant dans de rare cas mener au suicide (Rogers, Read, 2007).

Ainsi, l'adulte traumatisé crânien nécessite un accompagnement pluridisciplinaire et précoce de ses troubles (Azouvi et al., 2019), afin d'améliorer sa qualité de vie, de faciliter sa réinsertion sociale, familiale et professionnelle.

1.1.1.5. Le parcours de soins de la personne traumatisée crânienne

A la suite de l'accident, l'adulte traumatisé crânien, en général va avoir un long parcours de soins, dépendant en partie du niveau de gravité et de la lésion.

D'une manière générale, la personne victime d'un TC va tout d'abord passer par les soins aigus. Elle peut être prise en charge dans plusieurs types d'établissements tels que les unités de soins intensifs, les services de réanimation, les services de neurochirurgie, les services de rééducation post réanimation, etc. (Jourdan, 2015).

Lorsque que l'adulte traumatisé crânien se stabilise, en sortie de soins aigus, il y a la phase post-hospitalière. C'est-à-dire la phase où il va soit être transféré dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), soit en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), ou bien retourner à domicile (Jourdan, 2015). L'objectif principal en MPR et SSR est la rééducation, et la réadaptation dans le but de retrouver une autonomie optimale. La prise en charge idéale est pluridisciplinaire et globale associant des professionnels rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues, psychologues, etc.), des médecins, des équipes de soins et des assistants sociaux (Bayen, Jourdan, Azouvi et al., 2012).

Enfin, apparaît la phase de suivi et de réinsertion, s'appuyant sur des soins ambulatoires et une prise en charge médico-sociale (Jourdan, 2015). C'est par le biais de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) que les personnes vont être orientées vers des structures de réinsertion ou d'accompagnement, en fonction de leurs séquelles et de leurs besoins. Par exemple, les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS), sont des lieux de vie, pouvant recevoir des adultes traumatisés crâniens en manque d'autonomie et d'indépendance. Il existe aussi des centres Ressources pour Personnes Cérébrolésées permettant de conseiller les personnes victimes d'une lésion cérébrales acquises.

Les Services D'accompagnement Médico-Social de l'Adulte Handicapé (SAMSAH) ont pour objectif « *de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* » (MDPH, 2009). De même, sur l'aspect professionnel, l'adulte traumatisé crânien peut bénéficier d'une orientation vers un Etablissement et Service d'Aide pour le Travail (ESAT) ou une Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle (UEROS). L'UEROS a pour objectif de « *faciliter le passage de la rééducation à la réinsertion, en assurant quatre fonctions : évaluation, réentraînement, orientation sociale et professionnelle et suivi* » (Debelleix, Francois-Guinaud, Truelle, 2007). Enfin, il existe d'autres dispositifs d'aide à l'insertion et à la réinsertion professionnelle différents selon les régions, tels que : les Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH), les Etablissements et Services de Réadaptation Professionnelle (ESRP), l'Association Comète, etc.

Par conséquent, l'ergothérapeute peut intervenir durant toutes les phases du parcours de l'adulte traumatisé crânien.

1.1.1.6. L'ergothérapeute auprès de l'adulte traumatisé crânien

La profession de l'ergothérapeute repose sur l'article L4331-1 et R4331-1 par le Code de la Santé Publique. Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2019), l'ergothérapie a pour objectif de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* ». Ainsi, l'ergothérapeute au moyen d'évaluations suivies d'un diagnostic ergothérapique, établit des objectifs de rééducation, réadaptation ou réinsertion, pour favoriser l'autonomie et l'indépendance de la personne dans ses activités signifiantes et significatives. L'ergothérapeute a une vision holistique de la personne : il prend en compte les habitudes de vie, les facteurs psychosociaux, et l'environnement familial, social, physique et professionnel. C'est pourquoi, l'ergothérapeute joue un rôle important dans l'accompagnement des adultes traumatisés crâniens tout au long de leur parcours de soins. En outre, en fonction de la phase durant laquelle il intervient, et du type de structure, l'ergothérapeute n'aura pas les mêmes objectifs de prise en charge auprès de ces personnes.

Lors de la phase de soins aigus, l'ergothérapeute a deux objectifs principaux pour accompagner la personne victime d'un TC. L'installation du patient est le premier. Effectivement, cette étape va permettre de prévenir les déformations neuro-orthopédiques et cutané-trophiques, en mettant en place des attelles, etc. L'ergothérapeute adapte et aménage son environnement : en chambre, au lit, au fauteuil, afin de créer un espace rassurant et sécurisant pour la personne, et de concevoir un espace épuré pour limiter la surcharge cognitive. Le second objectif de l'ergothérapeute, est la stimulation sensorielle, temporo-spatiale, motrice et relationnelle, afin d'enrichir tous les moyens de communication et permettre à la personne de retrouver une conscience de son environnement et de ses sensations (Cohadon et al., 2008).

Durant la phase de rééducation et de réadaptation, l'ergothérapeute a plusieurs objectifs afin d'améliorer son indépendance et son autonomie, tels que : favoriser la récupération sensitivo-motrice, accompagner la récupération des fonctions cognitives, développer l'indépendance et l'autonomie dans les activités courantes de la vie quotidienne, envisager la sortie du centre de rééducation, etc. Pour ce faire, l'ergothérapeute peut réaliser tout d'abord des évaluations, permettant de définir des objectifs adaptés et personnalisés à la personne traumatisé crânienne : évaluations standardisées, mises en situations écologiques, évaluation de l'autonomie dans la vie quotidienne, etc. Ensuite, pour répondre aux objectifs, il développe différents moyens : la rééducation cognitive (stratégie de compensation, atelier de remédiation cognitive, mises en situation), l'accompagnement dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) (mises en situations, aides techniques), et l'accompagnement pour le retour à domicile (visite à domicile, aménagement de l'environnement en intégrant l'entourage), etc.

Enfin, l'ergothérapeute peut intervenir lors de la phase de suivi, et de réinsertion. Il a alors pour objectif d'établir avec la personne son projet de vie, qui va être individualisé et va correspondre à ses attentes et ses besoins, en lien avec son entourage. Pour ce faire, il peut réaliser des évaluations en situation réelle, et mettre en place des moyens pour faciliter la participation de la personne dans la reprise de ses activités. Il peut être amené à accompagner le patient dans différentes démarches, par exemple, l'orientation vers diverses structures en cas de souhait de reprise professionnelle ou dans l'accompagnement à la reprise de la conduite automobile, etc.

Par conséquent, l'ergothérapeute est un professionnel ayant pour rôle d'accompagner l'adulte traumatisé crânien afin de favoriser sa participation sociale.

1.1.2. La participation sociale

1.1.2.1. Définition de la participation sociale

La participation sociale, est un concept récent dans le domaine de la santé. Selon la Classification International du Fonctionnement (CIF), la participation se définit par « *l'implication de l'individu dans une situation de la vie réelle. Elle constitue la perceptive sociétale du fonctionnement* ».

En 1998, les travaux de Patrick Fougeyrollas, Cloutier et al, ont permis de développer un modèle conceptuel bio-psycho-social, correspondant au Modèle de Développement Humain et au Processus de Production du Handicap (MDH-PPH). Ils définissent la participation sociale comme étant « *la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles)* » (Morel-Bracq, 2017).

Une habitude de vie selon Meyer (2013), correspond à la « *manière d'agir dans la vie quotidienne, acquise par de fréquentes répétitions, qui demande peu d'attention et qui permet un fonctionnement efficace* ». Ainsi, les habitudes de vie permettent à la personne de s'épanouir dans sa société tout au long de sa vie. Le MDH-PPH (Annexe I) va regrouper les habitudes de vie en deux catégories : les « activités courantes » d'une part, correspondant à la communication, aux déplacements, à la nutrition, à la condition corporelle, aux soins personnels et à l'habitation ; et les « rôles sociaux » d'une autre part, qui concernent les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, l'éducation, le travail et les loisirs (RIPPH, 2020).

D'après la définition du PPH, la participation sociale résulte de l'interaction entre facteurs personnels et environnementaux.

Les *facteurs personnels* sont des caractéristiques propres à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques (composantes corporelles visant une fonction commune), les aptitudes (capacité et incapacité à réaliser une activité mentale ou physique), etc. (Morel-Bracq, 2017).

Les *facteurs environnementaux*, d'après le MDH-PPH, sont liés à une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. Ces facteurs sont considérés soit comme facilitateurs soit comme obstacles à la réalisation des habitudes de vie. Les facteurs environnementaux se divisent en « facteurs sociaux » et en « facteurs physiques ». Parmi les

facteurs sociaux, on trouve les facteurs politico-économiques, et les facteurs socioculturels. Les « facteurs physiques » concernent la nature (géographie physique, climat, temps, bruit, luminosité) et l'aménagement (architecture, aménagement du territoire, technologies) (Morel-Bracq, 2017).

Par ailleurs, selon la loi du 11 février 2005, le handicap est défini comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Le concept de participation sociale s'est donc construit à travers la notion de handicap. En effet, d'après le PPH, la participation sociale est l'opposée d'une situation de handicap. Par conséquent, toute personne présentant une réduction de ses habitudes de vie résultant de facteurs personnels et environnementaux, va tendre vers une limitation de sa participation sociale et donc se retrouver dans une situation de handicap.

1.1.2.2. Les restrictions de participation sociale de l'adulte traumatisé crânien

Comme cité précédemment, la participation sociale correspond à la pleine réalisation de ses habitudes de vie en société. A la suite de l'accident, l'adulte traumatisé crânien présente d'importantes inaptitudes sur sa possibilité de réaliser ses activités, et donc restreint sa participation dans son milieu de vie. En s'appuyant sur les données littéraires, il ressort plusieurs domaines de la participation sociale dans lesquels ces adultes vont être impactés.

Majoritairement, ils retrouvent de l'autonomie dans leurs activités élémentaires de la vie quotidienne (Bayen, et al., 2012) comme l'autonomie à la marche, l'habillement, la toilette etc. (Montreuil, Coupé, Truelle, 2012). En revanche, ils vont présenter davantage de difficultés dans leur Activités Instrumentales de Vie Quotidienne (AIVQ), telles que : la gestion d'un budget, faire les courses, le ménage, prendre les transports en commun, etc. (Bayen, et al., 2012). De plus, ils se retrouvent limités dans leurs activités de loisirs, environ un tiers des adultes traumatisés crâniens graves n'ont pas de loisirs extérieurs (Montreuil et al., 2012) car ils présentent par exemple, une baisse de motivation, un manque d'intérêt, une fatigabilité attentionnelle occasionnant une diminution de leur participation à des loisirs (Perroux et al., 2013). Lorsque la personne subit un TC, elle va fréquemment vivre un changement important dans ses rôles : de travailleur, d'étudiant, de parent, d'ami, de bénévole, de membre de la

famille, etc. La reprise professionnelle, s'avère être l'activité la plus perturbée chez la personne ayant eu un TC, d'ailleurs pour le TC grave, la reprise du travail est aux alentours de 30 % (Bayen et al., 2012). Enfin, peu de traumatisés crâniens participent à des activités communautaires, il est également fréquent d'observer une diminution de la vie sociale, engendrant un isolement social de la personne.

A préciser que ces restrictions de participation chez l'adulte traumatisé crânien, vont se singulariser d'une personne à une autre. Effectivement, les facteurs environnementaux peuvent influencer la participation sociale, tels que la précocité et le suivi de la prise en charge, la coopération entre le thérapeute, la personne et celle de l'entourage, le soutien familial, la possibilité de se déplacer, etc. (Dumont et al., 2005). Elle dépend également de facteurs personnels comme : l'âge, le sexe, la scolarité, la situation socio-économique, les troubles psychologiques, les troubles cognitivo-comportementaux, la capacité de s'adapter à une nouvelle situation, etc. (Dumont et al., 2005).

En conséquence, l'ergothérapeute a un rôle important pour favoriser la participation sociale de ces adultes traumatisés crâniens.

1.1.2.3. L'ergothérapie et la participation sociale

La participation sociale représente un objectif majeur en réadaptation (Larivière, 2008 et Castelein 2015). Effectivement, l'Organisation Mondiale de la Santé (2001), via la CIF démontre que la participation de la personne dans ses activités est cruciale dans sa vie et permet de promouvoir sa santé, sa qualité de vie globale et son bien-être.

De ce fait, ce concept s'est intégré rapidement à la profession de l'ergothérapeute. De plus en plus d'écrits s'intéressent donc à la promotion de la participation sociale en ergothérapie. Effectivement, dans sa pratique, l'ergothérapeute a pour rôle d'aider la personne à retrouver de l'autonomie et de l'indépendance dans ses habitudes de vie, en s'appuyant sur toutes les composantes de la personne. Par conséquent, certains auteurs considèrent ainsi que la participation sociale représente une finalité de l'intervention en ergothérapie (Law, 2002), puisque comme l'évoque l'ANFE, l'ergothérapeute a comme objectif principal de favoriser la participation de l'individu dans son milieu de vie.

1.1.2.4. Les outils d'évaluation à la participation sociale

L'ergothérapeute dans sa pratique professionnelle, doit pouvoir évaluer la participation sociale des personnes et peut ainsi s'appuyer sur différents outils.

L'évaluation en ergothérapie est essentielle afin de réaliser un état des lieux de la situation de la personne, de définir des objectifs de prise en charge et de pouvoir repérer son évolution dans le temps. Les différentes évaluations vont également permettre de faciliter la communication entre la personne, l'ergothérapeute et les autres professionnels avec qui il collabore.

Selon certains auteurs, il est essentiel d'évaluer les besoins en participation sociale, car l'amélioration de la participation pour la personne est un enjeu en réadaptation (Castelein, 2015). Néanmoins, à l'heure actuelle il existe peu d'outils d'évaluation validés de la participation sociale en France, et peu d'outils anglophones ont été traduits (Larivière, 2008). Aussi, le manque de consensus sur la définition de la participation sociale, induit une difficulté à trouver des instruments de mesure spécifique à son évaluation (Levasseur et al., 2010). Cependant, certains supports peuvent être utilisés pour l'évaluer comme : la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE), la MIF (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle), la Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation (G-MAP), l'ESOPE BD, l'Evaluation du Niveau de Participation Sociale (ENPS), le Profil des AVQ, le GEVA, le Profil d'Autonomie pour Adultes Cérébrolésés (PAAC), etc. (Castelein, 2015 et Larivière 2008).

Les outils d'évaluation à la participation sociale doivent inclure certains critères. Dans un premier temps, selon Castelein, les composantes à évaluer au niveau de la participation doivent comprendre : les *activités de la vie quotidienne* (hygiène de vie, s'habiller, se nourrir, etc.), les *activités instrumentales de la vie quotidienne* (se déplacer, faire le ménage, etc.), et les *rôles sociaux* (responsabilités parentales, financière, l'éducation, le travail, les loisirs, etc.). Selon Larivière, il est alors préférable de tenir compte de toutes les activités qu'une personne réalise dans sa vie quotidienne.

Ensuite, il est nécessaire de considérer différentes dimensions dans l'évaluation (Castelein 2015). Il est possible de les catégoriser en deux types de facteurs :

- Les *facteurs objectifs* de la participation : la fréquence de réalisation de l'activité, le niveau d'aides nécessaires à sa réalisation et le degré de difficulté dans la réalisation de l'activité (Brown et al., 2004, et Coster et Khetani, 2008).

- Les *facteurs subjectifs* : le niveau de satisfaction par rapport à la réalisation de l'activité, et le niveau d'importance de l'activité pour la personne (Brown et al., 2004, Castelein, 2015, Larivière, 2008).

Les différentes évaluations disposent davantage de facteurs objectifs que subjectifs (Castelein, 2015).

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), dans ces différentes études n'est pas mentionnée comme un outil d'évaluation de la participation sociale. Toutefois, une enquête exploratoire, a permis de montrer qu'elle est utilisée par les ergothérapeutes dans ce but. Celle-ci est donc détaillée dans la prochaine partie, car ce travail de recherche va porter sur cette mesure.

1.1.3. Le modèle et son outil : la MCRO

1.1.3.1. Le Modèle Canadien du Rendement et de L'engagement Occupationnel

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) fait partie des modèles généraux en ergothérapie. Il a été élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes dans l'objectif de clarifier leur rôle (Morel-Bracq, 2017). En effet, l'ergothérapeute permet de favoriser l'engagement de la personne dans l'occupation.

L'occupation est définie comme « *l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une valeur et une signification* » (Townsend et Polatajko, 2013). Elle est donc perçue comme un besoin fondamental de l'être humain pour vivre et être en relation (Townsend et Polatajko, 2013 et Morel-Bracq, 2017). Selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (2002) le MCREO permet de mettre en évidence les liens existants entre la Personne, son Environnement et ses Occupations.

Ce modèle est humaniste, et centré sur la personne et ses occupations. Il se fonde sur une approche « client-centré », car la collaboration entre le thérapeute et le client est favorisée afin de faciliter l'occupation et son engagement dans l'activité (Morel-Bracq, 2017). Sur la figure disponible en Annexe II, on constate que la personne est au centre de l'environnement et de l'occupation, permettant de souligner cette approche centrée sur la personne. En ce sens, cette pratique fondamentale tient « *compte de la subjectivité, les désirs et les besoins propres* »

de la personne (Morel-Bracq, 2017). Ce modèle est donc axé sur les occupations et supporte la promotion de l'activité pour le « *maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie et de satisfaction* » (Morel-Bracq, 2017).

La personne est composée de 4 dimensions dans ce modèle. La dimension *physique* (comprenant toutes les fonctions sensorielles, motrices et sensori-motrices), la dimension *cognitive* (comprenant les fonctions cognitives et intellectuelles) la dimension *affective* (tenant compte des fonctions sociales et des émotions), et enfin, la dimension *spirituelle* (c'est-à-dire les valeurs, croyances et représentation). L'environnement lui aussi est défini selon 4 domaines : *physique, institutionnel, culturel et social*. Enfin, l'occupation, constitue le lien entre la personne et son environnement, c'est-à-dire, ce que la personne réalise dans son environnement. Elles se déclinent sous 3 domaines : *soins personnels, loisirs et productivité*.

