HAL
open science

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel : un levier pour l'engagement en rééducation des patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquise ?

Anna Suchet

To cite this version:

Anna Suchet. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel : un levier pour l'engagement en rééducation des patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquise ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03610549

HAL Id: dumas-03610549

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03610549v1

Submitted on 16 Mar 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.

UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Anna SUCHET

MEMOIRE

pour le

DIPLÔME d'ETAT EN ERGOTHERAPIE

LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL : UN LEVIER POUR L'ENGAGEMENT EN REEDUCATION DES PATIENTS ANOSOGNOSIQUES PRESENTANT UNE LESION CEREBRALE ACQUISE ?

Directrice de mémoire : AUFFRET Marion (Ergothérapeute DE)

Remerciements

En premier lieu, je tiens tout particulièrement à remercier Marion Auffret, ergothérapeute, pour son accompagnement dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour ta confiance et pour avoir enrichi mes réflexions.

Ces trois années ont forgé ma future pratique professionnelle et je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IUFE de Clermont Ferrand ainsi que les professionnels rencontrés pour leur bienveillance et leurs expériences.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble des ergothérapeutes ayant pris du temps pour participer à cet écrit et sans qui il n'aurait pu être ainsi.

Merci aussi à mes amis de l'IUFE, nos heures de travail en équipe ont été indispensables à cette réussite.

Je remercie profondément mes parents pour leur accompagnement infaillible et ma sœur Marie, pour son amour inconditionnel et son soutien depuis tant d'années.

Enfin, un immense merci pour mes ami(e)s qui, depuis toujours, ont soutenu ce projet comme tant d'autres. Vos rires et vos encouragements ont été d'une aide précieuse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **5**

1. L'ANOSOGNOSIE : UN SYMPTOME MULTIDIMENSIONNEL **7**

1.1 UN PHENOMENE COMPLEXE A APPREHENDER 7

1.2 L'IMPACT POUR UN ACCOMPAGNEMENT VERS PLUS D'AUTONOMIE 9

1.3 EVALUATIONS ET AXES D'ACCOMPAGNEMENT : UNE COLLABORATION THERAPEUTE-PATIENT 10

2. UN OUTIL POUR L'ERGOTHERAPEUTE : LE MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNELS (MCREO) **12**

2.1 UN MODELE CLIENT CENTRE : LE MCREO 12

2.1.1 Intérêt des modèles dans la pratique *12*

2.1.2 Généralités et terminologie *13*

2.3 UN OUTIL DEDIE : LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL 16

2.3.1 Présentation de l'outil *16*

2.3.2 Intérêt de l'outil dans l'accompagnement *18*

2.4 QUELS LIENS DANS LA PRATIQUE AUPRES DE PATIENTS PRESENTANT UNE ANOSOGNOSIE 20

2.4.1 Un outil de mesure adapté *20*

2.4.2 Question de recherche *22*

3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE **22**

3.1 CHOIX DE LA METHODE 23

3.2 POPULATION D'ETUDE 23

3.3 ELABORATION DE L'OUTIL 24

3.4 LIMITES DE LA METHODE 25

4. RESULTATS DE L'ETUDE **25**

4.1 PROFIL DES REPONDANTS 25

4.2 LES ERGOTHERAPEUTES FACE A L'ANOSOGNOSIE 27

4.3 LA PLACE DE LA MCRO DANS LA PRATIQUE 30

4.4 LES APPORTS DE LA MCRO AUPRES DE PATIENTS PRESENTANT UNE ANOSOGNOSIE 32

5. DISCUSSION **34**

5.1 SYNTHESE DES RESULTATS 34
5.2 LIEN AVEC LA QUESTION DE RECHERCHE 37
5.3 DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE 39
CONCLUSION 41
BIBLIOGRAPHIE **..... 43**
ANNEXE **..... I**

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des ergothérapeutes pas structure

Figure 2 : Accompagnement des patients présentant une anosognosie

Figure 3 : Fréquence d'utilisation de la MCREO

Figure 4 : Impact de la MCRO sur l'engagement en rééducation de patients anosognosiques

Liste des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

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

MCRO (la) : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MCRO (le) : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

PPH : Processus de Production du Handicap

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

L'ergothérapeute est un professionnel de santé dont l'objectif est de "maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace" (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2020). Cette démarche nécessite donc une vision holistique de la personne afin d'identifier le sens idiosyncrasique donné à l'activité par l'individu. Le but recherché par l'accompagnement en ergothérapie est l'autonomie du patient dans les activités signifiantes et significatives. Cet accompagnement s'axe donc sur une relation de confiance et non hiérarchique qui sous-entend une capacité individuelle de l'individu à identifier ses capacités et incapacités. Cette capacité semble indispensable pour instaurer la collaboration entre le patient et le thérapeute et établir les moyens et objectifs permettant de surmonter la situation de handicap. C'est aussi un élément essentiel pour garantir la participation du patient aux thérapies et aides proposées sachant que "le potentiel thérapeutique des occupations ainsi que leurs pouvoirs et leurs effets positifs sont optimisés lorsque le choix et le contrôle peuvent être exercés" (A. Townsend, J. Polatajko, 2013). Or, cette collaboration peut se retrouver altérée lorsque le patient lui-même méconnaît les difficultés auxquelles il fait pourtant face. Nous verrons ainsi que cette méconnaissance, appelée anosognosie peut alors être source de nombreuses difficultés lors de l'accompagnement en ergothérapie.

Afin de recueillir les problématiques auxquelles sont confrontées les ergothérapeutes, un questionnaire en ligne, faisant office d'enquête exploratoire, a été diffusé. Sur 13 ergothérapeutes interrogés et issus de structures diverses (lieu de vie, rééducation, santé mentale), tous répondent y avoir déjà été confrontées. Ces mêmes ergothérapeutes expliquent ainsi faire face à "une mise en échec de l'accompagnement" ou encore une "incompréhension de la prise en charge" et pointent aussi l'impact de ce symptôme sur la famille tout comme leur rôle "l'accompagnement de l'entourage est prédominant".
Alors, comment offrir une approche "client-centré" dont les objectifs thérapeutiques sont établis en collaboration avec le patient, lorsque celui-ci n'identifie pas ses situations de handicap ? L'augmentation croissante des écrits en ergothérapie, notamment à travers l'utilisation des modèles conceptuels offre désormais de nouveaux outils pour guider

l'ergothérapeute dans l'analyse des situations en tenant compte d'un ensemble de processus en interaction. C'est pourquoi cet ouvrage devra permettre de mettre en lumière les liens entre l'utilisation d'un modèle général en ergothérapie et l'accompagnement de l'anosognosie.

Dans une première partie, il conviendra d'expliciter la signification du terme anosognosie et ses multiples aspects, son impact sur l'autonomie et la pratique de l'ergothérapie ainsi que les évaluations et les axes d'accompagnement décrits dans la littérature. Puis, une seconde partie permettra d'aborder les fondements du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) afin d'identifier le cadre théorique dans lequel s'inscrit ce dossier et de faire le lien avec un outil dédié : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). La méthodologie utilisée dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche sera traitée dans une troisième partie et définira les critères d'étude. Dans une quatrième partie, les données recueillies seront exposées et permettront, dans un cinquième point, d'établir le lien et avec la question de recherche et avec la revue de littérature.

1. L'anosognosie : un symptôme multidimensionnel

L'anosognosie est un symptôme aux manifestations multiples et singulières. Présente dans nombre de pathologie, elle questionne les professionnels médicaux et paramédicaux depuis des années. Cette première partie offre un état des lieux, non exhaustif, de ce phénomène et des outils existants pour accompagner les personnes présentant ce symptôme.

1.1 Un phénomène complexe à appréhender

Bien que ce symptôme ait été observé et décrit dès le XIXème siècle, c'est Joseph Jules François Félix Babinski qui lui donnera le nom d'anosognosie, en 1914, après avoir observé deux patientes hémiplégiques gauche qui "ignorent ou paraissent ignorer l'existence de la paralysie dont ils sont atteints" (Viader, 2014). Ce néologisme est alors issu de la contraction des termes "nosos" (maladie) et "gnosie" (connaissance) associé au préfixe privatif -a (Bastin et Salmon, 2020). Près d'un siècle plus tard, l'anosognosie se définit comme l'"incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint" (Larousse, 2020). Cette définition permet d'appréhender la dimension lésionnelle de ce symptôme neurologique. Dans la littérature, le terme anosognosie est parfois utilisé de façon interchangeable avec le terme psychopathologique de déni, initié par Freud et décrit comme mécanisme de défense ou encore "défaut d'insight" qui renvoie à la méconnaissance de notre vie psychique. L'utilisation de ces termes ne fait pas l'objet d'un consensus actuellement (Bastin et Salmon, 2020). Dans le cadre de cet écrit, nous privilégierons la conception neurologique à savoir "anosognosie".

L'anosognosie n'est donc pas une maladie mais un symptôme fréquemment rencontré en neurologie dans le cadre de lésions cérébrales acquises, de pathologies psychiatriques comme la schizophrénie ou encore des maladies neuro-dégénératives telles que la maladie d'Alzheimer où sa prévalence est estimée à 50% ou 60% pour les stades moyens et sévères (Jedidi, 2013). Cet écrit se concentrera sur l'accompagnement de l'anosognosie survenue dans le cadre de lésions cérébrales acquises. Ces dernières peuvent être définies comme des lésions

survenues après la naissance (traumatismes crâniens, Accident Vasculaire Cérébrale, tumeurs…).