L'engagement occupationnel peut être défini par l'engagement que l'on entreprend dans une activité signifiante et/ou significative autant physiquement que psychologiquement (Morel-Bracq 2017). Le rendement occupationnel correspond à la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations qui lui procure de la satisfaction (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2002). Il résulte donc des interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation (Townsend, Polatajko, 2013).

L'Association Canadienne des Ergothérapeutes a par la suite créée un outil d'évaluation découlant de ce modèle : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.

1.1.3.2. Définition et utilisation de la MCRO

L'outil de la MCRO est fondé sur le modèle conceptuel MCREO (Morel-Bracq, 2017). Cette mesure a été traduite en 36 langues, et utilisée dans plus de 40 pays (Law et al., 2014). Elle est basée sur un entretien semi-dirigé, qui permet de déceler à partir des propos de la personne, sa perception sur les difficultés qu'elle éprouve dans son rendement occupationnel et les changements de celui-ci (Law et al., 2014). Ainsi, elle tient compte de l'importance, du rendement, de la satisfaction que perçoit la personne dans ses activités et ses occupations (Law et al., 2014).

Elle peut être utilisée auprès de toute situation de handicap et tout âge. Lorsque les thérapeutes sont habitués, la passation peut durer entre 15 et 30 minutes. La MCRO est un support fiable et valide qui peut être utilisé dans une variété de contextes cliniques (Law et al., 2014). Ainsi,

pour utiliser cette mesure, il est pertinent que les ergothérapeutes aient réalisé une formation spécifique de la MCRO, afin de l'administrer de manière fiable et valide (Law et al., 2014).

Il est conseillé de faire passer la MCRO au début de l'intervention ergothérapeutique, afin de déterminer des objectifs. Elle peut être ensuite réalisée quand le thérapeute en ressent le besoin et en fin de prise en charge pour réaliser une réévaluation de l'évolution ou de la situation de la personne. La MCRO, tout comme le modèle MCREO, répond donc à une évaluation fondée sur l'occupation et centrée sur la personne. Le thérapeute et la personne sont donc partenaires. Ainsi, elle permet d'accroître la participation de celle-ci dans son processus thérapeutique (Law et al., 2014).

Les occupations sont donc composées :

- Des *soins personnels* (occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner) comportant trois aspects : hygiène, mobilité fonctionnelle, vie communautaire.
- De la *productivité* (occupations visant à préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres et à développer ses habiletés personnelles) comprenant : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.
- Des *loisirs* (occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive) incluant les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs, et la vie sociale.

La passation de la MCRO se déroule en 5 étapes.

La première étape, correspond à la définition du problème (Law et al., 2014). La personne doit identifier les occupations qu'il veut, doit, ou devrait réaliser dans sa vie quotidienne, il peut notamment les comparer avec celles qu'il réalisait habituellement. Le thérapeute peut s'appuyer sur une liste d'occupations répertoriées dans le formulaire de la MCRO.

Lors de la seconde étape, la personne doit coter sur une échelle de grandeurs de 1 à 10 [pas important (1) à extrêmement important (10)] l'importance qu'il accorde à retrouver une meilleure participation dans ses activités. Cette étape est essentielle, car elle permet au thérapeute et à la personne de préciser les priorités de l'intervention. Ainsi, cette étape permet à l'ergothérapeute d'établir des objectifs et de planifier son intervention.

La troisième et quatrième étape, sont l'attribution et la compilation des cotes. Le thérapeute prend les cinq difficultés les plus importantes pour la personne. Il doit identifier son rendement et son sentiment de satisfaction pour chacune de celles-ci. Pour le rendement, le thérapeute formule la question tel que : « *Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement* » de 1 à 10 [incapable d'exécuter l'activité (1) à capable d'exécuter parfaitement l'activité (10)]. De même, pour la satisfaction, le thérapeute peut demander « *Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement ?* » 1 à 10 [pas satisfait du tout (1) à extrêmement satisfait (10)].

Enfin, la cinquième étape est la phase de réévaluation. Lorsque le thérapeute en ressent la nécessité, il peut procéder à une réévaluation. La personne évaluée à nouveau son rendement et son sentiment de satisfaction, toujours par rapport aux cinq difficultés identifiées, en attribuant à nouveau une cote de 1 à 10. Cette réévaluation, va pouvoir permettre d'identifier si la personne présente un changement quant à son rendement et son sentiment de satisfaction dans ses cinq difficultés préalablement identifiées. Le thérapeute peut donc fixer de nouveaux objectifs en fonction de cette réévaluation.

A noter que cette évaluation peut être réalisée auprès d'un membre de l'entourage si la personne n'est pas en capacité de s'auto-évaluer (Law et al., 2014). Le thérapeute a également la possibilité d'adapter l'outil en fonction des difficultés de la personne : les échelles sont ajustables (échelles visuelles) par rapport à ses capacités et en fonction du public.

1.2. L'enquête exploratoire

La réalisation d'une enquête exploratoire (Annexe III) a permis de recueillir l'expérience professionnelle des ergothérapeutes auprès des adultes traumatisés crâniens et d'identifier leur pratique quant à l'évaluation de la participation sociale des personnes qu'ils accompagnent. L'enquête a pour objectif de préciser le sujet de départ, en faisant un lien direct avec la pratique professionnelle. Neuf ergothérapeutes prenant en soin des adultes traumatisés crâniens ont répondu au questionnaire, venant de différentes structures : FAM spécialisé pour cérébrolésés, SAMSAH, MAS, Unité mobile de réinsertion sociale et familiale, MPR et SSR. La majorité des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, travaillent auprès des TC modérés à sévères, une mineure partie indiquent intervenir également auprès des TC légers.

Tout d'abord, concernant les restrictions de participation sociale, un ergothérapeute a évoqué qu'il est compliqué de les déterminer, car elles dépendent de la personne, du contexte, etc. Néanmoins, selon la majorité des ergothérapeutes interrogés, c'est l'activité professionnelle qui est la principale problématique. Ensuite, c'est l'impact dans les relations interpersonnelles qui ressort de cette enquête. En effet, d'après un ergothérapeute, les traumatisés crâniens présentent une limitation dans leurs activités sociales : sorties, liens amicaux et familiaux. De plus, ils indiquent qu'ils sont limités dans leurs activités de loisirs, et qu'ils présentent des difficultés pour faire partie de la vie communautaire. Plusieurs ergothérapeutes sont d'accord pour dire que les TC sont également touchés dans la réalisation des AIVQ, notamment dans la gestion d'un budget, la prise de rendez-vous, pouvoir se déplacer en extérieur et faire les courses.

Les ergothérapeutes ont indiqué de nombreuses causes de restrictions de participation sociale. Ils déclarent tous que cette limitation est due à la présence d'un « handicap invisible ». Effectivement, l'anosognosie (c'est-à-dire la non-conscience de ses troubles et/ou de leurs impacts dans la vie quotidienne), mais aussi les troubles du comportement, les troubles de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives, et l'apathie, sont, selon les ergothérapeutes, des causes importantes de restriction de participation sociale. Ensuite, trois ergothérapeutes font ressortir que la difficulté à gérer la fatigue va impacter le TC dans sa participation. Seulement un ergothérapeute déclare que les troubles moteurs peuvent restreindre cette participation.

Comme vu précédemment, il existe des outils d'évaluation à la participation sociale. Ils peuvent permettre de fixer des objectifs et donc de l'améliorer en ciblant les habitudes de vie problématiques et significatives pour la personne traumatisée crânienne, c'est-à-dire qui ont du sens pour elle.

La majorité des ergothérapeutes, indiquent ne pas utiliser d'outils spécifiques à la participation sociale. Effectivement, un ergothérapeute indique que c'est par manque de temps, un autre car il n'a pas la connaissance d'outils d'évaluation de la participation sociale auprès des TC. Ainsi, pour la plupart, ils réalisent des mises en situations écologiques afin d'évaluer, sans réelle norme, la réalisation de l'activité, et en mesurant l'impact et les besoins dans l'activité. Un ergothérapeute s'appuie sur le modèle du PPH pour évaluer leur participation sociale. Enfin, des ergothérapeutes expliquent qu'ils réalisent la MCRO auprès de ces personnes, afin d'évaluer le niveau d'importance qu'elles accordent à la réalisation de leurs habitudes de vie dans les domaines de la productivité, des soins personnels et des loisirs.

1.3. Question de recherche

Comme l'indiquent les données littéraires, les adultes victimes de TC, peuvent présenter de nombreuses séquelles à la suite de leur accident. En effet, certains vont présenter un « handicap invisible », qui aura des conséquences importantes sur la possibilité de réaliser leurs activités.

D'après la littérature et le recueil de l'expérience professionnelle des ergothérapeutes, les adultes traumatisés crâniens sont fortement impactés dans leur participation sociale, car ils sont restreints dans la réalisation de leurs habitudes de vie. Cette limitation va résulter de l'association de facteurs environnementaux et de facteurs personnels. Ainsi, ils vont, pour la majorité, présenter une restriction de participation dans les champs des AIVQ, des activités professionnelles, de loisirs ou des difficultés à maintenir des relations interpersonnelles et de leurs rôles sociaux.

Par conséquent, l'accompagnement en ergothérapie est souvent nécessaire avec l'objectif d'améliorer leur participation sociale. Pour ce faire, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur des outils d'évaluation, qui vont permettre d'identifier les besoins en participation sociale des traumatisés crâniens. Grâce à ces évaluations, l'ergothérapeute va établir, en lien avec la personne des objectifs d'accompagnement. Or, en pratique, les ergothérapeutes n'utilisent pas nécessairement d'outils d'évaluation à la participation sociale auprès ces personnes, mais plutôt des mises en situations écologiques, par exemple. Néanmoins, les ergothérapeutes favorisent l'utilisation de la MCRO pour évaluer la participation sociale. Par conséquent, l'état des lieux des connaissances et le retour de l'expérience professionnelle des ergothérapeutes, ont permis de préciser les questionnements de départ, et d'établir la question de recherche suivante :

« En quoi la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel est un outil pertinent dans l'évaluation de la participation sociale de l'adulte traumatisé crânien ? »

1.4. Cadre éthique de la recherche

Ce travail de fin d'étude est encadré par l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie (IUFÉ) d'Auvergne et par un directeur de mémoire disposant de compétences dans le domaine de cette recherche. Ce mémoire a été soumis à un cadre éthique, recevant un

avis favorable le 09 mars 2021 par le comité d'éthique de l'Université Clermont Auvergne (Annexe IV).

Durant ces travaux de recherche, la vie privée, la dignité, la confidentialité et l'anonymat des personnes interviewées ont été préservés. Un consentement libre et éclairé doit être donné au préalable des entretiens. Pour ce faire, les personnes signent un formulaire d'information et de non-opposition (Annexe V) afin de donner leur accord pour participer à cette étude, être enregistrées durant les entretiens et sont informées qu'elles peuvent interrompre à tout moment leur participation à ce travail.

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Choix de la population

Pour rappel, l'objectif de cette étude est de vérifier si l'utilisation de la MCRO par les ergothérapeutes est pertinente dans l'évaluation des besoins en participation sociale des adultes traumatisés crâniens. Ainsi, pour répondre au plus juste à la question de recherche, il est essentiel de questionner la pratique professionnelle des ergothérapeutes diplômés, sans critère d'âge, de sexe et de milieu professionnel.

Le choix de la population de cette étude présente donc plusieurs critères d'inclusion. Les participants doivent être ergothérapeutes diplômés exerçant ou ayant exercés auprès de personnes traumatisées crâniennes âgées de plus de 18 ans. Ensuite, ils doivent avoir une expérience professionnelle d'au minimum un an auprès de ces adultes. En effet, il est essentiel que l'ergothérapeute interrogé ait un recul suffisant et de l'expérience, étant donné la complexité de cette pathologie, du fait des troubles cognitivo-comportementaux et du handicap invisible. Enfin, pour recueillir qualitativement des données concernant la MCRO, il semble pertinent d'interroger uniquement des ergothérapeutes incluant cet outil dans leur pratique. Les ergothérapeutes ne pratiquant pas la MCRO auprès des adultes traumatisés crâniens sont donc exclus de cette étude.

Le recrutement des ergothérapeutes s'est réalisé par mail auprès de différentes structures accueillants des adultes traumatisés crâniens ou sur les réseaux sociaux dans des groupes d'ergothérapeutes. Lors de la sollicitation de leur participation, le thème global du mémoire leur était donné, sans dévoiler l'objectif de l'étude afin de ne pas influencer leurs réponses.

2.2. Choix de l'outil

L'outil utilisé dans ce travail de recherche repose sur une méthode qualitative. En effet, cette étude s'interroge sur la pratique professionnelle et les représentations de l'ergothérapeute par rapport à son utilisation de la MCRO et à la participation sociale des adultes traumatisés crâniens.

Par ailleurs, pour recueillir les données nécessaires pour répondre à la question de recherche, l'entretien individuel semi-directif s'est avéré le plus adapté. En effet, l'entretien permet à la personne interrogée de s'exprimer et de s'expliquer librement. D'après Tétreault

(2014) il « *donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations* », tout en respectant un cadre établi grâce aux questions préalablement conçues. Son intérêt est également de pouvoir rebondir sur les propos de la personne afin d'approfondir certains éléments.

2.3. Développement de l'outil

Pour réaliser un entretien semi-directif, il est essentiel d'élaborer en amont une grille d'entretien (Tétreault, Guillez, 2014). Dans le cadre de cette étude, cette grille se compose de sept questions ouvertes réfléchies pour pouvoir répondre à la question de recherche. Ces dernières comprennent des questions de relance pour favoriser les échanges et recueillir des informations pertinentes. Elles permettent également d'aiguiller la personne vers des sujets qu'elle n'aurait pas abordés. La grille d'entretien est disponible en annexe VI.

Chaque entretien débute systématiquement par une présentation succincte de l'étude, puis par les questions suivantes :

Questions préalables : Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?

Cette question permet d'amorcer l'entretien, de connaître le parcours professionnel de la personne et de savoir dans quel type de structure elle exerce. Également pour identifier si l'ergothérapeute a de l'expérience auprès des adultes traumatisés crâniens et donc si le professionnel répond bien aux critères de la recherche.

Définition de la participation sociale par l'investigateur : après avoir répondu à cette question, il semble nécessaire de définir la notion de participation sociale utilisée dans le cadre de cette étude. Cela permet d'être en accord avec le participant sur cette définition pour éviter les biais.

Question 1 : *D'après votre expérience, quels sont les domaines les plus souvent impactés en termes de participation sociale chez l'adulte traumatisé crânien ? (Exemples : AIVQ, loisirs, activités professionnelles...)*

Cette première question vérifie dans quels domaines les adultes traumatisés crâniens sont les plus touchés dans leur participation sociale selon les ergothérapeutes afin de confronter leurs réponses avec la littérature. Ceci permet de comprendre si les domaines ressortant par les

ergothérapeutes peuvent être facilement identifiables par la MCRO, ou si au contraire d'autres outils sont davantage facilitateurs.

Question 2 : Vous appuyez-vous sur des outils d'évaluation (bilans, modèles, etc...) afin d'évaluer la participation sociale des adultes traumatisés crâniens dans votre pratique ?

Au travers de cette question, l'objectif est d'identifier si les thérapeutes s'appuient sur des outils d'évaluation à la participation sociale. Elle permet également de repérer, si l'ergothérapeute dans sa représentation, considère la MCRO comme un outil évaluant la participation sociale.

Question 3 : Quelle est votre expérience avec la MCRO ?

Cette question vise à identifier si les ergothérapeutes ont de l'expérience avec cet outil, c'est-à-dire : la fréquence à laquelle ils utilisent l'outil et s'ils sont formés.

Question 4 : A quel moment de l'accompagnement de la personne traumatisée crânienne utilisez-vous la MCRO ?

Cette thématique aborde le fait de savoir si les professionnels pensent qu'il y a des moments plus opportuns que d'autres pour réaliser la MCRO auprès de cette population. Aussi, de comprendre si cet outil est plus adapté d'après eux en début, en milieu ou fin de prise de charge.

Question 5 : Quels sont vos critères de choix pour utiliser l'outil de la MCRO auprès de l'adulte traumatisé crânien ?

Cette question appréhende si la MCRO est davantage facilitatrice avec un certain type de population parmi les adultes traumatisés crâniens. En particulier pour identifier s'il y a des contraintes ou limites éventuelles ou si au contraire, il est adapté à chaque personne.

Question 6 : Que vous apporte cet outil en plus dans votre pratique auprès de cette population ? Ou quels sont ses limites dans le recueil des besoins ?

Cette question permet d'identifier dans quels buts les ergothérapeutes utilisent cet outil, et l'intérêt qu'il a dans leur pratique, dans l'objectif de visualiser si la MCRO répond au critère d'un outil d'évaluation à la participation sociale.

Question 7 : Pour finir, vous appuyez-vous sur d'autres outils pour compléter votre évaluation par la MCRO ?

Cette thématique permet de repérer et comprendre si d'après les professionnels interrogés, la MCRO est suffisante pour évaluer les besoins en participation sociale, ou s'il est nécessaire de la compléter avec d'autres supports auprès de l'adulte traumatisé crânien.

Enfin, une dernière question ouverte leur a été proposée, pour exprimer des questionnements ou remarques.

L'entretien était clôturé par des remerciements.

2.4. Mode d'analyse des données

Les entretiens réalisés ont été enregistrés sous forme audio puis retranscrits intégralement par écrit, suivi d'une lecture approfondie de chaque entretien. Par la suite, pour pouvoir analyser les éléments essentiels, deux méthodes ont été utilisées.