L'anosognosie est un phénomène complexe et sa manifestation concerne rarement l'ensemble des déficits. Ainsi, le patient peut reconnaître un de ses troubles, comme un trouble moteur, mais méconnaître un trouble mnésique et inversement, ou encore ne reconnaître le déficit moteur qu'aux membres supérieurs et non aux membres inférieurs (Vocat, 2009). Quelle soit spécifique ou totale, l'anosognosie peut donc concerner une grande variété d'altérations : moteurs, cognitifs, biologiques, sensorielles. Vocat (2009) expose différents aspects de la conscience d'un déficit moteur comme « l'étiologie des troubles […], la déficience en elle-même […], l'incapacité occasionnée […] et enfin le handicap qui en découle au quotidien, à court terme […] ou à long terme ». Chacun de ces aspects peuvent être altérés, à des niveaux différents chez un même patient. Il apparaît toutefois essentiel de ne pas confondre ce symptôme avec l'anosodiaphorie qui renvoie à l'indifférence du patient envers la maladie dont il est atteint (Viader, 2014).

Sur le plan neuroanatomique, où siège l'anosognosie ? Au XIXème siècle, Babinski questionnait déjà « L'anosognosie serait-elle particulière aux lésions occupant l'hémisphère droit ? » (Viader, 2014). Les études menées en neurologie cherchent à identifier un site lésionnel intervenant dans la survenue de l'anosognosie et à en comprendre les mécanismes. Ainsi, les observations auprès de patients ayant subi un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) tendent à montrer une majoration de ce symptôme dans les lésions de l'hémisphère droit même s'il se retrouve aussi dans des lésions de l'hémisphère gauche (Hartman-Maeir, Soroker, Oman et Katz, 2003). Certains facteurs peuvent expliquer une sous-estimation de la prévalence de l'anosognosie chez les patients présentant une lésion hémisphérique droit. Dans une grande majorité des cas, les facultés de communication s'avèrent altérées et les patients sont alors exclus des études menées (Hartman-Maeir et al, 2003 ; Vocat, 2009). De même, aucune étude ne vient à démontrer une prédominance chez un certain type de démence. A l'heure actuelle, la neuroanatomie ne permet donc pas d'identifier pleinement l'origine de l'anosognosie. Il existe en effet, une grande hétérogénéité de profils de patients présentant une anosognosie. Une vision biopsychosociale tente de l'expliquer à travers trois dimensions :

- Biologique : rejoint les modèles neurocognitifs et lie l'anosognosie à des dysfonctions cognitives
- Psychologique : proche de la notion de déni, elle implique le rôle de la personnalité de l'individu dans les réactions à certains symptômes
- Sociale : les interactions ainsi que la représentation sociale et culturelle de la maladie influenceront l'expression de la conscience de ces troubles (Bastin et Salmon, 2020)

Ainsi, le rapport entre psychisme, environnement et fonctionnement cérébrale tente d'expliquer l'origine complexe de l'anosognosie. Des études s'accordent sur l'implication d'un ensemble de processus en interaction.

1.2 L'impact pour un accompagnement vers plus d'autonomie

Comme abordé précédemment, les causes de survenue de l'anosognosie ne peuvent être précisément déterminées avec les connaissances actuelles. Quant aux conséquences, celles-ci sont bien connues des chercheurs et des professionnels. Un des ergothérapeutes interrogés lors de l'enquête exploratoire soulève des "situations de mise en danger fréquentes". En effet, la mise en danger se manifeste de deux façons. Un patient hémiplégique pourrait, par exemple, essayer de se lever malgré le déficit moteur, entrainant une chute. La mise en danger peut aussi se manifester plus indirectement. Ainsi, une méconnaissance du déficit, qu'il soit cognitif ou moteur, peut amener le patient à ne pas demander de l'aide dans une situation où elle est nécessaire ou encore à refuser les aides proposées. On peut alors aisément comprendre les difficultés auxquelles l'ergothérapeute doit faire face lors de son accompagnement, qu'il ait lieu en centre de rééducation ou lors d'un retour à domicile. A cela peut s'ajouter une baisse de l'implication du patient. Deux des ergothérapeutes interrogés parlent de "difficultés à ce que le patient soit acteur de sa rééducation", du fait que le patient "ne comprenne pas ce qu'il fait dans le foyer et pourquoi il a de la rééducation", d'une "adhésion aux soins et à l'accompagnement difficile par le patient" ou encore des "objectifs thérapeutiques refusés par le patient". Les études pointent ainsi comme conséquences, une hospitalisation plus longue que pour les patients ne présentant pas d'anosognosie ou encore une récupération fonctionnelle plus faible dans le cadre d'une hospitalisation à la suite d'une lésion cérébrale acquise. L'environnement s'avère lui aussi impacté. En effet, le sentiment de

fardeau pour l'aidant est plus marqué tout comme les difficultés pour retourner en milieu professionnel. De plus, il semble pertinent d'aborder un effet sous-jacent à l'anosognosie : la dépression. Rechercher à améliorer la conscience des déficits par le patient peut alors majorer les symptômes dépressifs ou anxieux. Cela renvoie alors à la notion de mécanisme de défense psychique. L'accompagnement vers une plus grande autonomie, au cœur de la pratique ergothérapique est donc entravé sous divers aspects (Bastin et Salmon, 2020). Enfin, la présence d'anosognosie peut amener à un retard de diagnostic, notamment dans le cadre de pathologies démentielles (Jedidi, 2013) (Stirati-Buron, Koskas et Drunat, 2008).

1.3 Evaluations et axes d'accompagnement : une collaboration thérapeute-patient

Face à la complexité de ces manifestations, des outils de mesure visent à évaluer la sévérité de l'anosognosie. Dans sa thèse portant sur les "Mécanismes de l'anosognosie : une étude sémiologique et par imagerie fonctionnelle", Jedidi (2013) rappelle trois types de méthodes d'évaluation. Le premier est celui réalisé par le clinicien à travers une anamnèse orientée à destination du patient et de l'accompagnant. Certes rapide à administrer, il ne permet pas d'identifier le contexte de survenu du trouble et s'avère dépendant de l'expérience du clinicien. Le second s'axe sur une évaluation, par questionnaire, de l'aidant. Celle-ci est alors comparée aux résultats du questionnaire administré au patient. Enfin, le troisième est centré sur une évaluation, par le patient lui-même, de ses performances. Ainsi, cette méthode consiste à établir un score différentiel entre la prédiction faite par le patient sur ces performances et sur celles réalisées.

Dans le cadre d'Anosognosie de l'Hémiplégie, Vocat (2009) cite trois types d'évaluation. Ainsi, plusieurs auteurs ont décrit des protocoles d'évaluations systématiques basés sur des questionnaires structurés comme Nathanson, Bergman et Gordon (1952) ou l'échelle conçue par Bisiach et al. (1986) qui reste la plus utilisée dans la littérature. Les questions s'axent d'abord sur les raisons de l'hospitalisation pour amener ensuite la personne à répondre sur la fonctionnalité de son membre plégique. Une cotation en trois points est alors proposée pour évaluer la reconnaissance du déficit en tenant compte de la prise de conscience du déficit lors du questionnaire. Il est important de noter que lors de cette

évaluation, une confrontation du patient à ses troubles est demandée. D'autres échelles sont axées sur ce principe graduel comme l'échelle de Feinberg et al. (2000) ou encore l'échelle analogique (Cocchini et al., 2009 ; Della Sala, Cocchini, Beschin, & Cameron, 2009). Le deuxième type d'évaluation est réalisé par questionnaire écologique via la réalisation d'actes de la vie quotidienne. Proche de l'auto-évaluation exposée par Jedidi (2013), le patient est amené à anticiper sa performance, une nouvelle évaluation est ensuite réalisée et une modification possible avant une dernière évaluation. Pour finir, la troisième évaluation comprend un hétéro-questionnaire comparant l'évaluation du patient et celle de son proche (Vocat, 2009).

La grande variété de ces méthodes d'évaluations permet aux professionnels de guider l'évaluation de l'anosognosie dans leur pratique mais ne peut tenir compte de la grande diversité de manifestation de ce symptôme.

Bastin et Salmon (2020) exposent les axes de prise en charge existants. Leur impact reste toutefois peu étudié. Tout d'abord, un des objectifs principaux n'est pas la disparition du symptôme mais la réduction des conséquences qu'il amène. Ainsi, la relation entre le patient et son thérapeute est indispensable pour accompagner ce processus de changement. Différentes méthodes sont axées sur la confrontation comme le vidéo feedback, les jeux de rôle ou encore le feedback direct même si le peu d'études axées sur le sujet ne permet pas de démontrer leur efficacité. Certaines seraient ainsi plus efficaces pour certaines tâches tel que le feedback vidéo qui aurait un bénéfice sur "les performances comportementales dans la réalisation de tâches". La confrontation du patient et des troubles auxquels il fait face divise les ergothérapeutes interrogés lors de l'enquête exploratrice mais il ressort l'importance de l'aspect interdisciplinaire de l'accompagnement. Ainsi, la prise de conscience doit être guidée grâce à la relation thérapeutique "[…] il est recommandé d'établir une relation de confiance entre le thérapeute et le patient et de développer un programme progressif individuel adapté aux besoins en plaçant le patient au centre du programme, en le soutenant sans confrontation, et en l'amenant à fixer lui-même les buts de changement". Face à un phénomène aux manifestations hétérogènes et patient dépendant, il n'existe pas actuellement d'outils standardisés à l'efficacité démontrée, pour l'accompagnement de ces patients (Bastin et Salmon, 2020).

A ce jour, la littérature axée sur l'anosognosie ne permet pas de répondre à toutes les problématiques soulevées par ce symptôme. De ce fait, l'ensemble des mécanismes à l'origine de sa survenue reste à étudier. L'hétérogénéité des profils que ce soit en termes d'âge, d'évolution ou encore de pathologie ne permet pas une standardisation des méthodes d'évaluation et le choix de l'outil revient alors au professionnel. Ainsi, il n'existe pas de tableau type du "patient anosognosique". Certaines interventions montrent ainsi des bénéfices sur une partie des patients en ayant bénéficiées, sans toutefois que cette amélioration se retrouve sur l'ensemble du groupe (Bastin et Salmon, 2020). Même si les conséquences de l'anosognosie ont été étudiées et des corrélations montrées - augmentation de la durée de séjour chez les patients hospitalisés à la suite d'un AVC ayant une anosognosie de l'hémiplégie - les méthodes employées diffèrent et il est donc nécessaire de les approfondir.