Dans un premier temps une analyse longitudinale correspondant à une lecture horizontale des données est effectuée. Elle permet de traiter les entretiens de façon individuelle. Les éléments sont catégorisés sous forme de tableau par thèmes et sous-thèmes, en fonction des questions de la grille d'entretien.

Dans un second temps, une analyse transversale est réalisée équivalant à une lecture verticale des données. Les thématiques des entretiens individuels ressortant de l'analyse longitudinale, sont ici comparées entre elles, permettant de mettre en avant les éléments de corrélation entre les différents professionnels interrogés, puis d'en réaliser une synthèse.

2.5. Biais et limites de la méthode

La méthodologie utilisée dans cette étude présente plusieurs biais. Effectivement, l'entretien semi-directif permet de recueillir des données subjectives. Elles correspondent donc aux représentations de la personne interrogée et ne sont pas forcément véritables pour tout le monde.

La majorité des entretiens a été réalisée principalement par téléphone, présentant des avantages notamment à cause de la crise sanitaire et de la distance géographique. Cette méthode permet le recueil des informations transmises par les participants. Néanmoins, l'accès à la

communication non-verbale est limitée, qui joue pourtant un rôle indispensable à la compréhension de certaines explications.

De plus, la méthode d'entretien consiste à poser des questions assez ouvertes, ainsi les réponses peuvent donner lieu à des données isolées, qui seront difficiles à analyser car non comparables avec les autres professionnels.

3. Analyse des données et principaux résultats

3.1. Typologie des entretiens

Certains ergothérapeutes contactés par mail ont répondu favorablement pour participer aux entretiens. Au total quatre ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion ont réalisé les entretiens. Ces derniers ont été menés à bien du 12 février 2021 au 02 avril 2021. La durée moyenne des entretiens était d'environ 45 minutes, pour une durée minimale de 25 minutes et une durée maximale de 1h10. Trois entretiens se sont déroulés par téléphone et un par visioconférence. Afin de respecter l'anonymat de chaque professionnel, un intitulé E1, E2, E3, E4 leur a été attribué. Le tableau 1 ci-dessous reprend l'ensemble de ces éléments.

Tableau 1: Typologie des entretiens

Entretiens	Date	Durée	Type d'entretien
E1	02 février 2021	25 minutes	Téléphone
E2	22 février 2021	38 minutes	Téléphone
E3	24 février 2021	50 minutes	Téléphone
E4	02 avril 2021	1h10	Visioconférence

3.2. Présentation des participants

La première question de la grille d'entretien a permis d'obtenir des informations d'échantillonnage concernant les participants. En annexe VII est disponible un tableau récapitulant l'ensemble de ces données.

3.3. Analyse longitudinale des données

Pour réaliser cette analyse longitudinale, les réponses des participants ont été incluses dans sept thématiques définies à partir des sept questions de la grille d'entretien. Puis, de façon individuelle, les données ont été retranscrites dans un tableau (Annexe VIII).

❖ Ergothérapeute 1 (E1) :

L'ergothérapeute 1 révèle que les adultes traumatisés crâniens sont impactés dans leurs AVQ en premier lieu car ce sont souvent « *les premiers questionnements* ». Ainsi, les loisirs, le travail, et les rôles sociaux arrivent plus secondairement. Pour évaluer la participation sociale de ces adultes, E1 utilise principalement la MCRO, elle explique néanmoins que ce n'est pas « *toujours pertinent* » avec les patients cérébrolésés. Aussi, elle utilise parfois la MHAVIE, qui a une trame « *beaucoup plus directive* » où « *les habitudes de vie sont clairement identifiées* ».

E1 est formée à la MCRO et l'inclut dans sa pratique depuis 2012. C'est l'outil qu'ils utilisent le plus dans sa structure. Concernant le moment opportun pour faire passer la MCRO, E1 considère que cela est variable et dépend « *vraiment du patient* », « *de sa capacité de compréhension, sa capacité à analyser* ». Travaillant dans un SSR, pour elle il n'y a pas d'intérêt à la faire passer en phase d'APT. Elle la réalise donc généralement plus tardivement dans « *le processus de rééducation* » que pour un patient blessé médullaire par exemple. De plus, elle la fait passer lorsque les objectifs ont changé, ou « *ne sont pas clairs, ou qu'on commence à s'orienter sur des choses qui ne sont pas pertinentes pour le patient* », ou lorsque qu'ils rentrent en hôpital de jour et qu'ils ont de nouveaux objectifs. E1 exprime que la limite de son utilisation va être pour des patients présentant une incapacité à élaborer et/ou les troubles cognitifs pouvant perturber l'évaluation. Il en est de même pour les troubles du comportement, pour les patients « *plus apathiques* », ayant des difficultés à s'exprimer, ou encore présentant une anosognosie. Selon E1 la MCRO présente une plus-value car elle permet de « *cibler les objectifs* » ergothérapeutiques et d'orienter la prise en charge sur ce dont le patient a envie. Ainsi, cet outil est primordial pour « *cibler les activités qui ont du sens* » pour le patient. La cotation du rendement auprès du TC peut « *mettre en évidence que le patient n'a pas forcément conscience de ses troubles* » et qu'il y a éventuellement une « *légère anosognosie* ». La réévaluation, permet de constater l'évolution du patient. L'aspect subjectif de la MCRO ressort notamment de l'entretien, car pour E1 cet outil est pertinent uniquement lorsque c'est le « *patient qui fait émerger des demandes* ». Cet outil, est donc « *un support pour faire émerger des demandes* » et pour faciliter les échanges, en laissant le patient « *s'exprimer* » et « *réfléchir* ».

E1 complémente la MCRO par le biais d'évaluations plus objectives comme des bilans moteurs, de force, de dextérité et cognitifs. Effectivement, pour elle, la MCRO permet de mettre en évidence les difficultés de la personne selon son point de vue, mais ne permet de pas d'en

savoir plus, elle est donc « *obligée de compléter avec certains bilans* ». Elle n'intègre pas la famille aux évaluations par manque de temps.

❖ Ergothérapeute 2 (E2) :

Selon l'ergothérapeute 2, les adultes traumatisés crâniens sont limités dans de nombreuses activités telles que : les déplacements, le travail, les loisirs et les rôles sociaux. La personne peut avoir des « *difficultés relationnelles* », entraînant un isolement. Afin d'identifier les besoins en participation sociale, E2 exprime que ce n'est forcément celle-ci « *que l'on va évaluer avec la MCRO* ». Ainsi, elle utilise la trame de la MHAVIE, en tant que support pour « *être sûre de n'oublier aucune activité* », en complément de la MCRO.

E2 n'a pas reçu la formation de la MCRO, et l'utilise depuis environ 2 an et demi. Elle essaye donc de la faire passer à chaque fois qu'elle rencontre une nouvelle personne traumatisée crânienne. Ainsi, E2 privilégie sa passation en début de la phase d'évaluation, c'est-à-dire au cours du deuxième ou troisième entretien et lors de réévaluations notamment durant la réactualisation du projet d'accompagnement. Les séquelles cognitives comme les troubles de la concentration ou les séquelles comportementales telles que des personnes qui : s'expriment très peu, sont dans le déni, n'ont pas pleinement conscience de leurs difficultés et de la réalité, peuvent être un frein à la passation de la MCRO pour elle. Effectivement, ce serait passer à « *côté de ses réelles capacités* ». A l'inverse, la MCRO présente plusieurs intérêts pour E2. Premièrement, elle permet de voir l'avancée au niveau des objectifs ergothérapeutiques et de voir où la personne se situe dans son évolution. Puis, pour E2, la lésion suite au TC créé une « *rupture entre la vie qu'il avait avant et maintenant* ». Ainsi, il lui semble nécessaire d'utiliser la MCRO pour faire ressortir ce qui est important pour la personne et donc ce qui a le plus de sens pour elle. La notion de l'importance est pour E2, un élément « *important pour l'accompagnement en ergothérapie* ». De surcroît, la satisfaction est un aspect de l'outil qui n'est « *pas forcément interrogé dans d'autres bilans* », elle permet de se rendre compte du cheminement de la personne et de son acceptation quant à ses difficultés. Grâce au rendement elle peut se rendre compte si la personne est vraiment dans le déni ou à contrario si elle a la capacité de percevoir ses difficultés. La réévaluation a aussi un intérêt pour voir « *l'évolution* » de la personne et « *l'avancée au niveau des objectifs* » ergothérapeutiques. La subjectivité ressort à plusieurs reprises de l'entretien, puisque la MCRO permet de recueillir les représentations de la personne, son ressenti et comment elle se perçoit dans l'activité. Ainsi, cet outil pour E2,

permet de recueillir les besoins et est « *un instant juste avec la personne* », lui permettant d'échanger, de s'exprimer, tout en pouvant « *recadrer et recentrer la personne* » grâce aux différents domaines existants. Par conséquent, grâce à la MCRO la personne est actrice de sa prise en charge, favorisant donc sa « *motivation* » et son « *engagement* » dans sa « *participation sociale* ».

E2 s'appuie sur d'autres moyens pour compléter la MCRO, comme la MHAVIE, des bilans types capacité de préhension, de force, de dextérité, de sensibilité, etc. Mais surtout par des mises en situation écologique, afin de comparer ce que la personne lui a dit avec ses capacités réelles. Mais aussi, par le biais d'entretiens avec l'entourage qui lui permettent de vérifier si la personne est bien consciente de ses difficultés. Ainsi, pour E2 cet outil est important pour évaluer la participation sociale, mais ne lui semble pas suffisant, car c'est « *justement la perception de la personne* » et si elle présente des troubles cognitifs, le thérapeute sera à côté des réelles capacités. C'est pourquoi, d'après E2, compléter la MCRO par des bilans plus objectifs est nécessaire.

❖ Ergothérapeute 3 (E3) :

D'après l'ergothérapeute 3, les adultes traumatisés crâniens sont limités dans les AVQ, comme l'habillement et les soins d'hygiène. Mais aussi dans leur AIVQ, notamment pour préparer ses repas, savoir à quelle heure les prendre, etc. Le travail et les loisirs sont également impactés. Mais ces restrictions dépendent du type de séquelles du TC, si elles sont cognitives ou physiques. Afin d'évaluer la participation sociale, E3 réalise des entretiens avec ou non l'appui de la MCRO ou d'un autre support. Elle s'appuie sur la trame du Profil des AVQ pour ne pas oublier d'actes de la vie quotidienne.

E3 a été récemment formée à la MCRO, mais elle l'utilise depuis environ 2016. Elle la fait passer à chaque début d'accompagnement de l'adulte traumatisé crânien. Puis, dans le but de « *refaire le point sur l'accompagnement* » entre six mois et un an. Pour E3, la limite de passation de la MCRO est lorsque la personne présente des troubles cognitifs trop sévères ou que son niveau de compréhension est trop faible. Mais également, si la personne est anosognosique, dans le déni ou a des difficultés pour s'exprimer. E3 favorise l'approche centrée sur la personne, pour pouvoir fonder son intervention ergothérapique à partir des objectifs de la personne. Ainsi, elle tient compte des activités qui ont du sens pour elle, de ce qui est « *important* » et pour ne pas se baser uniquement sur les « *représentations* » du thérapeute. La

satisfaction est un aspect permettant de visualiser l'acceptation des difficultés que la personne a. Le rendement, quant à lui, permet de voir si la personne « *se rend vraiment compte de ses difficultés* ». La réévaluation est un élément de comparaison pour E3, visant à voir le cheminement de la personne sur son évolution, ses progrès et « *pour prendre conscience de ses difficultés et les accepter* ». E3 perçoit la MCRO comme un outil pour recueillir les difficultés, pour laisser la personne parler et comme étant un support à la discussion. La personne est donc actrice de sa prise en charge selon E3 car c'est elle qui participe à son propre projet.

E3 complète cet outil par des mises en situation principalement, afin d'observer ce qui se passe réellement dans les activités ressortant de la MCRO. Elle inclut également l'entourage à l'évaluation quand la personne présente des troubles importants. Effectivement, pour elle, partir des difficultés exprimées selon le point de vue de la personne n'est pas suffisant, il est donc « *essentiel de creuser* », car c'est subjectif.

❖ Ergothérapeute 4 (E4) :

Les activités instrumentales de la vie quotidienne, sont les plus limitées chez l'adulte traumatisé crânien pour l'ergothérapeute 4. Selon lui, c'est principalement lorsqu'il doit faire face à « *une situation nouvelle et complexe* », s'opposant donc à l'automatisme. Pour évaluer les restrictions de participation sociale, E4 s'appuie sur la MIF en tant que support permettant de balayer les activités d'une personne et de la MCRO. Aussi, son approche se fonde sur le schéma de la CIF.

E4 utilise la MCRO depuis une dizaine d'années, il n'est pas formé. Il l'utilise systématiquement à chaque nouvelle entrée. Le moment de passation propice pour E4 est lors du deuxième entretien, puisque le premier est réservé à la rencontre avec la personne et l'établissement d'une alliance thérapeutique. Celle-ci est également réalisée pour refaire le point lors des projets d'accompagnement personnalisés et lorsqu'il y a un changement d'objectif, pour qu'ils soient actualisés. D'après E4, il est difficile de réaliser la MCRO auprès des personnes présentant « *des bas niveaux de conscience* », car il a été prouvé qu'elles « *ne comprennent pas vraiment les enjeux d'une telle prise en charge* », aboutissant « *souvent à des échecs* ». La limite peut être aussi pour des personnes ayant des difficultés d'élocution et de prononciation. Un des freins pour E4, est que certains aspects de la vie quotidienne dans la MCRO sont occultées comme la vie affective et la sexualité, mais pour lui elle permet tout de même de couvrir l'ensemble des activités de la personne, grâce aux trois thèmes principaux.

Aussi, car l'ergothérapeute doit savoir écouter et reformuler pour obtenir toutes les informations nécessaires. La MCRO présente une plus-value afin de co-déterminer les objectifs avec la personne. Il fonde sa pratique sur une approche client-centré. Pour lui, la MCRO aborde les activités qui sont significatives pour la personne, visant donc à la « *pleine participation de la personne, sa motivation, son implication* ». La cotation du rendement et de la satisfaction lui permet donc de visualiser comment la personne perçoit sa situation. La réévaluation fait ressortir si son accompagnement « *a apporté quelque chose à la personne* » et pour reprendre les objectifs avec celle-ci. Pour E4, on recueille les propos de la personne à travers la MCRO. Ainsi, il laisse les gens s'exprimer, et la MCRO est donc « *un support à la discussion* ». Dans son approche E4 favorise au maximum l'implication de la personne dans son processus décisionnel, pour la faire participer et ne pas décider à sa place, afin d'obtenir une motivation plus importante.

Enfin, il complète la MCRO si nécessaire à l'aide de mises en situation pour évaluer « *l'impact dans l'activité* », et également via des entretiens avec l'entourage, pour « *mesurer l'écart entre le déclaratif et la performance* ».

3.4. Analyse transversale des données

Par le biais de l'analyse longitudinale, les principaux résultats des quatre ergothérapeutes sont comparés entre eux, en fonction des sept thèmes définis préalablement.

❖ L'impact dans la participation sociale des adultes traumatisés crâniens

Pour l'ergothérapeute 1 travaillant en SSR, les AVQ sont principalement touchées chez les adultes traumatisés crâniens, car se sont en général leurs premiers questionnements. E3 explique également que certaines AVQ, comme l'habillement et les soins d'hygiène, peuvent être complexes. A contrario, pour E2 et E3, ce sont majoritairement les loisirs, le travail et les difficultés relationnelles qui sont touchés. E3 et E4 s'accordent pour dire que les personnes traumatisées crâniennes sont impactées dans leur AIVQ telles que : préparer ses repas, se rendre à un rendez-vous, faire ses courses, prendre les transports en commun, etc. Seul l'ergothérapeute 4, explique que les TC sont principalement touchés dans des situations nouvelles et complexes, relevant de l'imprévu.

❖ L'évaluation de la participation sociale

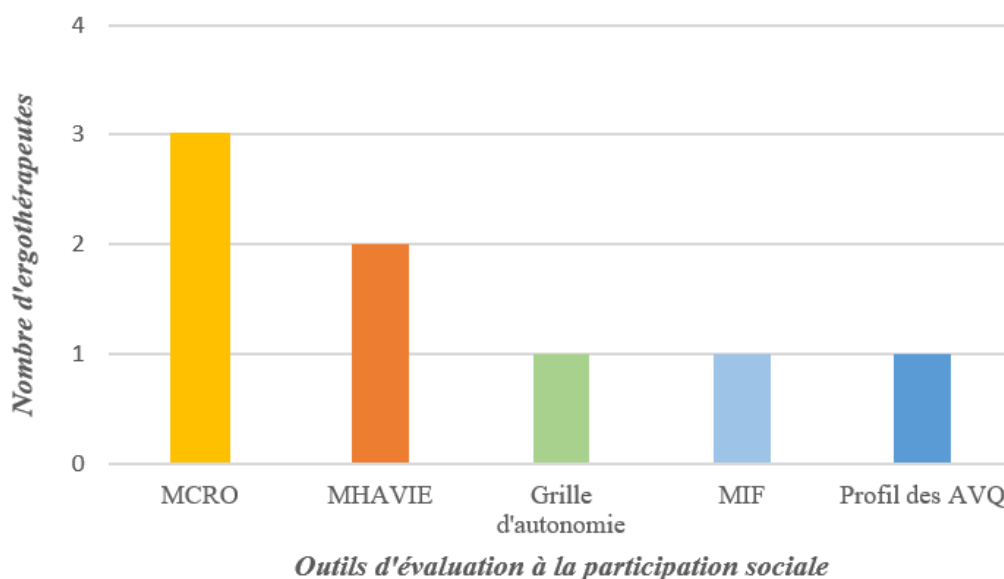


Figure 1 : Identification des outils d'évaluation à la participation sociale utilisés par les ergothérapeutes

Pour évaluer la participation sociale, trois ergothérapeutes s'accordent à dire qu'ils utilisent la MCRO. L'ergothérapeute 1 explique de prime abord que ce n'est pas toujours pertinent avec des patients cérébrolésés. Pour E2, la MCRO n'évalue pas nécessairement la participation sociale. E3 et E4 l'évaluent par le biais d'entretiens, en s'appuyant sur la MCRO, et sur d'autres outils qui leur servent de supports tels que, le Profil des AVQ et la MIF dans le but de ne pas oublier les différentes activités de la vie d'une personne. E1 et E2 utilisent également la MHAVIE. Elles soulignent que la MHAVIE dispose d'une trame davantage directive où les habitudes de vie sont clairement identifiées, contrairement à la MCRO. Cependant, pour E2 la MHAVIE a un inconvénient majeur car elle n'inclut pas la notion d'importance. Enfin, pour E4, certains aspects peuvent être mis de côté dans l'évaluation par la MCRO, comme la vie sexuelle et affective. Mais pour lui, un ergothérapeute dispose de savoir-faire tel que l'écoute active et la reformulation dans le but d'obtenir toutes les informations essentielles.