2. Un outil pour l'ergothérapeute : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

Les modèles conceptuels offrent un outil de lecture pour appréhender les situations de handicap vécues par les personnes. Les écrits sont de plus en plus nombreux et participent à l'évolution des pratiques (Morel-Bracq, 2017) au point que les modèles sont désormais enseignés lors de la formation professionnelle.

Ainsi, nous allons voir les apports de l'utilisation des modèles conceptuels et plus particulièrement du MCREO qui, comme beaucoup de modèles propres à notre pratique, reporte son regard sur la personne et non plus sur le handicap dont elle est atteinte.

2.1 Un modèle client centré : le MCREO

2.1.1 Intérêt des modèles dans la pratique

Les modèles conceptuels proposent une analyse de la pratique pour les professionnels de santé et "peuvent être reliés aux grands courants qui guident la démarche des médecins ou de l'ergothérapeutes". En intégrant "la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes,

l'épistémologie et la pratique", ils guident les professionnels dans leur pratique et permettent d'établir un cadre auquel se référer (Morel-Bracq, 2017 p.2). Leur utilisation n'est pas propre à la pratique de l'ergothérapeute. Ainsi, en France, l'ergothérapeute a souvent employé des modèles issus d'autres professions médicales rendant difficile l'appréhension des spécificités de leur profession (Morel-Bracq, 2017 p.7). L'un des enjeux des modèles est ainsi de structurer la pratique. Les modèles conceptuels font donc l'objet d'un intérêt croissant et il en existe désormais un grand nombre permettant de guider les vastes champs d'intervention de l'ergothérapeute. Chaque modèle propose sa classification des occupations, cette dernière devrait être universelle, mais, compte tenu de l'évolution constante du sens donné aux occupations au cours de la vie, cette universalité semble impossible (Dumont, 2016). Même si de nombreux modèles sont utilisés dans des secteurs variés, les ergothérapeutes possèdent désormais des outils dédiés à structurer leur intervention.

Les modèles généraux en ergothérapie, issus des ergothérapeutes, sont centrés sur l'interaction personne-activité-environnement, au cœur de la profession car "elle éclaire le fonctionnement occupationnel des personnes bénéficiaires de l'ergothérapie" (Morel-Bracq, 2017). Malgré l'universalité de cette interaction, les modèles généraux ne s'appuient pas tous sur les mêmes concepts, théories ou terminologies. Bien que les ergothérapeutes partagent un vocabulaire commun, avec des termes centraux comme "activité", "participation", "occupation", leurs définitions, non consensuelles, rendent compte de la complexité des modèles. Il est donc indispensable de comprendre les fondements théoriques dans lequel s'inscrit le modèle avant son utilisation (Morel-Bracq, 2017).

2.1.2 Généralités et terminologie

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO), traduit de l'anglais et que l'on retrouve aussi sous la dénomination Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO), Modèle Canadien de la Performance Occupationnelle (MCPO) ou encore Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P) est issu de l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (Morel-Bracq, 2017). Ce modèle cible donc le rendement et l'engagement de la personne.

Un pré requis essentiel à la compréhension de tout modèle et du champ théorique dans lequel il s'inscrit est la définition des termes centraux. Dans un premier temps, il convient d'expliciter le terme d'"occupation".

Les sciences de l'occupation proposent de définir l'occupation comme une expérience "spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas" (Pierce, 2016 p.25), renvoyant ainsi à la perception individuelle et subjectif qu'induit l'occupation et la situe au centre d'un ensemble d'éléments contextuels. Le groupe Terminologie de ENOTHE (Meyer, 2013 p.16) propose de définir l'occupation comme "un groupe d'activité, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs". Enfin, dans l'ouvrage *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*, (2002 p.38-39) l'Association Canadienne des Ergothérapeutes propose de définir l'occupation comme faisant "[…] référence à 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. L'occupation comprend tout ce que la personne fait pour s'occuper, c'est-à-dire pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité)". Cette définition, tout comme celle établie par le groupe Terminologie de ENOTHE, reprend ainsi les trois domaines occupationnels exposés dans le MCREO : soins personnels, loisirs et productivité, classés en fonction de leurs buts (Townsend et Polatajko, 2013). Et bien que ces définitions puissent différer, elles placent l'occupation au centre de la vie de l'individu ("construite personnellement", "valeur personnelle et socioculturelle", "auxquelles les individus […] donnent […] une signification"). Ainsi, *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (Morel-Bracq, 2017, chap.2) expriment que les occupations "affectent la santé et le bien-être des personnes, donnent un cadre temporel et structurant, donnent un sens à la vie" résumant ainsi la nécessité de l'ergothérapie. Il est toutefois important de noter que le sens et l'emploi du terme "occupation" varie selon les langues. L'utilisation francophone fait parfois référence au terme "activité" (Meyer, 2013).