❖ Expérience des professionnels face à la MCRO

Les ergothérapeutes 1 et 3 sont formés à la MCRO tandis que E2 et E4 ne le sont pas. On constate, qu'en moyenne les quatre ergothérapeutes sont expérimentés car ils l'utilisent depuis longtemps, et fréquemment. Le tableau ci-dessous résume ces différentes notions.

	E1	E2	E3	E4
Formation	Oui en 2012 puis en 2017	Non	Oui en 2020	Non
Utilisation	Depuis 2012	Depuis 2018	Depuis 2016	Depuis 2011

Tableau II : Expérience des professionnels par rapport à la MCRO

Par ailleurs, E1 l’emploie très souvent auprès des adultes traumatisés crâniens. E2, E3, et E4 s’entendent pour dire qu’ils l’utilisent en général à chaque nouvelle prise en charge d’une personne présentant un TC.

❖ Le moment de passation de la MCRO

Concernant le moment opportun pour faire passer la MCRO afin de recueillir les besoins en participation sociale, E2, E3 et E4 concordent à l’idée qu’il est pertinent durant le début de l’accompagnement. E2 et E4 nuancent en expliquant qu’il est nécessaire de ne pas la faire passer lors d’un premier entretien, mais plutôt lors du deuxième ou troisième. Cette passation plus tardive permet aux ergothérapeutes de pouvoir faire connaissance avec la personne et de lui expliquer l’intérêt de leur venue et enfin d’établir une relation de confiance avec elle. Néanmoins pour E1, cela dépend du patient, effectivement, s’il présente peu ou pas de troubles cognitifs ni de difficultés pour s’exprimer, la passation de la MCRO en début d’accompagnement va être possible. Au contraire, s’il est en phase d’APT, ou ayant des troubles sévères, elle n’y voit pas d’intérêt. Ainsi, E1 a tendance à utiliser la MCRO plus tardivement dans le processus de rééducation.

Les quatre ergothérapeutes sont en harmonie pour dire que le second moment propice à sa passation est pour redéfinir des objectifs. Particulièrement, lorsqu’ils ne sont plus actualisés et donc plus pertinents pour la personne.

❖ Les critères de choix d’utilisation de la MCRO

Les ergothérapeutes font ressortir plusieurs critères de choix d’utilisation de la MCRO auprès des adultes traumatisés crâniens.

Les quatre ergothérapeutes se rejoignent dans l’idée qu’il est compliqué, voire impossible pour certains de réaliser la MCRO auprès d’une personne anosognosique ou n’ayant

pas conscience de ses troubles. Dans ce cas-là les ergothérapeutes ont tendance à s'orienter vers d'autres outils. Pour E2, si la personne n'a pas pleinement conscience de ses difficultés, en tant que thérapeute elle s'éloignera de la réalité, E3 la rejoint en affirmant que la MCRO n'est ainsi pas systématiquement adaptée. Par ailleurs, pour E4, ce bas niveau de conscience peut occasionner une incompréhension des enjeux d'une prise en charge client-centré, risquant par conséquent de les mettre en situation d'échec.

De plus, E1 et E3 témoignent que les difficultés de compréhension peuvent être un frein à la passation de cet outil. Pour E2, ce sont surtout les troubles de la concentration qui peuvent entraver la passation de la MCRO.

E1 et E2 se rejoignent dans l'idée que les personnes ayant des troubles de l'apathie et donc des difficultés pour exprimer leurs problèmes peuvent rendre la passation de la MCRO complexe. De ce fait, ils n'obtiennent pas toujours des informations pertinentes et/ou suffisantes. Si la personne traumatisée crânienne est encore dans une phase de déni suite à son traumatisme, cela peut rendre la passation difficile pour les ergothérapeutes 2 et 3.

Enfin, les troubles de la communication tels que, les difficultés d'expression, d'élocution, et de prononciation peuvent impacter péjorativement la passation de la MCRO pour E1, E3 et E4.

❖ Les plus-values de la MCRO

En questionnant les représentations des ergothérapeutes sur les différentes plus-values de la MCRO auprès de ces adultes afin de recueillir les besoins en participation sociale, plusieurs éléments sont ressortis.

Tout d'abord, les ergothérapeutes 1 et 4 montrent que l'intérêt de cet outil est de pouvoir cibler des objectifs sur ce dont la personne a envie, et donc de co-déterminer les objectifs avec elle.

L'aspect subjectif de cet outil se retrouve dans le discours d'E1, E2 et E3. Pour ces thérapeutes, la MCRO est pertinente quand c'est la personne elle-même qui fait émerger ses propres demandes. Ainsi, les ergothérapeutes vont recueillir auprès d'elle, sa propre perception et ressenti dans l'activité.

De plus, la cotation de l'importance est une plus-value majeure de cet outil. Effectivement, pour l'ensemble des ergothérapeutes, cette cotation met en lumière les activités significantes pour la personne, qui font sens pour elle. Cela va permettre de comprendre les rôles et activités que la personne cherche à tenir. Cette notion d'importance, permet donc de s'écarter des représentations du thérapeute. Pour E4, pouvoir partir des activités significantes pour la personne va favoriser sa pleine participation, sa motivation et son implication dans sa prise en charge. L'aspect client-centré est alors mis en évidence par E3 et E4. En effet, cette approche est essentielle dans leur pratique, afin de toujours partir de la personne, grâce notamment à l'utilisation de la MCRO.

La cotation de la satisfaction pour E2 et E3, présente un avantage pour comprendre le cheminement qu'a effectué la personne durant sa prise en charge. Quant à celle du rendement, pour tous les ergothérapeutes, elle permet de visualiser si la personne a conscience de ses troubles, et comment elle se perçoit dans ses activités.

La réévaluation est nécessaire pour les ergothérapeutes afin de percevoir l'évolution de la personne. Mais aussi, pour la personne elle-même, la réévaluation met en avant ses progrès ou au contraire ses difficultés. De plus, celle-ci peut mettre en évidence le processus d'acceptation des personnes face à leur problématique. Effectivement, lors de la réévaluation leur rendement peut ne pas avoir évolué ou avoir baissé, en revanche leur satisfaction peut avoir augmenté.

Pour tous les ergothérapeutes, la MCRO est véritablement un support pour recueillir les demandes et difficultés de la personne. Effectivement, d'après E2, cette évaluation est juste un instant d'échange avec la personne. Les ergothérapeutes font consensus sur le fait qu'ils laissent les personnes s'exprimer et parler. E3 et E4 rajoute que c'est par conséquent un support à la discussion.

Enfin, les trois ergothérapeutes travaillant en SAMSAH (E2, E3 et E4) mettent en exergue la notion de personne actrice dans sa prise en charge. Effectivement, pour E2 et E3 si la personne est actrice, c'est-à-dire que le thérapeute ne décide pas à sa place, cela permet alors d'augmenter sa motivation et son engagement dans sa participation sociale.

❖ Les ressources complémentaires

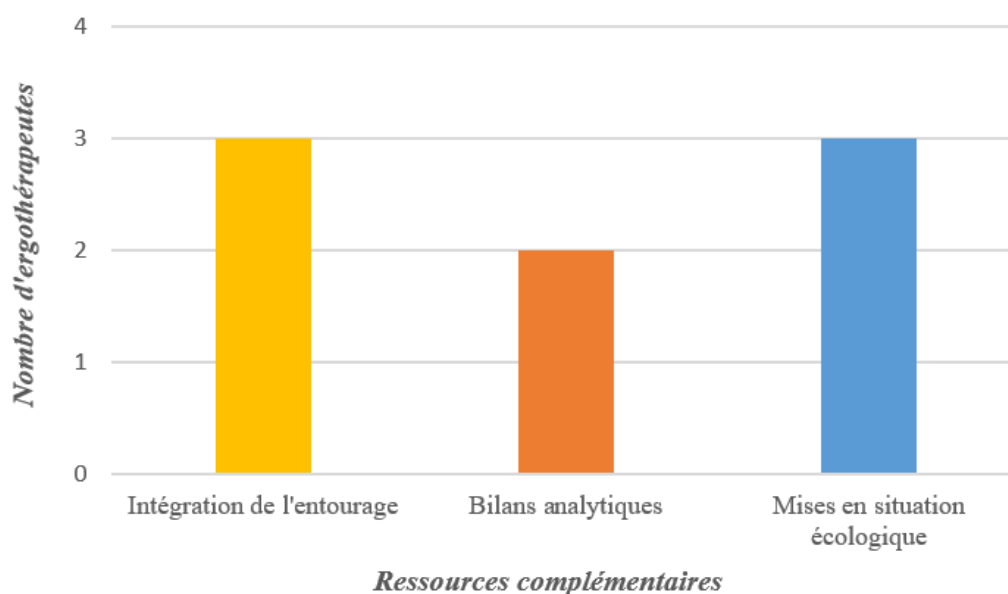


Figure 2. : Les ressources complémentaires adoptées par les ergothérapeutes

Afin d'évaluer les restrictions réelles en participation sociale de la personne traumatisée crânienne, les ergothérapeutes s'accordent à dire qu'il est généralement nécessaire de compléter la MCRO par d'autres évaluations. E1 s'appuie principalement sur des évaluations plus classiques telles que des bilans moteurs, de force, de dextérité, cognitifs etc. Il arrive parfois aux trois autres ergothérapeutes d'en réaliser également. Mais pour eux, afin de compléter la MCRO, c'est majoritairement par le biais de mises en situation écologique. Ces dernières permettent au thérapeute de visualiser réellement comment la personne réalise l'activité. L'ergothérapeute 4, réalise parfois des mises en situation quand cela lui est nécessaire et possible et s'aide de bilans, tels que : le Test des Errances Multiples (TEM), l'Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie (EF2E) et le Kettle test.

Par ailleurs, les ergothérapeutes 2, 3 et 4 incluent très souvent l'entourage à l'évaluation globale, notamment lorsque les troubles sont importants et que l'ergothérapeute a besoin de comprendre réellement ce qui se passe dans l'activité. L'ergothérapeute 1 aimerait pour sa part, inclure davantage l'entourage, mais le fait encore très peu, par manque de temps dans la structure.

Ainsi, ce qui ressort de l'ensemble des ergothérapeutes, est que la MCRO met en évidence les difficultés de la personne dans son quotidien, par rapport à ses propres

représentations. Mais pour eux, il est essentiel de la compléter pour voir objectivement ses aptitudes réelles dans ses activités problématiques. Effectivement, si la personne présente des troubles comme le déni, ou un bas niveau de conscience et que l'ergothérapeute part uniquement de ses propos, il pourrait être à côté des besoins concrets et capacités de la personne. Ainsi, comme E4 l'exprime, les évaluations complémentaires peuvent permettre de voir l'impact réel dans l'activité et de mesurer l'écart entre le déclaratif et les capacités de la personne.

4. Discussion

4.1. Interprétation des résultats : confrontation avec la littérature

Pour rappel, le but de cette recherche est de comprendre en quoi la MCRO est suffisante dans l'évaluation des besoins en participation sociale des adultes traumatisés crâniens. Cette partie permet de confronter les données littéraires présentées dans le cadre théorique avec les résultats obtenus auprès des ergothérapeutes pour obtenir des éléments de réponses à la question de recherche.

4.1.1. La MCRO : un outil de recueil des besoins en participation sociale des adultes traumatisés crâniens

Les leviers de la MCRO pour recueillir les besoins en participation sociale d'une personne traumatisée crânienne, sont détaillés ci-dessous.

Il est complexe, pour les ergothérapeutes interrogés, de savoir si la MCRO est une évaluation à la participation sociale en s'appuyant de la définition du PPH. En effet, une des ergothérapeutes ne l'identifie pas comme tel contrairement aux trois autres. Cette différence de résultats peut s'expliquer par les faibles données littéraires sur ce sujet (Larivière, 2008). Aussi, cela peut se justifier par un manque de consensus sur les définitions de la participation sociale, car celle-ci est encore en émergence dans le domaine de la réadaptation (Larivière, 2008). Il est d'ailleurs important de préciser que les ergothérapeutes ont favorisé le terme de recueil et non celui d'évaluation. Effectivement, la MCRO peut être pertinente dans l'évaluation de la participation sociale, mais c'est bien un recueil des propos de la personne qui est réalisé, on parle donc davantage d'une auto-évaluation.

En fonction du secteur d'activité de l'ergothérapeute, les restrictions de participation sociale de l'adulte traumatisé crânien ne sont pas les mêmes. D'après ceux exerçant en SAMSAH, ce sont principalement les AIVQ, les loisirs, le travail et les relations interpersonnelles qui vont être limitées, comme l'évoque la littérature (Bayen et al., 2012). En effet, dans ce contexte, les ergothérapeutes interviennent sur le lieu de vie des personnes, qui pour la majorité ont récupéré de leur séquelles motrices, mais présentent plus couramment un handicap invisible. A l'opposé, l'ergothérapeute travaillant en SSR, accompagne les personnes

juste après la phase des soins initiaux, elles présentent donc une restriction de participation plus marquée dans les AVQ.

Repérer les différentes activités impactées dans la participation sociale, du point de vue des ergothérapeutes, permet de visualiser si la MCRO peut faciliter d'identification de ces restrictions. Pour qu'un outil soit pertinent dans cette évaluation, il faut qu'il puisse identifier les différents domaines de participation de la personne (Heinemann, 2010).

La MCRO est assez exhaustive afin de déterminer toutes les activités que la personne réalise. Les thèmes : soins personnels, productivité et loisirs, ont été préalablement définis, car dans la majorité des études, ce sont ces trois thèmes qui sont ressortent le plus souvent (Levasseur et al., 2016). La MCRO pourrait par conséquent permettre l'identification d'un plus grand nombre de problématiques, lorsque la personne est capable de les exprimer, contrairement à d'autres outils (Levasseur et al., 2016). Néanmoins, le thérapeute doit savoir se détacher des thèmes proposés pour s'assurer d'aborder toutes les habitudes de vie de la personne dans l'éventualité où elle ne s'oriente pas sur celles-ci. Pour ce faire, les ergothérapeutes s'appuient sur des trames comme la MHAVIE, la MIF, le profil des AVQ en complément de la MCRO, qui traitent d'un plus grand nombre d'activités et qui sont davantage détaillées que dans la mesure canadienne. De surcroît, toutes les activités courantes de la vie d'une personne ne sont pas clairement identifiées par la MCRO, comme la vie affective et sexuelle qui peut être parfois occultée, selon un ergothérapeute. En revanche, dans cette présente étude, les ergothérapeutes disposent de suffisamment de recul avec cette mesure, permettant de constater que ce n'est pas une limite de l'outil. Effectivement, ils l'utilisent uniquement en tant que support et ont conscience qu'il faut veiller à brosser tous les domaines d'activités en la complétant avec d'autres supports pour recueillir tous les besoins en participation sociale.

Les ergothérapeutes interrogés réalisent des entretiens semi-structurés via la MCRO, dans le but d'échanger avec la personne afin qu'elle puisse exprimer ses difficultés. Il a été démontré que mener ce type d'entretien permettrait de clarifier et d'explorer des problématiques complexes que la personne rencontre dans sa vie (Levasseur, Carrier et Turcotte, 2016). Cela peut donc amener à un recueil d'informations complètes sur ses besoins en participation sociale. Aussi, il est prouvé qu'il est essentiel de prendre le temps avec la personne dans le but d'obtenir une vision pleine et entière de ses besoins (Levasseur et al., 2016). La notion de temps rejoint la pratique de certains ergothérapeutes qui, si nécessaire, prennent plusieurs séances pour recueillir les difficultés des adultes traumatisés crâniens via la MCRO.

Le moment propice de passation de la MCRO pour recueillir des besoins en participation sociale, est pour les ergothérapeutes en début d'accompagnement, comme le préconise les auteurs de l'outil (Law et al., 2014). Pour certains, il est préférable de la réaliser lors d'un deuxième ou troisième entretien, leur laissant le temps d'établir et fonder une relation de confiance avec la personne. Cette relation est essentielle dans l'obtention d'informations nécessaires pour la suite de l'accompagnement (Bogner, 2010). Elle va permettre à la personne d'être en confiance avec le thérapeute et donc de s'exprimer sur ses besoins plus facilement. En conséquence, l'ergothérapeute se doit d'être à l'écoute de ce que la personne devrait et souhaiterait réaliser, de ses attentes et de ses difficultés (Levasseur et al., 2016). Un participant précise en effet qu'un ergothérapeute doit disposer de compétences d'écoute active et de reformulation pour comprendre toutes les informations que la personne souhaite transmettre.

Les ergothérapeutes favorisent une approche client-centré. Cette dernière leur permet d'obtenir une identification pertinente et signifiante des problèmes de la personne, car c'est elle qui est actrice de son intervention ergothérapique. De ce fait, cela leur permet de valoriser leurs expériences subjectives envers leur propre participation (Association Canadienne des Ergothérapeutes).