Pour parler d'engagement occupationnel, il convient d'en saisir le sens du point de vue de notre pratique. Dans le sens commun, l'engagement se définit comme un "acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose […]" (Larousse, 2020). Les professionnels de

l'ergothérapie qualifient quant à eux l'engagement occupationnel comme « l'action de se mobiliser, de devenir occuper, de participer à une occupation ou de s'y engager », « [C'est] apporter sa contribution afin d'être, de devenir, et d'appartenir, ainsi qu'effectuer ou s'adonner à des occupations » (A. Townsend, J. Polatajko, 2013), lui conférant une dimension bien plus personnelle et centrale dans la vie de l'individu. L'engagement est alors "un sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation" (Meyer, 2013). Ces définitions, issues de l'ergothérapie, placent alors l'individu comme acteur de ce processus puisqu'il "participe", "contribue", "choisit", "s'implique". Dans *Engagement, occupation et santé* (J-M Caire, A. Schabaille, 2018) les auteurs ajoutent que l'engagement est « le versant motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation ou de l'activité ». Ces définitions permettent d'identifier les bienfaits d'un engagement pour le patient acteur et rechercher l'engagement est particulièrement pertinent pour le thérapeute. Ainsi, il présente des effets positifs directement sur la performance puisque « la personne engagée tend à aller au bout de l'activité, à atteindre son objectif […] » (J-M Caire, A. Schabaille, 2018). Les auteurs ajoutent qu' « Avec le concept d'engagement, les ergothérapeutes saisissent l'expérience vécue par le ou la cliente dans la performance d'une occupation, ce qui débouche sur la compréhension concrète d'éléments motivationnels et leur exploitation possible en thérapie ». Ses apports sont doubles et l'on comprend alors qu'il fasse partie des objectifs de nos accompagnements.

Enfin, ce modèle propose d'aborder la notion de rendement, résultats des interactions entre la personne, l'occupation et l'environnement (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock, 2014).

Au cœur de cette interaction, la personne[1], élément clé du changement (ACE, 2002) est reliée à son environnement grâce à l'occupation qui est « […] comme un pont qui relie la personne et l'environnement, indiquant ainsi que les individus agissent sur l'environnement par l'occupation » (A. Townsend, J. Polatajko, 2013 p.26). Les composantes de la personne, et ainsi du rendement occupationnel sont représentées sous trois dimensions : affective (liée à l'émotion), cognitive (liée à la pensée) et physique (liée à l'action) (ACE, 2002). Quant à l'environnement, élément incontournable sur lequel s'appuie la pratique de l'ergothérapeute,

[1] "Le MCRO présente la personne comme un tout qui incorpore la spiritualité, les expériences culturelles et sociales ainsi que les dimensions observables du rendement occupationnel." (ACE, 2002 p.47)

il comprend les éléments physiques, institutionnels, culturels et sociaux. On peut alors définir le rendement comme le « résultat d'un rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la personne, l'environnement et l'occupation. Le rendement occupationnel évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations signifiantes qui lui procurent de la satisfaction. » (A. Townsend, J. Polatajko, 2013) et représente « l'actualisation ou la poursuite d'une occupation dans un environnement donné, ce qui se traduit par une expérience de vie pour la personne », « l'environnement [étant] le contexte dans lequel le rendement occupationnel se produit » (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2002). Dans cette perspective, un changement induit par la personne impactera son environnement, ses occupations et donc son rendement occupationnel.

Les nombreux concepts abordés dans ce modèle complexifient sa compréhension mais sont autant d'outils pour identifier et intégrer la singularité de l'ergothérapie et faire valoir les spécificités de notre profession.

Nous allons voir que le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels a permis l'élaboration d'un outil en adéquation avec les principes exposés et de guider les professionnels dans leur intervention et la définition de leurs objectifs.

2.3 Un outil dédié : La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

2.3.1 Présentation de l'outil

La Mesure Canadienne du Rendement et de l'Engagement Occupationnel est née, il y a plus de 25 ans, de la volonté de développer un outil de mesure du rendement occupationnel basé sur le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) (Law et al., 2014). Outil d'auto-évaluation, elle s'inscrit donc parfaitement dans une approche centrée sur le patient. En effet, cette auto-évaluation amène un temps où le patient va « s'interroger sur lui-même, sur sa perception et sa lecture des événements traumatisants », elle est aussi « un moyen de préparer la rencontre où les résultats vont être discutés, reformulés et où va s'élaborer le projet en concertation entre l'usager, l'ergothérapeute, voire la famille dans certains cas »

(Caire, 2008). On comprend ainsi qu'elle est un outil pertinent tant pour permettre au patient de poser un regard sur sa situation que pour guider le professionnel dans l'instauration de la relation thérapeutique. Cet outil est d'autant plus pertinent qu'il est fiable et validé, permettant « l'échange des informations et leur comparaison » (Caire, 2008) et démontrant ainsi l'efficacité de l'intervention en ergothérapie. Toutefois, notons qu'« il est important que les ergothérapeutes possèdent l'expertise et la formation nécessaires » (Law et al., 2014). Quant à son administration, elle prend la forme d'un entretien semi-structuré dont le temps peut varier en fonction de la pratique du thérapeute. Un ergothérapeute habitué à l'utiliser mettra, par exemple, 15 à 30min (Law et al., 2014).

La passation de cette mesure présente cinq temps.

Le premier s'axe sur l'identification des difficultés et interroge donc le patient sur son rendement occupationnel. *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel* (Law et al., 2014) qualifie une difficulté dans le rendement occupationnel comme « une occupation qu'une personne veut réaliser, devrait réaliser mais n'arrive pas à réaliser ou ne réalise pas à sa propre satisfaction ». Puis, dans un second temps, les difficultés énoncées vont être cotées par le patient, sur une échelle de 1 à 10, selon l'importance qu'elles représentent pour lui. Puis, le thérapeute demande au patient d'identifier les cinq difficultés qu'il estime les plus urgentes et peut pour cela utiliser les cotations par importance de l'étape précédente. La priorisation de ces difficultés servira à l'établissement des objectifs d'accompagnement en ergothérapie. Le patient est ensuite amené à coter le rendement actuel dans l'occupation, allant de « incapable d'exécuter l'activité » à « capable d'exécuter parfaitement l'activité » et la satisfaction, allant de « pas satisfait du tout » à « extrêmement satisfait » qu'il retire de ce rendement (Law et al., 2014). Enfin, à une date fixée au préalable, vient le temps de la réévaluation. Ce dernier, plus rapide, ne concerne plus que le rendement et la satisfaction pour les cinq difficultés citées précédemment. La réévaluation permet alors de déterminer les changements induits par l'intervention.

2.3.2 Intérêt de l'outil dans l'accompagnement

La MCRO présente des bénéfices tant pour l'ergothérapeute que pour le patient. Tout d'abord, elle permet à l'ergothérapeute de structurer l'entretien, de prioriser les objectifs de traitement (Kaiser et Braun, 2005). Selon Gueguen (2001), en plus de « de cibler les objectifs prioritaires », cette mesure renseigne sur la perception du patient sur sa capacité à interagir avec son environnement et sa satisfaction peut être utilisée pour évaluer sa qualité de vie, ici en service de soins palliatifs. Isabelle Marchalot (2016) exprime aussi « une évaluation plus proche de la personne et de son projet » et donc une optimisation de notre accompagnement. Elle peut aussi être un « mode d'entrée en communication avec la personne soignée » et éviter au soignant de se positionner comme seul sachant de ce qui est bon pour le patient (J-M Caire, A. Schabaille, 2018). On retrouve ici des éléments en lien avec l'approche client-centré.

D'autre part, on peut noter que "pour les ergothérapeutes, les contenus des entretiens ont constitué un matériau pour argumenter et légitimer leur intervention auprès de l'enfant, de ses parents et d'autre professionnels" (Kaiser et Braun, 2005). Ce dernier point rejoint un des objectifs du développement et de l'utilisation des modèles dans la pratique comme l'explique Morel-Bracq (2017) « les modèles élaborés par des ergothérapeutes dans le champ de l'ergothérapie sont des atouts précieux pour expliquer notre profession aux personnes avec lesquelles nous travaillons ».

Comme exprimé ci-dessus, les avantages pour le thérapeute sont manifestes. Nous allons voir qu'ils le sont aussi pour le patient, au cœur de cette approche client-centré. L'étude de la mesure, réalisée par sa conceptrice et citée par Kaiser et Braun (2005), montre que la MCRO permet au patient de donner du sens à son traitement et de clarifier ses buts. Cet élément est essentiel pour engager l'individu dans sa thérapie, la prise en compte des besoins et priorités de la personne pour l'établissement des objectifs peut amener à un plus grand engagement et une plus grande motivation (Phipps et Richardson, 2007). Les bénéfices sont aussi prouvés par la statistique. En effet, « les changements dans la cotation du rendement et de la satisfaction sont largement significatifs » après réévaluation. Une étude de cas présentée lors d'une journée sur l'*Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée* montre que le patient lui-même ressent une amélioration du rendement et de la satisfaction pour trois des

activités identifiées comme les plus importantes (Association Réseau Traumatisme Crânien, 2013).

Cette mesure présente donc de nombreux avantages permettant de faciliter la collaboration et l'accompagnement en ergothérapie et ce, dans des domaines d'intervention variés (pédiatrie, soins palliatifs, patients cérébrolésés). Par ailleurs, la mise en lumière de ces bénéfices s'appuie sur des données tangibles et scientifiques.