Comme explicité dans le cadre théorique, selon Castelein (2015), Larivière (2008), Coster et Khetani (2008), Brown et al (2004) une évaluation à la participation doit comporter : des facteurs *objectifs* (la fréquence de réalisation de l'activité, le niveau d'aide nécessaire, le niveau de réalisation) et des facteurs *subjectifs* (l'importance pour l'activité et la satisfaction à l'égard de la réalisation).

Très largement citée par les ergothérapeutes, la notion d'importance dans la MCRO est pertinente afin de mettre en lumière les activités ayant du sens pour la personne. Comme un ergothérapeute l'explique, cela va permettre de comprendre les rôles et les activités qu'elle cherche à tenir, et donc d'éclaircir « *la priorisation des situations de handicap vécues par la personne* » (Castelein, 2015). En conséquence, l'ergothérapeute favorise de nouveau la participation de la personne dans son évaluation. Cet aspect de choix de l'activité selon l'importance qu'accorde la personne à celle-ci, permet donc de ne pas tenir compte des représentations du thérapeute. Par la suite, cette cotation est également un atout afin de définir et prioriser des objectifs pour la personne qui sont en lien avec sa propre perception de sa participation sociale (Heinemann, 2010).

La satisfaction est également relatée par les ergothérapeutes. Cela permet à la personne d'exprimer ses expériences par rapport à sa propre perception de son rendement dans les activités. D'autre part, lors de la réévaluation, le thérapeute peut apprécier le cheminement que la personne a effectué face à ses propres capacités, c'est-à-dire, qu'elle peut avoir une stabilisation ou diminution de son rendement, mais une augmentation de sa satisfaction et inversement car elle a changé sa représentation de la participation qu'elle souhaite tenir dans sa société. La satisfaction montre ainsi le reflet qu'à la personne de sa propre conception de sa participation optimale (Castelein, 2015). C'est donc une notion cruciale dans son évaluation.

A l'aide de la cotation du rendement, l'ergothérapeute peut voir comment la personne se perçoit dans la réalisation de l'activité. L'intérêt auprès des adultes traumatisés crâniens de cette cotation est de percevoir si la personne a bien conscience de ses troubles.

La réévaluation met en évidence l'évolution de la personne en lien avec sa propre participation sociale et son processus d'acceptation face à ses capacités et incapacités. La littérature démontre qu'il est préférable de mettre l'accent sur l'importance du résultat plutôt qu'uniquement sur la cause du problème (Levasseur et al., 2016). Cela concorde avec la pratique ergothérapique, qui présente une vision holistique, ne se concentrant donc pas seulement sur les causes, mais cherchant à favoriser les activités signifiantes et significatives pour la personne.

Il est nécessaire d'observer que l'aspect subjectif est primordial pour les ergothérapeutes dans le choix de l'utilisation de la MCRO pour le recueil des besoins de la personne traumatisée crânienne. Effectivement, les ergothérapeutes ont régulièrement cité la MCRO comme étant pertinente puisque c'est la personne qui fait émerger ses propres demandes, c'est donc sa propre perception de son rendement dans sa participation sociale.

La MCRO comporte donc plus de facteurs subjectifs (choix de l'activité, importance, satisfaction) qu'objectifs. C'est donc une plus-value significative de la MCRO pour évaluer la participation sociale, car pour Brown (2004) et Castelein (2015) mesurer la subjectivité de la participation est primordiale, car cela fournit au thérapeute une vision des valeurs de la personne. La participation sociale est une « *réalité subjective* », que seulement la personne elle-même peut évaluer (Castelein, 2015).

4.1.2. Les limites de la MCRO pour recueillir les besoins en participation sociale des adultes traumatisés crâniens

Selon les ergothérapeutes interviewés et les données littéraires, la MCRO peut présenter quelques freins dans l'évaluation de la participation sociale d'une personne victime d'un TC.

Dans un premier temps, les ergothérapeutes ont mis en évidence que certains troubles occasionnés par le TC peuvent perturber la passation de la MCRO. Pour certains il est impossible de la faire passer, aux personnes présentant un trouble de la conscience de soi. De plus, les troubles de la compréhension, de la communication peuvent être des freins à sa passation pour recueillir les besoins de la personne. Ils expliquent également que l'apathie et le déni peuvent rendre complexe ce recueil. Dans la littérature, il est davantage démontré que le stress, le déni, et le type de personnalité vont entraîner des biais dans les informations recueillies par la MCRO (Jenkison, Ownsworth et Shum, 2007). Par ailleurs, pour Jennifer Bogner (2010) les troubles des fonctions exécutives peuvent entraver le recueil pertinent des besoins en participation, notamment pour : comprendre et interpréter les questions, garder les informations en mémoire, juger et proposer des choix de réponses. Elle fournit des recommandations pour réussir à améliorer l'interprétation des questions par les personnes, pour obtenir un recueil des besoins en participation pertinent.

Ainsi, il est nécessaire dans la pratique du thérapeute de tenir compte de l'aspect essentiellement subjectif de la MCRO, qui peut parfois apporter des éléments peu fiables et réels de la situation de vie de la personne (Jenkison et al., 2007). Par conséquent, la littérature et les ergothérapeutes interrogés, s'avancent pour dire qu'il est essentiel d'enrichir les informations recueillies par des évaluations plus objectives (Jenkison et al., 2007). Les facteurs objectifs offrent aux ergothérapeutes une vision entière de la participation sociale de la personne, particulièrement lorsqu'elle souffre de troubles sévères.

Pour ce faire, les ergothérapeutes travaillant en SAMSAH intègrent parfois l'entourage à l'évaluation. En effet, principalement quand la personne présente des troubles cognitifs, les associer peut permettre d'obtenir un avis plus objectif sur les capacités réelles de la personne (Azouvi et al., 2012). Or ceci est à nuancer, d'une part car l'entourage peut lui-même avoir une représentation biaisée de la participation de la personne, si lui-même est touché par exemple émotionnellement ou ayant des attentes particulières sur la récupération de la personne, etc. D'autre part, si on réalise l'évaluation de la participation sociale de l'adulte victime d'un TC auprès de son entourage, on va se décentrer de la vision de la personne de son propre niveau de

participation sociale. C'est pour cela que les ergothérapeutes favorisent l'approche client-centré et considèrent toujours l'avis de la personne avant de se tourner vers l'entourage.

De plus, pour certains d'entre-deux, ils réalisent des bilans plus analytiques (cognitifs, préhensions, dextérités, sensibilités, etc.). Pour les ergothérapeutes intervenant sur le lieu de vie de la personne, ce sont principalement les mises en situations écologiques qui sont favorisées. Ces différentes évaluations sont essentielles pour comparer les représentations de la personne face à sa participation sociale et ses capacités réelles. En conséquence, cela permet au thérapeute de fonder son intervention pour favoriser la participation de la personne, sur des données fiables et concrètes, notamment face à une population qui présente souvent des troubles cognitivo-comportementaux.

4.2. Analyse réflexive : critiques et limites de l'étude

L'analyse et l'interprétation des résultats présentés précédemment sont à nuancer, car l'étude révèle quelques limites.

Quatre ergothérapeutes ayant de l'expérience auprès des adultes traumatisés crâniens et incluant la MCRO dans leur pratique, ont été interrogés, permettant de recueillir des éléments constructifs pour ce travail. Néanmoins, le faible nombre de participants, n'est pas suffisant et significatif pour généraliser les résultats de la recherche. Ils ne permettent pas d'obtenir une représentation précise de l'activité ergothérapique du terrain, malgré des concordances dans le discours des ergothérapeutes interrogés.

De plus, il aurait été pertinent dans l'échantillonnage d'obtenir une diversité en termes de secteur d'activité des ergothérapeutes, pour avoir des données plus variées. Effectivement, entre le SSR et le SAMSAH, il est possible de constater une différence dans les réponses en termes d'impact des personnes traumatisées crâniennes dans leur participation sociale, d'objectifs d'accompagnement ergothérapiques et de la manière et du moment dont est réalisée la MCRO.

L'analyse des résultats a permis de rendre compte que certaines questions étaient trop ouvertes, engendrant des interprétations différentes entre les professionnels, rendant l'analyse plus complexe. De surcroît, malgré la définition de la participation sociale donnée durant les entretiens, il a été difficile pour certains ergothérapeutes de la comprendre et de créer du lien avec celle-ci dans leurs réponses. Aussi, cibler plus précisément les questions en lien avec la

MCRO et la participation sociale aurait pu-être pertinent pour améliorer la qualité de cette étude et faciliter l'interprétation des résultats. Par exemple, la notion des facteurs environnementaux, et de la fréquence de réalisation des activités n'ont pas été questionnées et ne sont pas ressortie de la pratique des professionnels. Or, il est impossible de savoir si cela est dû à une non-inclusion de ces notions ou à la question non posée. De ce fait, avec du recul, il aurait pu être pertinent de les inclure à la grille d'entretien car ce sont des éléments importants d'évaluation à la participation sociale.

Une variabilité de durée des entretiens est également décelée. Cette variation peut potentiellement s'expliquer par le fait que les professionnels ont été plus ou moins à l'aise avec la communication par téléphone, entravant la partie non-verbale. Pareillement, en fonction de la relation établie avec eux, ils ont pu se sentir plus ou moins à l'aise pour s'exprimer quant à leur pratique professionnelle.

Enfin, lors des entretiens, la question de recherche n'a pas été divulguée afin de ne pas biaiser les réponses apportées par les ergothérapeutes. Seul le thème global leur a été dévoilé, étant « l'utilisation de la MCRO auprès des adultes traumatisés crâniens et leur participation sociale ». Cela a entraîné parfois des biais dans leurs réponses car certains ergothérapeutes pensaient que l'étude portait sur la favorisation de la participation sociale grâce à la MCRO. Ainsi, les ergothérapeutes ont pu manquer d'indications pour échanger clairement sur le sujet.

4.3. Apports et perspectives de la recherche

J'ai pu tout au long de la réalisation de ce mémoire, découvrir et expérimenter la méthodologie de recherche. Ainsi, j'ai développé mes compétences de recherches scientifiques nécessaires à notre pratique ergothérapique pour la faire évoluer continuellement. J'ai également pu améliorer, au cours de ce travail, mes capacités de synthèse rédactionnelle, d'analyse et d'esprit critique. Ce mémoire a également participé à enrichir mes connaissances et à accroître ma curiosité sur un sujet qui m'intéresse particulièrement, au moyen de lectures et d'échanges avec des ergothérapeutes. J'ai aussi pu expérimenter l'approche centrée sur la personne dans mes stages et à travers mon mémoire, me donnant l'envie de continuer à explorer ce domaine dans ma pratique future.

Cette étude apporte des connaissances sur un concept en croissance dans le domaine de la réadaptation : la participation sociale. Effectivement, ce mémoire donne un aperçu des

éléments essentiels composant la MCRO pour recueillir la participation sociale des adultes traumatisés crâniens qui se fonde sur la pratique professionnelle d'ergothérapeutes et de données littéraires. L'étude permet également de visualiser quel est le moment de passation opportun à l'évaluation de la participation sociale et de pouvoir garder à l'esprit les limites de cet outil dans l'évaluation de ces besoins.

Suite aux résultats de l'étude, et aux recherches bibliographiques que j'ai réalisées, je me questionne à présent sur d'autres sujets. Tout d'abord, comme évoqué préalablement, la participation sociale est un concept essentiel à évaluer dans la pratique ergothérapique. Or, la littérature montre qu'en pratique les thérapeutes utilisent encore peu ce type d'outil qui pourtant apporte une plus-value pour la personne afin d'améliorer sa propre participation et par conséquent sa qualité de vie. Il serait donc intéressant de comprendre pourquoi les ergothérapeutes incluent peu ces outils dans leur pratique professionnelle. Puis, la MCRO est fondée sur une pratique mettant la personne au centre de sa prise en charge. L'ergothérapeute doit donc avoir un positionnement particulier face à la personne. Il pourrait être intéressant d'analyser comment l'ergothérapeute se positionne face à la personne lorsqu'il utilise la MCRO.

Conclusion

Vivre un traumatisme crânien peut entraîner pour la personne de nombreuses séquelles, notamment cognitivo-comportementales qui vont perdurer davantage sur le long terme que les séquelles physiques. Dans certains cas, ces dernières vont limiter la participation sociale de la personne, favorisant par conséquent les situations de handicap. L'ergothérapeute a donc un rôle primordial pour évaluer et favoriser la participation sociale de la personne traumatisée crânienne. Cependant, lors d'une investigation exploratoire auprès d'ergothérapeutes du terrain, le constat était qu'ils utilisent encore peu ce type d'évaluation, si ce n'est au moyen de la MCRO.

Ainsi cette étude répond à la question de recherche suivante : En quoi la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel est un outil pertinent dans l'évaluation de la participation sociale de l'adulte traumatisé crânien ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, quatre ergothérapeutes ont pu apporter leur expertise, à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

L'ergothérapeute, dans sa pratique, facilite le recueil des besoins en participation sociale grâce à la MCRO. Tout d'abord, celle-ci est de préférence identifiée par les ergothérapeutes comme un outil de recueil que d'évaluation. Par son biais, ils réalisent des entretiens semi-structurés s'associant à une pratique centrée sur la personne. Cette approche permet de privilégier la perception qu'a la personne envers sa participation sociale. La mesure canadienne comporte des éléments subjectifs comme : le choix de l'activité, son importance et sa satisfaction face à sa réalisation. Cette subjectivité est alors un élément primordial à l'évaluation de la participation sociale. Effectivement, elle permet de visualiser réellement la représentation que la personne a d'elle-même dans sa participation et favorise sa part active dans sa prise en charge.

En revanche, il est essentiel que les ergothérapeutes tiennent compte des aspects objectifs de la participation sociale de la personne, qui sont peu inclus dans l'outil de la MCRO comme notamment la fréquence de réalisation, le niveau de type d'aides. Ils complètent donc la MCRO par des évaluations plus objectives comme des bilans analytiques, des mises en situations et vont parfois recueillir des éléments additionnels à ceux transmis par la personne via des entretiens avec son entourage. Cette objectivité permet d'obtenir une vision d'ensemble plus proche de la réalité sur la participation de la personne, notamment pour des adultes traumatisés crâniens présentant des troubles cognitifs impactant éventuellement leur jugement.

Effectivement, les ergothérapeutes et la littérature montrent que l'anosognosie, l'apathie, le déni, le stress et d'autres troubles peuvent freiner le recueil des besoins via la MCRO et biaiser les réponses données par la personne.

Ce travail de recherche m'amène donc à conclure que la MCRO est un outil qui semble être bien repéré et identifié par les professionnels ergothérapeutes et qu'il apparaît pertinent dans l'évaluation de la participation sociale de la personne traumatisée crânienne. Cet outil reste cependant identifié par des composantes très subjectives car il est conçu par cette approche « client-centré ». Il reste donc important de pouvoir étayer le recueil des informations obtenues via la MCRO par des bilans complémentaires qui présentent des composantes davantage objectives.

Bibliographie

ANFE. (2019) L'ergothérapie. En ligne : <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2002). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. *CAOT Publication ACE*. Ottawa

Azouvi P. (2009). Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *La Lettre de Médecine Physique et de Réadaptation*, 25 (2), 66-68

Azouvi P., Arnould A., Dromer E., Vallat-Azouvi C. (2019). Physiopathologie et neuropsychologie des traumatismes crâniens sévères. *Revue de neuropsychologie*, 11(4), 273-277

Bayen, E., Jourdan, C., Azouvi, P., Weiss, J-J., Pradat-Diehl, P. (2012). Prise en charge après lésions cérébrale acquise de type traumatisme crânien. *L'information psychiatrique*, 88(5), 331-337

Belio, C., Prouteau, A., Kolleck, M., Destailats, J-M., Mazaux, J-M., Dayre, E., Bonnilla, J. (2014). Evaluation de la restriction de participation dans le cas du handicap cognitif avec la GMAP (grille de mesure des limitations d'activité et de la restriction de la participation issue de la CIF de l'OMS). *Journal de réadaptation médicale*, 34, 91-104

Bogner, J. (2010). Community Participation: Measurement Issues With Persons With Deficits in Executive Functioning. *Arc Phys Med Rehabil*, 91 (9), 66-71

Castelein, P. (2015). La participation sociale : un enjeu interdisciplinaire pour nos institutions. *Les carnets de la Persagotière*, n°63

Cohadon, F., Castel, J-P., Richer, E., Mazaux, J-L., Loiseau, H., (2008). Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion, (3^{ème} édition), Paris : Arnette

- Coster, W., Khetani, M-A. (2008). Measuring participation of children with disabilities: Issues and challenges. *Disability and Rehabilitation*, 30 (8), 639-648
- Debelleix, X., François-Guinaud, C., Truelle, J-L., (2007). Réadaptation et réinsertion des traumatisés crâniens : l'expérience des UEROS. Prise en charge des traumatisés crâniocérébraux de l'éveil à la réinsertion, *Elsevier Masson*, 219-228
- Dumont, C. (2003). L'indentification des facteurs qui vont favoriser la participation sociale des adultes présentant des séquelles de traumatisme crânio-cérébral. Thèse, Faculté des études supérieures de l'Université Laval
- Dumont, C., Gervais, M., Fougereyrollas, P., Bertrand, R. (2005). La perception d'efficacité personnelle comme facteur associé à la participation sociale des adultes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral, *Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 72(4), 222-233
- Guiliez, P., Tétrault S. (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. *De Boeck – Solal*. 1^{ère} édition.
- Heinemann, A-W. (2010). Measurement of Participation in Rehabilitation Research. *Arch Phys Med Rehabil*, 91 (1), 1-4
- Jourdan, C. (2015). Traumatisme crânien : épidémiologie, physiopathologie, pronostic, parcours de soins. Traumatismes crâniocérébraux. Paris, France : *De Boeck supérieur*, 1-21.
- Jenkinson, N., Ownsworth, T., Shum, D. (2007). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation. *Brain injury*, 21 (12), 1283-1294
- Langlois, J., Rutland-Brown, W., Wald, M. (2006). The Epidemiology and Impact of Traumatic Brain Injury: a brief overview. *J Head Trauma Rehabil*, 21 (5), 375-378.

- Larivière, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale : définition, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 75 (2), 114-127.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640-49.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H., Pollock, N. (2014). La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. *CAOT Publication ACE*. 5^{ème} édition. Ottawa.
- Lefebvre, H., Vanier, M., Swaine, B., Dutil, E., Pépin, M., Fougereyrollas, P., Rainville, C., Ann McColl, M., Dumont, C., Pelchat, D., Michallet, B., Gélinas, I., Denis, S., Morin, M., Trottier, H., Levert, M-J. (2004). La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatique. Rapport de recherche, Université de Montréal. En ligne : <https://www.firah.org/upload/notices2/fevrier2014/participationssoialeetc.pdf>
- Lermuzeaux, C., (2012). Les troubles psychiatriques post-traumatiques chez le traumatisé crânien. *L'information psychiatrique*, 88 (5), 345-352
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71, 2141-2149
- Levasseur, M., Carrier, A., Turcotte, P-L. (2016). Réflexion sur l'utilisation de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC) pour identifier les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités. *Revue Développement humain, handicap et changement social*, 22 (1), 23-55
- Masson, F., (2000). Epidémiologie des traumatismes crâniens graves. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 19, 261-269

MDPH. (2009). Qu'est-ce qu'un SAMSAH ? En ligne : http://www.mdpsh.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=53:quest-ce-quun-samsah-&catid=38:faq&Itemid=58

Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. *Ergothérapies*, 164-173

Montreuil, M., Coupé, C., Truelle, J-L. (2012). Traumatisés crâniens graves adultes : quel rétablissement ? *L'information psychiatrique*, 88 (4), 287-294

Morel-Bracq, M-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux (2^{ème} édition). France : De Boeck

Perroux, M., Lefebvre, H., Levert, M-J., Malo, D. (2013). Besoins perçus et participation sociale des personnes ayant un traumatisme crânien léger. *Santé Publique*, 25 (6), 719-728

Picq, C., Pradat-Diehl. (2012). Extrait du dossier : le traumatisme crânien. Approches médicale et neuropsychologique. « *Le Journal des psychologues* », 302 (9), 18-23

Quintard, B., Croze, P., Mazaux, J.M., Rouxel, L., Joseph, P.A., Richer, E., Debelleix, X., Barat, M. (2002). Satisfaction de vie et devenir psychosocial des traumatisés crâniens graves en Aquitaine. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 45, 456-465

RIPPH (2020). Modèle MDH-PPH. Consulté le 18 septembre 2020, en ligne : <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

Rogers, J., Read, C. (2007). Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain injury*, 21, 1321-1333

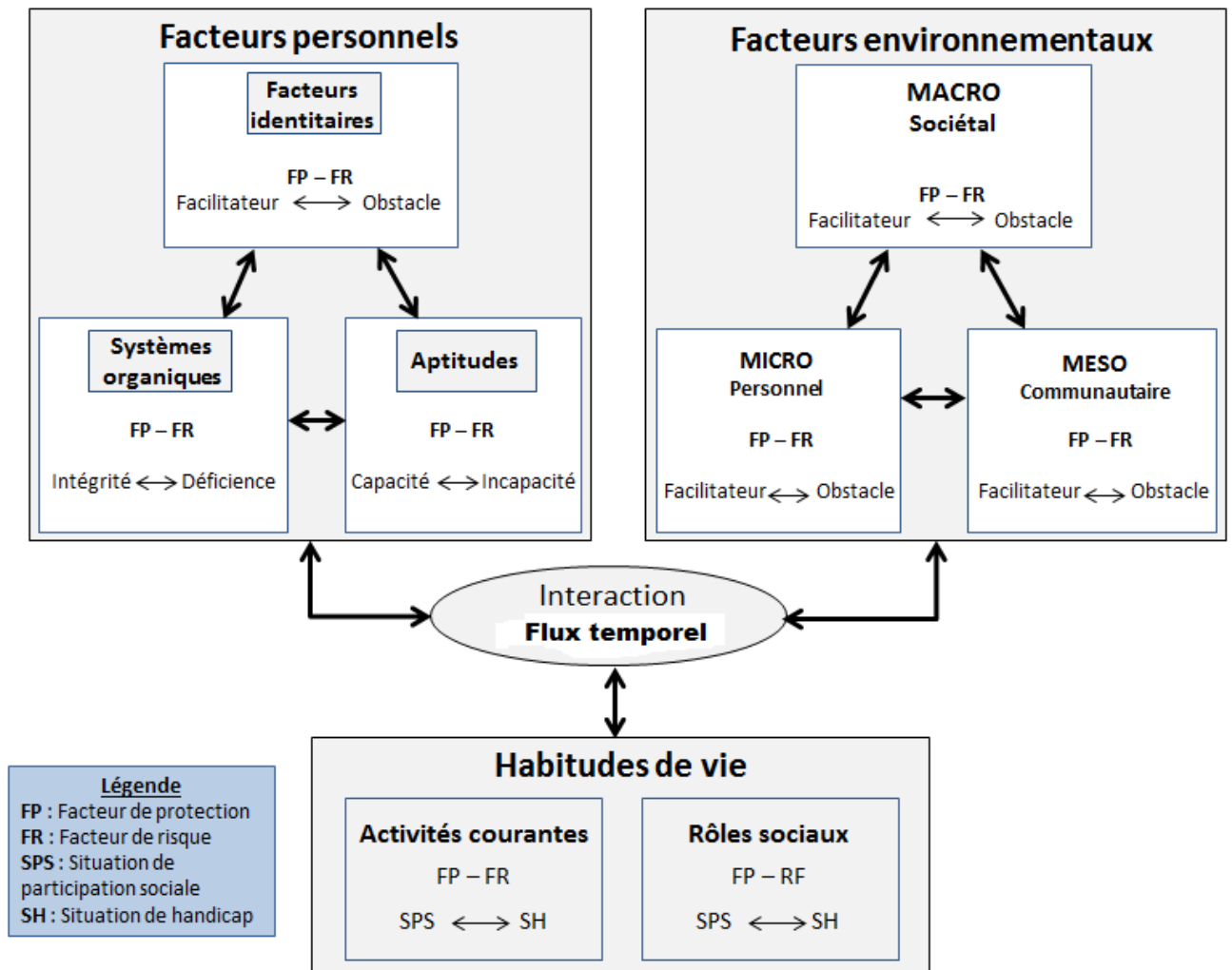
Townsend, E., Polatajko, H. (2013). Habilitier à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. *CAOT Publication ACE*. 2^{ème} édition. Ottawa.

Vallat-Azouvi, C., Chardin-Lafont, M. (2012). Les troubles neuropsychologiques des traumatisés crâniens sévères. *L'information psychiatrique*, 88 (5), 365-373

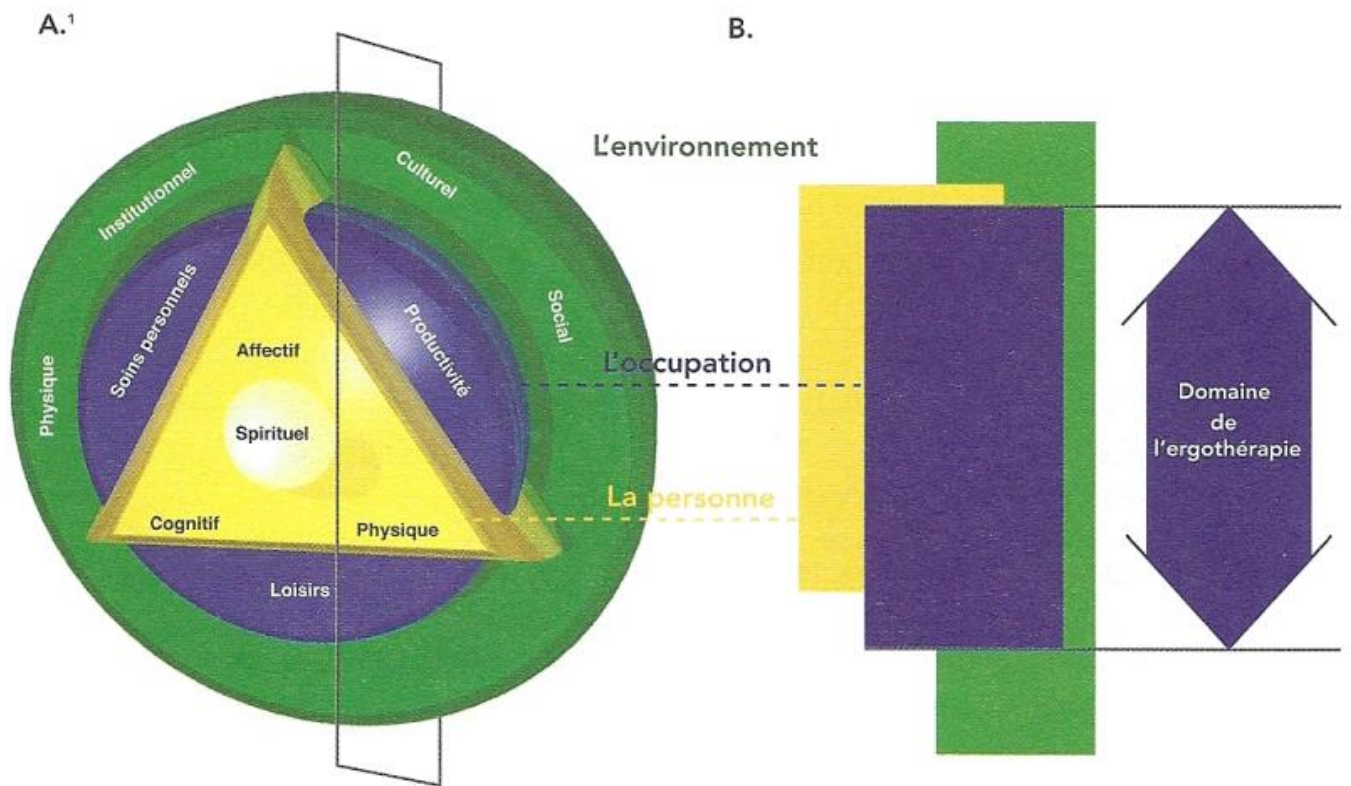
Vinour, H., Srairi, M., Lubrano, V., Geeraerts, T., (2014). Traumatismes cranioencéphaliques. *Neurologie*, 11 (1)

Annexes

Annexe I : Schéma du MDH-PPH 2 (RIPPH, 2010)



Annexe II : Figure de la Mesure Canadienne du Rendement et de l'Engagement Occupationnel



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

Annexe III : Questions de l'enquête exploratoire

Définition de la participation sociale donnée : la participation sociale se définit d'après Fougeyrollas et al (1998) et le PPH comme étant « *la possibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie* » en tenant compte de l'environnement social, culturel et environnemental (exemple : pouvoir aller faire ses courses, s'habiller, aller au cinéma, réaliser ses loisirs etc...)

- 1) Pouvez-vous m'indiquer dans quel type de structure travaillez-vous ?
- 2) Quel(s) niveau(x) de gravité du traumatisme crânien avez-vous l'habitude de rencontrer dans votre pratique ?
 - Léger
 - Modéré
 - Sévère
- 3) Selon vous, quelles sont les domaines de la participation sociale les plus touchés chez le TC ? (Définition ci-dessus)
- 4) D'après vous, quels sont les troubles qui impactent le plus la participation sociale du TC ?
- 5) Évaluez-vous l'impact dans la participation sociale du TC ? Si oui, avec quels outils d'évaluations ?
- 6) Avez-vous pour objectif d'améliorer la participation sociale du TC dans votre pratique ? Si oui, quels moyens mettez-vous en place ?
- 7) D'après votre expérience, quels sont les domaines les plus touchés dans la participation sociale du TC ?
 - AVQ
 - AIVQ (gestion administrative, déplacements, faire ses courses...)
 - Les loisirs
 - Le travail
 - Les relations interpersonnelles (rôles familiaux, d'amis...)
 - Vie communautaire, sociale
 - Autres : ...
- 8) Avez-vous des remarques ou des conseils à me donner pour la suite de mon travail ?

Annexe IV : Avis du comité d'éthique



Clermont-Ferrand, le 09 mars 2021

Mme Élodie DEAT
Institut Universitaire de Formation en
Ergothérapie (IUFE)
Université Clermont Auvergne

Nos Réf : IRB00011540-2021-16

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« En quoi l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel est facilitatrice pour recueillir les besoins en participation sociale de l'adulte victime d'un traumatisme crânien ? »

Vous nous avez précisé que ce travail a pour objectif de comprendre en quoi la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel pourrait être un outil facilitateur afin de recueillir les besoins en participation sociale de l'adulte traumatisé crânien.

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA (dpd@uca.fr) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

La Présidente du Comité d'Éthique de la
Recherche IRB-UCA
Anne FOGLI

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A. Fogli', next to the printed name.

Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 - 63 001 Clermont-Ferrand
Contact : irb@uca.fr

Annexe V : Formulaire d'information et de non-opposition

Annexe II : Formulaire de non-opposition

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel auprès des adultes traumatisés crâniens et leur participation sociale

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

- **Promoteur : Université Clermont Auvergne**
49 Boulevard François Mitterrand
CS 60032
63 001 Clermont-Ferrand

- **Investigateur principal : Elodie DEAT**

Partenaire : Guerrero Cloé
Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne
Université Clermont Auvergne, 49 Boulevard François Mitterrand, CS 60032
63000 CLERMONT-FERRAND

L'objectif de l'étude est de recueillir des informations sur l'intervention de l'ergothérapeute utilisant la MCRO auprès des adultes traumatisés crâniens afin de recueillir les besoins en participation sociale.

Nous avons donc l'honneur de demander votre non-opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant réalise un entretien enregistré semi-dirigé d'une demi-heure. S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées restent anonymes. De plus, des analyses statistiques sont réalisées sur les données de groupe d'âge.

Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problèmes éthiques particuliers pour le Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits *d'accès, de rectification, d'opposition, de l'effacement, de la limitation*, concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude :
L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant 2 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant :

OUI NON

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de signer ce document.

Date :/...../.....

Signature du participant :
(Précédée de la mention « Lu et compris »)

Paraphe de l'investigateur :

Annexe VI : Guide d'entretien

Présentation de l'entretien

Question préalable : Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?	
Questions de relance	<ul style="list-style-type: none">- Depuis quand exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?- Dans quel type de structure travaillez-vous ? Et depuis combien de temps ?- Quelle population prenez-vous en charge et quelles sont vos principales missions ?- A quelle fréquence accompagnez-vous les adultes traumatisés crâniens ?- Avez-vous réalisé des formations complémentaires par rapport à cette population ?

Au préalable : s'assurer que l'ergothérapeute ait la définition de la participation sociale dans le cadre de cette étude.

Comme mon questionnaire porte sur la participation sociale des adultes traumatisés crâniens, je voudrais m'assurer que l'on soit d'accord sur la définition de celle-ci. N'hésitez pas à prendre en note la définition, pour que lorsque des questions porteront sur la participation sociale vous puissiez vous y référer, et que l'on garde la même définition tout au long de l'entretien. Ainsi, dans le cadre de cette étude, la participation sociale se définit comme : « *la possibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie dans sa propre société* » issue du PPH. C'est-à-dire, pouvoir réaliser ses activités courantes telles que : nutrition, condition corporelle, soins personnels, communication, habitation, déplacements. Et participer dans les rôles sociaux comme : responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation, travail, loisirs, autres habitudes. Ainsi la participation sociale permet à la personne de s'épanouir dans sa société tout au long de sa vie.

Est-ce que cette définition est claire pour vous ?

Question 1 : D'après votre expérience, quels sont les domaines les plus souvent impactés en termes de participation sociale chez l'adulte traumatisé crânien ? (Exemples : AIVQ, loisirs, activités professionnelles...)

Question 2 : Vous appuyez-vous sur des outils d'évaluation (bilans, modèles...) afin d'évaluer la participation sociale des adultes traumatisés crâniens dans votre pratique ?

Questions de relance	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui, lesquels ? (<i>Exemples : MHAVIE, G-MAP, le profil des AVQ, PAAC...</i>) Qu'est-ce que cela vous apporte en plus dans votre pratique ? - Si non, pourquoi ? Quels sont vos moyens (outils, modèles, bilans, recueil de données...) pour recueillir les problématiques dans les habitudes de vie des adultes traumatisés crâniens ?
----------------------	---

Question 3 : Quelle est votre expérience avec la MCRO ?

Questions de relance	<ul style="list-style-type: none"> - Etes-vous formé à la MCRO, depuis combien de temps ? - Comment l'avez-vous connu ? (Lors d'un stage, des cours, par des collègues) - Depuis combien de temps l'utilisez-vous ? - Faite-vous passer cet outil auprès d'une autre population ? - A quelle fréquence faites-vous passer la MCRO auprès des adultes traumatisés crâniens ?
----------------------	--

Question 4 : A quel moment de l'accompagnement de la personne traumatisée crânienne utilisez-vous la MCRO ?

Questions de relance	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est selon vous le moment le plus judicieux pour faire passer cet outil ? - Début, milieu et/ou fin de prise en soin ? (Arrivé du patient dans la structure, avant le retour à domicile, pour établir des objectifs...)
----------------------	--

Question 5 : Quels sont vos critères de choix pour utiliser l'outil de la MCRO auprès de l'adulte TC ?

Questions de relance	<ul style="list-style-type: none">- Est-ce que vous la faite passer à tous les adultes traumatisés crâniens ?- Est-ce que vous faite utiliser la MCRO directement dès lors que vous identifiez un problème de participation sociale ?
----------------------	--

Question 6 : Que vous apporte cet outil en plus dans votre pratique auprès de cette population ? Ou quels sont ses limites dans le recueil des besoins ?

Questions de relance	<ul style="list-style-type: none">- Qu'apporte en plus la cotation de l'importance des activités ? Et la cotation de la satisfaction et du rendement ?- Quel est selon-vous l'intérêt de la réévaluation ?- En vous appuyant sur la définition de la participation sociale établie ensemble, est-ce que cet outil vous semble adapté et suffisant pour identifier les besoins en participation sociale de l'adulte TC ? Pourquoi ?
----------------------	--

Question 7 : Pour finir, vous appuyez-vous sur d'autres outils pour compléter votre évaluation par la MCRO ?

Questions de relance	<ul style="list-style-type: none">- Lesquels ? Est-ce que vous les faites passer avant ou après la MCRO ?- Vous arrive-t-il d'intégrer l'entourage à l'évaluation ? Si oui ou non, pourquoi ?- Ces évaluations complémentaires vous semble-t 'elles essentielles ? Pourquoi ?
----------------------	---

Remerciements.

Annexe VII : Tableau d'échantillonnage des participants

Ergothérapeutes	Sexe	Type de structures	Année d'obtention du diplôme	Expériences principales
E1	F	SSR depuis 5 ans	2013	SSR neurologie SAMSAH
E2	F	SAMSAH depuis 2 an et demi	2018	Service d'accompagnement socio-professionnel SAMSAH
E3	F	SAMSAH depuis 10 ans	2009	Centre de réadaptation cardiaque EHPAD SAMSAH
E4	H	SAMSAH depuis 12 ans	2004	Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Centre médico-social ESAT SAMSAH

Annexe VIII : Analyse longitudinale des entretiens

Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E1 :

Lieu d'exercice	SSR neurologique depuis 5 ans TC et blessés médullaires Population âgée entre 17 et 35 ans
----------------------------	--

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims issus de l'entretien
Expérience du professionnel par rapport au TC	Fréquence d'accompagnement du TC	<p>« J'ai 10 patients et je les vois en générale, 2 fois par semaine, sachant que c'est assez variable »</p> <p>« Les séjours d'hospitalisation sont quand même assez longs parce qu'on est parfois sûr de l'éveil de coma, donc on est sur des prises en charge qui font entre 6 mois à 1 an, 1 an et demi »</p>
Participation sociale de l'adulte traumatisé crânien	Activités de vie quotidienne	<p>« En tout premier lieu, c'est souvent les AVQ »</p> <p>« Premiers questionnements qu'ils ont et ce sont aussi nos premières observations »</p> <p>« On intervient très rapidement sur les AVQ donc tout ce qui est soins personnels, mobilité »</p>
	Loisirs	<p>« Les loisirs et le travail, ça va arriver en général, plus secondairement »</p> <p>« Plus en projection pour le retour à domicile ou projet de vie »</p>

	Activités professionnelles	« Les loisirs et le travail, ça va arriver en général, plus secondairement » « Plus en projection pour le retour à domicile ou projet de vie »
	Rôles sociaux	« Les rôles sociaux, ça arrive vraiment vers la fin de la rééducation , voir lorsqu'on prend les patients en hôpital de jour »
Evaluations de la participation sociale	MCRO	« Nous, on utilise beaucoup la MCRO » « Avec certains patients cérébrolésés la MCRO ce n'est pas toujours pertinent »
	MHAVIE	« Parfois la MHAVIE » ... « Trame beaucoup plus directive » « Les habitudes de vie qui sont identifiées clairement »
La MCRO	Formation	« On a été formé en 2017 » « Pendant ma dernière année d'étude, j'avais fait un stage et donc du coup, j'avais été formée là-bas »
	Expérience	« Je l'utilisais avant la formation » « C'est en 2012 que j'avais été formée »
	Fréquence d'utilisation auprès du TC	« Je ne serais pas vraiment dire à quelle fréquence » « C'est un des outils qu'on utilise le plus ici » « On l'utilise quand même très souvent »
Passation de la MCRO	Moment opportun	« Ça dépend vraiment du patient » « Sa capacité de compréhension , sa capacité à analyser, à avoir un retour pertinent sur ses capacités, incapacités » « Il y a des patients avec très peu de troubles cognitifs ou alors vraiment des troubles très légers qui vont pouvoir répondre très rapidement à la MCRO » « En phase d' amnésie post-traumatique il n'y a aucun intérêt à passer la MCRO »

		« On a tendance pour les cérébrolésés de la faire passer plus tard dans le processus de rééducation, que pour les blessés médullaires, pour qui on se pose moins la question des troubles cognitifs »
	Redéfinir les objectifs	« On fait un RCP pour redéfinir un petit peu les objectifs » « Quand on sent que les objectifs ne sont pas clairs ou qu'on commence à s' orienter sur des choses qui ne sont pas pertinentes pour le patient » « Passage en hôpital de jour , on a tendance à la faire passer » « Refaire le point avec la MCRO surtout qu'il y a le retour à domicile » « Donc des nouveaux objectifs pour la prise en charge »
Choix d' utilisation de la MCRO	Troubles cognitifs	« La capacité d'élaboration du patient » « Les troubles cognitifs vont perturber la passation de l'évaluation »
	Troubles du comportement	« On va faire passer la MHAVIE qui est une trame beaucoup plus directive que la MCRO pour les patients qui ont peut-être tendance à être un peu plus apathique , euh moins dans l'élaboration de la pensée » « Si le patient n'a pas la capacité d'exprimer ses difficultés et d'identifier »
	Anosognosie / trouble de la conscience de soi	« Plus la composante anosognosie , ou des choses un peu parasites par rapport à des incapacités qui viendraient perturber la passation de la MCRO » « L'anosognosie , peut-être une limite par exemple »
	Troubles psychologiques	
	Troubles de la communication	

Plus-value de la MCRO	Cibler des objectifs	« On l'utilise vraiment pour venir cibler les objectifs ergothérapeutique et surtout orienter la prise en charge sur ce dont le patient a envie »
	Activités significantes	« L'importance, oui c'est primordiale pour justement cibler les activités qui ont du sens pour lui »
	Satisfaction	
	Rendement	« Mettre en évidence que le patient n'a pas forcément conscience de ses troubles » « Mettre en évidence qu'il y a peut-être encore une légère anosognosie »
	Réévaluation	« Voir l' évolution , ... comment est-ce qu'il arrive à gérer telle ou telle activité ou avoir repris telle ou telle habitude de vie » « On essaye toujours d'avoir une réévaluation, pour avoir une cote , ... à la fin qui soit objective »
	Subjectivité	« Quand même assez pertinente quand c'est le patient qui fait émerger des demandes »
	Recueil	« Formation qui nous a beaucoup aidée aussi » « Accepter les moments de silence, les blancs » « La MCRO ça va être un support justement pour faire émerger des demandes »
	Echanges	« Laisser le patient s'exprimer, réfléchir » « Si on mène l'entretien comme on nous a appris pendant la formation, y'a énormément de choses qui émergent , des choses qui sont parfois évidente pour le patient, mais qui pourtant n'a jamais abordé avec nous »
Approche centrée sur la personne		

	Personne actrice	
Ressources complémentaires	Evaluations	« Bilans moteurs, de force, dextérité, bilan cognitif... »
	L'entourage	« Ce n'est jamais arrivé » « Très peu de temps pour les familles » « Dès fois, on ne passe pas la MCRO parce que justement, on sait qu'on ne pourra pas intégrer la famille » « On passe par la MHAVIE ou par un autre outil »
	Objectivité	« La MCRO met en évidence cette difficulté-là , les difficultés de rendement qu'il peut avoir dans cette activité, mais par contre après on n'a pas vraiment de support pour voir comment est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer cette routine » « Les rôles sociaux, c'est vrai que c'est souvent abordé... ça met en évidence ça, mais ça ne nous emmène pas plus loin, donc des fois on est obligé de compéter avec certains bilans »

Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E2 :

Lieu d'exercice	SAMSAH Lésion cérébrale ou pathologie neurologique évolutive Population âgée de 20 à 60 ans
----------------------------	---

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims issus de l'entretien
Expérience du professionnel par rapport au TC	Fréquence d'accompagnement du TC	« <i>Dépend un peu des personnes et du projet</i> » « <i>Je dirais une fois tous les 15 jours</i> » « <i>Si ce sont des choses plus ou moins urgentes ça va être une fois toutes les semaines ou des fois un peu moins</i> » « <i>On n'a plus de personnes qui ont eu des AVC, quoi que les derniers temps, on n'a pas mal de traumatisés crâniens</i> » « <i>Peut-être 1/3 de traumatisés crâniens sur toutes les personnes qu'on accompagne sur 38 personnes en tout</i> »
	Formation en lien avec le TC	« <i>Non, je n'ai pas de formation complémentaire pour l'instant</i> »
Participation sociale de l'adulte traumatisé crânien	Activités de vie quotidienne	« <i>Difficultés pour se déplacer</i> »
	Loisirs	« <i>Si les déplacements c'est compliqué pour les personnes, ça va avoir un impact sur les loisirs</i> »
	Activités professionnelles	« <i>Souvent compliqué pour eux</i> » « <i>Malheureusement pour la plupart des personnes, c'est quelque chose qui ne sera plus forcément possible</i> »
	Rôles sociaux	« <i>Elle va moins arriver à aller vers les autres, à sortir de chez elle</i> » « <i>Des difficultés relationnelles</i> » « <i>voient plus leurs amis, qui sont isolées</i> »

Evaluations de la participation sociale	MCRO	« <i>Ce n'est pas vraiment la participation sociale que l'on va évaluer avec la MCRO</i> »
	MHAVIE	« <i>Dès fois, on utilise la MHAVIE</i> » « <i>MHAVIE je m'en sert plus comme support, pour être sûr de n'oublier aucune activité</i> » « <i>Pour être sûr de faire le tour de toutes les activités</i> » « <i>Assez long, et assez fatiguant pour les personnes évaluées</i> » « <i>Permet d'évaluer vraiment toutes les activités, c'est aussi subjectif, mais par contre, y'a des activités qui ne seront pas forcément importantes pour la personne</i> » « <i>MHAVIE y'a cet aspect de la réaliser, mais y'a pas la question d'importance</i> »
La MCRO	Formation	« <i>Je n'ai pas eu la formation officielle de la MCRO</i> » « <i>J'en avais entendu parler pendant mes études</i> » « <i>J'ai des collègues qui l'ont eu</i> » « <i>J'ai beaucoup échangé, et on a le manuel, donc je l'ai étudié de mon côté</i> »
	Expérience	« <i>Depuis que je suis arrivée là, donc 2 ans et demi à peu près</i> »
	Fréquence d'utilisation auprès du TC	« <i>J'essaye de la faire passer à chaque fois qu'il y a une nouvelle personne, donc du coup ça inclus les personnes avec traumatisme crânien</i> »
Passation de la MCRO	Moment opportun	« <i>Au début de la phase d'évaluation et puis après, en général on fait des réévaluations au cours de l'accompagnement</i> » « <i>Pas forcément la toute première fois, mais au deuxième ou troisième entretien</i> »
	Redéfinir les objectifs	« <i>On réactualise le projet d'accompagnement tous les ans, donc en général, moi j'aime bien le refaire à ce moment-là</i> » « <i>Pour voir l'avancé en fait au niveau des objectifs ergo pour voir où la personne en est au niveau de son évolution</i> »

		<p>« Soit on fait une réévaluation avant la fin de l'accompagnement, mais ce n'est pas systématique »</p> <p>« Si on se rend compte qu'on a à peu près atteint les objectifs qui étaient fixés, je ne vais pas refaire une évaluation »</p>
Choix d' utilisation de la MCRO	Troubles cognitifs	« Si une personne, qui parle beaucoup , qui a du mal à se concentrer sur ce qu'elle dit et qu'elle part un peu dans tous les sens »
	Troubles du comportements	« Peut parfois être compliquée à l'inverse pour des personnes qui s'expriment très peu spontanément ou du coup on va orienter la personne , ou on va poser des questions plus précises »
	Anosognosie / trouble de la conscience de soi	« Si elle n'a pas du tout pleinement conscience de ses difficultés et de la réalité , on sera un peu à côté de ses réelles capacités » »
	Troubles psychologiques	« Si la personne est dans le déni »
	Troubles de la communication	
	Restriction participation sociale	« On va forcément chercher à augmenter la participation sociale de la personne, donc c'est pour ça que j'essaye de le faire passer à chaque fois »
Plus-value de la MCRO	Cibler des objectifs	« C'est plus pour voir l'avancé en fait au niveau des objectifs ergo »

	<p>Activités significantes</p>	<p>« Cette lésion, elle créait vraiment une rupture entre la vie qu'il avait avant et maintenant. Et donc du coup ça permet de faire un point sur ce qui est important pour eux »</p> <p>« On voit ce qui est vraiment plus de sens pour elle » « C'est la personne qui va nous dire, bah moi j'ai telle difficulté où il y a telle activité qui a beaucoup d'importance pour moi et aujourd'hui je ne peux plus réaliser ou moins bien »</p> <p>« La question de l'importance, je trouve que c'est important pour l'accompagnement en ergothérapie »</p> <p>« Ça va restreindre un peu les activités les plus importantes pour la personne »</p>
	<p>Satisfaction</p>	<p>« Pas forcément interrogé dans d'autres bilans »</p> <p>« Justement, pour la réévaluation, des fois c'est intéressant, car il n'y a pas eu d'énorme changement au niveau du rendement, mais en fait que la personne ait essayé, qu'elle ait réalisé l'activité plusieurs fois bah du coup des fois y'a une augmentation au niveau de la satisfaction » « Au final, elle a cheminé aussi par rapport à ça, par rapport à l'acceptation, bah au final elle en est plus satisfaite »</p>
	<p>Rendement</p>	<p>« On peut voir si la personne est vraiment dans le déni ou s'il y a quelques activités ou elle perçoit ses difficultés »</p> <p>« Si elle trouve qu'elle arrive à réaliser pleinement ou à l'inverse les personnes qui se sous-notent »</p>
	<p>Réévaluation</p>	<p>« Pour voir où la personne en est au niveau de son évolution »</p>

	<p>Subjectivité</p>	<p>« Ou l'on va recueillir vraiment, le côté subjectif » « Dans la MCRO c'est juste que ce sera la perception de la personne » « Rejoint un peu le côté subjectif de comment la personne elle se perçoit dans l'activité » « C'est leur ressenti à elle »</p>
	<p>Recueil</p>	<p>« C'est vraiment un instant juste avec la personne, ou l'on va recueillir vraiment »</p>
	<p>Echanges</p>	<p>« C'est plus de l'échange » « C'est un échange assez libre » « Qu'elle puisse s'exprimer » « C'est assez libre, mais en même temps, on peut recadrer et recentrer la personne avec les différents domaines qui existent »</p>
	<p>Approche centrée sur la personne</p>	
	<p>Personne actrice</p>	<p>« Je trouve qu'au niveau de la motivation et de l'engagement justement dans leur participation sociale, c'est intéressant. Pour qu'il soit vraiment acteur aussi » « Pour le côté vraiment que la personne soit active, plutôt que juste évaluer la personne plutôt que juste repérer les besoins » « Si on évalue, mais que la personne ne nous dis pas moi j'ai telle difficulté mais que nous on regarde juste par rapport à la norme, que là, c'est vraiment la personne qui va nous dire »</p>

Ressources complémentaires	Evaluations	<p>« MHAVIE »</p> <p>« Capacité de préhension, bilan de préhension, bilan de la force, de dextérité fine, de sensibilité, mais pas à chaque fois, c'est suivant si la personne a des plaintes particulières. Bilan de l'équilibre »</p> <p>« Après plutôt des mises en situations »</p> <p>« J'essaye de faire la MCRO avant et puis avoir des bilans plus côté et mettre en situation la personne »</p>
	L'entourage	<p>« Je pense que je l'ai déjà fait »</p> <p>« Souvent, on inclut l'entourage, mais plutôt dans l'évaluation globale »</p> <p>« Souvent, on va interroger l'entourage, justement en faisant un peu le point sur ses activités du quotidien et tous les grands domaines et pour vérifier en fait si la personne elle est bien consciente de ses difficultés ou si à l'inverse elle dit que tout va bien et que dans le quotidien ça ne se passe pas comme ça »</p>
	Objectivité	<p>« Il me semble important, mais pas suffisant dans le sens ou justement, c'est que la perception de la personne, et c'est vrai que si la personne est dans le déni, ou si elle n'a pas pleinement conscience de ses difficultés et de la réalité, euh du coup, on sera un peu à côté de ses réelles capacités »</p> <p>« Important de faire un peu les deux »</p> <p>« Les limites ce serait plutôt le côté subjectif »</p> <p>« On a quand même besoin d'une évaluation objective et normée pour évaluer la personne »</p> <p>« On va se rendre compte que ce que l'on va recueillir de la MCRO ça ne sera pas le reflet de la réalité, enfin si celle de la personne, mais pas de la vrai réalité »</p> <p>« Pour comparer ce que m'a dit la personne et puis ses capacités réelles »</p>

Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E3 :

Lieu d'exercice	SAMSAH Public adulte présentant des pathologies d'origines neurologiques avec handicap physique et ou cognitif et parfois psychique
----------------------------	--

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims issus de l'entretien
Expérience du professionnel par rapport au TC	Fréquence d'accompagnement du TC	« <i>Au moins une fois par semaine, et des fois tous les 10 jours, tous les 15 jours, mais souvent, c'est plusieurs fois dans le mois</i> » « <i>Accompagnement au long-court</i> »
	Formations en lien avec le TC	« <i>Fait la formation traitement en ergothérapie des troubles cognitifs chez l'adulte cérébrolésé</i> »
Participation sociale de l'adulte traumatisé crânien	Activités de vie quotidienne	« <i>En fonction des troubles ça peut toucher toutes les AVQ</i> » « <i>Peut être l'habillement</i> » « <i>les soins d'hygiène</i> » « <i>changer ses vêtements</i> » « <i>L'initiative d'aller se laver</i> »
	Activités instrumentales de la vie quotidienne	« <i>Préparer ses repas, savoir à quelle heure prendre ses repas</i> »
	Loisirs	« <i>Les loisirs oui, ils peuvent aussi être impactés</i> »
	Activités professionnelles	« <i>Déjà souvent le travail, les gens, ils ne vont pas retourner au travail tout de suite</i> »

	Dépend du type de séquelle	« Ça va dépendre aussi du traumatisme crânien , si c'est un handicap invisible, si c'est surtout cognitif ou si c'est des troubles physiques »
Evaluation de la participation sociale	Entretien	« Ça va souvent être, un entretien avec la personne et ou l'entourage, ou parfois les deux de manière séparée ou ensemble » « Je n'ai pas été formée au profil de AVQ, mais j'ai une trame d'entretien , pour ne pas oublier tous les actes de la vie quotidienne »
	MCRO	« Des entretiens avec ou pas l'appui de la MCRO ou d'un autre support »
La MCRO	Formation	« Je suis fraîchement formée » « On a terminé au mois de janvier »
	Expérience	« J'ai essayé de l'utiliser après la formation du traitement en ergothérapie des troubles cognitifs » « c'était en 2016 »
	Fréquence d'utilisation auprès du TC	« Je l'utilise en générale à chaque fois que je rencontre un TC »
Passation de la MCRO	Moment opportun	« Je l'a fait passer en général au début de l'accompagnement , et puis après entre 6 mois et un an » « Ça dépend du niveau d'atteinte du TC , mais elle qu'est-ce qu'elle en pense, au bout de combien de temps elle pense que l'on pourra atteindre les objectifs »
	Redéfinir les objectifs	« A mi-parcours, car tous les ans, on a une réunion de concertation pour refaire le point sur l'accompagnement » « On refait le point, donc là encore une fois en fonction de la personne de ce qu'elle a pointé, de comment on envisage les choses »

Choix d' utilisation de la MCRO	Troubles cognitifs	« <i>Le critère, c'est plus si je vois quelqu'un qui a des troubles trop sévères, ça peut être compliqué »</i> « <i>Aussi le niveau de compréhension notamment au moment de la cotation »</i> »
	Troubles du comportement	
	Anosognosie / trouble de la conscience de soi	« <i>Si je me rends compte que ça n'est pas adapté avec cette personne, c'est-à-dire si elle est anosognosique »</i> »
	Troubles psychologiques	« <i>Pour des gens qui sont un peu dans le déni »</i> »
	Troubles de la communication	« <i>Difficultés pour s'exprimer, au niveau de l'affluence »</i> »
Plus-value de la MCRO	Cibler des objectifs	« <i>C'est surtout pour essayer de recueillir les objectifs pour la personne »</i> »
	Activités signifiantes	« <i>Se rendre compte de ce qui est important pour elle et de chercher aussi à comprendre les rôles qu'elle veut tenir et pas juste partir de nos représentations »</i> « <i>Prioriser en fonction de ce qui est important pour la personne et pas d'après nos représentations »</i> »
	Satisfaction	« <i>Si au final elle se rend compte qu'elle n'y arrivait pas trop, mais qu'au final la satisfaction a augmenté, mais pas le rendement ce n'est pas grave »</i> »
	Rendement	« <i>Permet de se rendre compte si la personne se rend vraiment compte de ses difficultés ou pas »</i> »

	Réévaluation	<p>« Réévaluer et se réappuyer sur ça pour comparer plus tard »</p> <p>« Voir le cheminement de la personne quand on fait la réévaluation, parce que si sur un objectif finalement, on n'a pas tant gagné, mais que sa satisfaction a augmenté, car elle a cheminé sur comment elle est actuellement, ça lui permet de s'en rendre compte »</p> <p>« Pour que la personne voit ses progrès, ou pour prendre conscience de ses difficultés et de les accepter »</p>
	Subjectivité	
	Recueil	<p>« On a été formé à recueillir sans forcément orienter »</p> <p>« On recueille les difficultés exprimées »</p>
	Echanges	<p>« Laisser parler la personne »</p> <p>« Support pour discuter »</p>
	Approche centrée sur la personne	<p>« C'est de vraiment pour être client-centré »</p> <p>« Des fois, on se dit s'il n'y arrive pas à ça, faudrait que l'on travaille là-dessus, mais en fait pour la personne ça ne lui convient pas comme ça »</p> <p>« Pouvoir partir de la personne »</p>
	Personne actrice	<p>« Laisser venir la personne nous parler et nous intervenir si ça ne vient pas, en l'aidant au besoin en la questionnant »</p> <p>« Que la personne participe à son propre projet »</p>
Ressources complémentaires	Evaluations	<p>« Essentiellement des mises en situations, car on est dans l'environnement de la personne »</p> <p>« Car des fois pour coter le rendement d'une activité qu'une personne n'a pas fait depuis longtemps et bien on la met en situation et à l'heure actuelle comment vous cotez votre façon de faire »</p> <p>« Voir ce qui se passe pour telle ou telle activité, et d'observer ce qui fonctionne »</p>

	<p>L'entourage</p>	<p>« Mais pour des TC si l'atteinte est trop sévère sur le plan cognitif, faire passer la MCRO auprès de l'entourage ça pourrait être intéressant »</p> <p>« Ça peut être aussi accompagné l'entourage dans nos missions »</p> <p>« Mais du coup ça ne sera pas forcément pour augmenter la participation sociale de la personne dans ce cas-là »</p> <p>« Dans des cas très sévères il est pertinent d'inclure l'entourage »</p>
	<p>Objectivité</p>	<p>« On recueille les difficultés exprimées, parce qu'on peut partir de ce que nous dit la personne, mais c'est essentiel de creuser »</p> <p>« Ça pointe les difficultés ça permet de les évaluer du point de vue de la personne, mais euh de notre point de vue, il faut qu'on aille se rendre compte »</p>

Tableau d'analyse longitudinale de l'entretien E4 :

Lieux d'exercice	SAMSAH Public présentant une lésion cérébrale acquise. Population âgée de 18 à 59 ans.
-----------------------------	--

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims issus de l'entretien
Expérience du professionnel par rapport au TC	Fréquence d'accompagnement du TC	« <i>Je les vois 2 fois toutes les 3 semaines</i> » « <i>J'en vois régulièrement</i> » « <i>Accompagnements longs qui font en moyenne 2 an et demi</i> »
	Formations en lien avec le TC	« <i>Bilan ergothérapie pour personnes cérébrolésées</i> »
Participation sociale de l'adulte traumatisé crânien	Activités de vie quotidienne	« <i>On voit bien que sur la partie soins de base ou AVJ, les gens sont quand même très autonomes</i> »
	Activités instrumentales de la vie quotidienne	« <i>Je dirais vraiment les activités instrumentales de la vie quotidienne</i> » « <i>Quand on les met dans des activités instrumentales : pouvoir se servir d'un téléphone, aller à un rendez-vous, faire des courses, préparer à manger, les transports, le bricolage, la gestion financière, du traitement, là on a plus de difficultés</i> » « <i>Pour moi c'est vraiment là où ils sont directement impactés</i> »
	Loisirs	
	Activités professionnelles	
	Situations nouvelles	« <i>Ça serait plutôt celui de la situation nouvelle et complexe, c'est-à-dire celle qui s'oppose à l'automatisme et à l'habitude</i> »

		<p><i>de vie, puisqu'on le voit bien d'un seul coup ça devient très coûteux pour eux, en termes de fatigue cognitive »</i></p> <p><i>« Dans ce qui est nouveau et complexe, ils sont très en difficultés »</i></p> <p><i>« Très en difficulté aussi sur ce qui pourrait être de l'imprévu »</i></p>
Evaluation de la participation sociale	Grille d'automne	<p><i>« Je trouve que ces neuf activités balayent bien le quotidien d'une personne »</i></p>
	La CIF	<p><i>« Si j'en utilise un, euh, je dirais que ça serait le schéma de la CIF »</i></p> <p><i>« Car maintenant on est moins centré sur la pathologie mais plus sur la personne »</i></p> <p><i>« La colonne vertébrale de mon approche c'est le schéma de la CIF »</i></p>
	Entretien	<p><i>« En tête j'ai une MIF et une grille de l'automne pour balayer un peu AVJ et AIVJ, que je croise avec mon livret MCRO »</i></p> <p><i>« La MIF je ne la cote pas, elle me sert vraiment de support à l'entretien »</i></p> <p><i>« Quand on regarde les 3 grands items de la MCRO, on couvre quand même tout. Alors il y a des parties qui ne sont pas clairement identifiées, par exemple la problématique de la vie affective et de la sexualité. Mais ça reste une partie qui est importante, et qui peut être abordée au cours de la discussion par exemple, si la personne le fait d'elle-même »</i> « Mais il y a quand même des domaines qui sont parfois occultés là-dedans »</p> <p><i>« Après je dirais qu'un bon ergothérapeute a aussi une bonne technique d'entretien et faire une écoute active et reformuler autant que nécessaire pour bien comprendre »</i></p>
La MCRO	Formation	<p><i>« Non je n'ai pas fait la formation »</i></p> <p><i>« Mais à travers, la formation des modèles que j'avais faite, on avait eu une très formation autour de la MCRO »</i></p> <p><i>« En partageant avec des collègues ergos »</i></p>

		« <i>J'ai déjà acheté le livret de passation</i> »
	Expérience	« <i>Depuis une dizaine d'années</i> »
	Fréquence d'utilisation auprès du TC	« <i>Il y a toujours une MCRO qui est faite systématique en entrée</i> »
Passation de la MCRO	Moment opportun	« <i>Il y a toujours une MCRO qui est faite systématique en entrée</i> » « <i>Pas sur un premier entretien. Le premier entretien est fait pour faire connaissance, d'expliquer ce que c'est l'ergothérapie</i> » « <i>Deuxième entretien on attaque déjà l'identification de problème</i> »
	Redéfinir les objectifs	« <i>On a des PAP (Projet d'accompagnement personnalisé) à faire tous les 8 mois</i> » « <i>Si dans cette période de 8 mois j'ai eu un changement d'objectif, généralement ce que je fais, c'est juste re-coter l'item sur lequel l'objectif à changer</i> » « <i>Et quand arrive le PAP c'est requestionné, pour mettre des choses actualisées</i> »
Choix d'utilisa	Troubles cognitifs	
	Troubles du comportement	

	Anosognosie / trouble de la conscience de soi	<p>« Les publics présentant des bas niveaux de conscience ne comprennent pas vraiment les enjeux d'une telle prise en charge »</p> <p>« En fin de compte, ça aboutit souvent à des échecs »</p> <p>« Là où j'ai quand même un niveau de vigilance, c'est sur le niveau de conscience qu'à la personne, hein, ce que l'on peut aussi appeler les troubles métacognitifs »</p> <p>« Vraiment ce que je regarde c'est le bas niveau de conscience »</p>
	Troubles psychologiques	
	Trouble de la communication	<p>« Les difficultés d'élocution, de prononciation, peuvent aussi rendre la passation parfois complexe. Après je dirais qu'un bon ergothérapeute a aussi une bonne technique d'entretien et faire une écoute active et reformuler autant que nécessaire pour bien comprendre »</p>
Plus-value de la MCRO	Cibler des objectifs	<p>« On co-détermine ensemble les objectifs »</p> <p>« Ça fixe des objectifs »</p>
	Activités significantes	<p>« Ça permet surtout de parler de ses problèmes et des choses qui sont signifiants pour lui ou pour elle »</p> <p>« Ce qui est important pour la personne, c'est évident que c'est comme ça que l'on va avoir la peine participation de la personne, sa motivation, son implication. Donc voilà, participation pleine et entière »</p>
	Satisfaction	<p>« Ça donne une idée de comment la personne elle vie cette situation »</p>
	Rendement	<p>« Ça donne une idée de comment la personne elle vie cette situation »</p>

	<p>Réévaluation</p>	<p>« <i>Faire un retour à la personne, quand je vois que l'objectif n'avance pas je me sers de la MCRO aussi, je me dis que bon</i> » « <i>vous m'aviez dit que vous voulez travailler plus sur le brossage de dent, aujourd'hui il semble qu'on reste sur le même sentiment de satisfaction et de rendement, est-ce que vous pensez maintenir cet objectif ?</i> » « <i>C'est surtout à des fins on va dire pour voir si la prise en charge a apporté quelque chose à la personne</i> »</p>
<p>Subjectivité</p>		
<p>Recueil</p>	<p>« <i>C'est à travers les propos recueillis de la personne</i> »</p>	
<p>Echanges</p>	<p>« <i>Je laisse les gens parler, je suis dans un entretien semi-dirigé</i> » « <i>C'est surtout un bon support à la discussion</i> » « <i>Je discute avec la personne de sa vie en général</i> » « <i>Je laisse la personne parler</i> »</p>	
<p>Approche centrée sur la personne</p>	<p>« <i>J'ai une approche très client-centré, que je conjugue avec une approche MCRO</i> »</p>	
<p>Personne actrice</p>	<p>« <i>Je suis pour l'implication de la personne dans le processus décisionnel</i> » « <i>La personne en la faisant participer à son processus décisionnel, l'intégrer justement</i> » « <i>De ne pas décider à sa place</i> » « <i>Parce que derrière on a une motivation qui est bien plus grande que quand c'est imposé</i> »</p>	

Ressources complémentaires	Evaluations	<p>« Dès fois au besoin » « Après ce n'est pas systématique »</p> <p>« Souvent la mise en situation suffit à évaluer l'impact dans l'activité, sauf que c'est moins normé »</p> <p>« Quand le besoin s'en fait sentir on le fait »</p> <p>« Sur un test des errances multiples, pour moi, ça permet là par contre du coup, en termes de participation sociale, car on a plein de choses à faire dedans, on a : gérer un rdv, ses déplacements, faire ses courses, c'est intéressant. Donc voilà et en plus, on a le volet comportement »</p> <p>« EF2E, TEM, il peut m'arriver de faire un Kettle test quand les gens ont le matériel »</p>
	L'entourage	<p>« J'ai un Mr, je vais aller voir sa compagne, car lui, il me dit que tout va bien dans sa participation à la douche, l'habillage, sa lingerie, or ce n'est pas ce que je constate. Et donc là, j'envisage d'avoir un entretien avec sa compagne pour qu'elle m'explique ce qui se passé réellement »</p> <p>« Pour mesurer l'écart en fait entre le déclaratif et la performance »</p> <p>« Questionne souvent l'entourage pour affiner les choses, surtout quand je constate qu'il y a un truc qui ne va pas, et qu'il faut que j'en sache un peu plus »</p>
	Objectivité	<p>« L'idée, c'est de voir l'impact dans l'activité »</p> <p>« Que l'on veut confirmer comme je vous disais sur un syndrome dysexécutif »</p> <p>« A travers ce qui était coté et à travers ce que moi je voyais lors de la mise en situation écologique, y'avait quand même un grand écart »</p>

Abstract

Introduction: Adults with traumatic brain injury may be limited in their social participation. This represents a goal of occupational therapists (OT) intervention. They can thus assess it, with the help of tools, some of which are based on the COPM. The aim of this study was to verify if the COPM is sufficient in the assessment of the social participation of these adults.

Method: The study used a qualitative method. Four OTs using the COPM with adults with Traumatic Brain Injury (TBI) were interviewed through semi-structured interviews.

Results: For OTs, the COPM is a relevant collection tool to identify meaningful activities for the person, in order to prioritize define objectives centered on their needs and not on the therapist's representations. Thus, the subjective aspect that the person has in relation to their social participation is a significant advantage. Nevertheless, this subjectivity, cognitive and behavioral disorders can be a limitation. Therefore, they need to complement it with more objective assessments to obtain a real representation of the person's social participation.

Conclusion: The assessment of social participation is necessary in occupational therapy practice. This study found that the COPM seems relevant but insufficient to assess the social participation needs of the adults with TBI due to their consequential disorders and the lack of objectivity of this measure.

Key words: Traumatic Brain Injury (TBI) - Assessment - Social Participation - Canadian Occupational Performance Measure (COPM) - Occupational Therapy (OT)

Résumé

Introduction : Les adultes traumatisés crâniens peuvent être limités dans leur participation sociale. Celle-ci représente une finalité de l'intervention des ergothérapeutes. Ils peuvent ainsi l'évaluer à l'aide d'outils, certains s'appuient sur la MCRO. L'objectif de cette étude était de vérifier si la MCRO est suffisante dans l'évaluation de la participation sociale de ces adultes.

Méthode : Cette étude repose sur une méthode qualitative. Quatre ergothérapeutes utilisant la MCRO auprès de cette population ont été interrogés par le biais d'entretiens semi-directifs.

Résultats : Pour les ergothérapeutes, la MCRO est un outil de recueil pertinent pour identifier les activités significatives pour la personne, afin de prioriser et définir des objectifs centrés sur ses envies et non sur les représentations du thérapeute. Ainsi, l'aspect subjectif que la personne a en rapport à sa participation sociale est une plus-value majeure. Néanmoins, cette subjectivité et les troubles cognitivo-comportementaux peuvent être des freins. Par conséquent, ils ont besoins de la compléter la MCRO par des évaluations davantage objectives pour avoir une représentation réelle de la participation sociale de la personne.

Conclusion : L'évaluation de la participation sociale est nécessaire dans la pratique en ergothérapie. Cette étude montre que la MCRO apparaît pertinente, mais insuffisante pour évaluer les besoins en participation sociale des adultes traumatisés crâniens en raison de leurs troubles consécutifs et du manque d'objectivité de cette mesure.

Mots clés : Traumatisme Crânien (TC) - Evaluation - Participation sociale - Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) – Ergothérapie