Bien que les effets positifs de son utilisation soient largement reconnus, certaines contraintes tendent à expliquer une sous-utilisation. Premièrement, l'utilisation de cette mesure demande du temps. Law (1994), Mc Coll et Pranger (1994) cités par Kaiser et Braun (2005) estime que la passation dure en moyenne entre 30 et 45 minutes, même si d'autres professionnels n'y voient pas un frein (Gueguen, 2001). D'autre part, son utilisation demande une réévaluation (ACE, 2002). Ces derniers expriment aussi une plus grande difficulté à sa mise en place en milieu hospitalier compte tenu de la prédominance du modèle biomédical[2]. De plus, des ergothérapeutes interrogés sur la pratique de cette mesure font ressortir des difficultés pour mener l'entretien « soulevant entre autres que le vocabulaire de la mesure limite leur créativité » faisant apparaître la nécessité, pour les professionnels, d'être formés aux notions propres à ce modèle. Enfin, l'utilisation de la mesure permettant de déterminer les objectifs de traitement, elle « ne semble ne pas convenir pour les clients dont la demande porte sur une tâche particulière » (Kaiser et Braun, 2005).

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel se veut être un outil pertinent dans la réalisation d'un accompagnement client-centré en ergothérapie. Les apports de cette approche sont très largement reconnus, elle permet au patient de devenir « plus acteur dans le processus d'amélioration de sa qualité de vie et de son état de santé ». Ainsi, « il participe d'avantage au traitement et par-delà même augmente sa satisfaction et son estime de soi » (Kaiser, Braun, 2005). Cet outil peut donc être utilisé en vue d'améliorer l'engagement, souvent impacté à la survenue de la situation de handicap et pouvant être majoré par l'anosognosie.

[2] Qui concerne à la fois la biologie et la médecine (Larousse, 2020)

Certes, amener l'individu à fixer ses propres objectifs peut paraître contradictoire en présence d'anosognosie mais l'approche centrée sur le client ne doit pas en être délaissée pour autant. Comme toute personne, le patient anosognosique, malgré un manque de conscience de ses déficits et donc de ses difficultés, doit rester acteur de sa rééducation. « Si la personne n'est pas conscience de ses difficultés, le professionnel l'amènera à identifier ses besoins selon sa propre perspective et l'utilisation de la M.C.R.O pourra contribuer à cette tâche » (Kaiser, Braun, 2005). On comprend ainsi que l'appréciation du patient envers ses difficultés doit être préservée, et le thérapeute ne doit alors pas fixer les objectifs qu'il estimerait prioritaire pour l'accompagnement.

2.4 Quels liens dans la pratique auprès de patients présentant une anosognosie

Dans un chapitre réflexif quant aux modèles conceptuels en ergothérapie, Marie-Chantal Morel Bracq (2017) expose un des apports de ce modèle. Elle exprime alors que « les modèles aide à problématiser une situation et à élaborer des orientations de travail […] ». Le développement croissant des modèles conceptuels centrés sur l'occupation offre alors des opportunités aux professionnels pour appréhender des situations complexes comme on peut en rencontrer dans l'accompagnement de patients présentant une anosognosie.

2.4.1 Un outil de mesure adapté

Comme nous l'avons vu plus tôt, l'anosognosie impacte les occupations du patient sous de nombreux aspects. Les études comme les professionnels mettaient en lumière l'impact sur son engagement dans la thérapie, une adhésion aux soins difficiles ou encore une incompréhension face aux objectifs de rééducation. Certaines des caractéristiques de la MCRO peuvent être mis en lien avec ces problématiques. Ainsi, cet outil « engage le client dès le début de l'expérience ergothérapique », « accroît la participation du client […] » (Law et al.,

2014). Rappelons aussi que l'un des objectifs de l'accompagnement n'est pas la disparition de l'anosognosie mais la réduction de ces conséquences dans la vie quotidienne. La MCRO peut alors s'avérer pertinente car elle offre une approche permettant de respecter le ressenti du patient puisqu'elle « considère le sentiment de satisfaction du client à l'égard de son rendement actuel » tout en « [tenant] compte de l'importance pour le client des divers domaines du rendement ». En postulant que le rendement occupationnel est déterminé par son appréciation personnelle, l'utilisation de cet outil intègre alors pleinement le patient dans son accompagnement.

Concernant les limites de l'utilisation de la MCRO, dans une étude citée par J-M Caire et A. Schabaille (2018), les ergothérapeutes interrogés citent « les troubles de l'attention, de la compréhension, et les troubles majeurs du comportement » comme obstacles à son utilisation. Les professionnels ne font ainsi pas état de l'anosognosie comme limite à l'utilisation de cette mesure.

Le nombre d'études axé sur l'utilisation de la MCRO auprès de patients anosognosiques reste faible. En effet, les patients présentant ce symptôme sont régulièrement exclus par soucis de fiabilité des résultats et la recherche sur l'accompagnement de ce symptôme devrait être approfondie.

Rappelons aussi que l'utilisation de la MCRO ne peut représenter la panacée pour accompagner les patients présentant une anosognosie et dépend alors, comme beaucoup d'éléments d'accompagnement, du projet pour le patient. Dans certains cas, elle peut ainsi être administrée auprès de la famille (Phipps et Richardson, 2007). Le degré de sévérité de ce symptôme et sa manifestation ayant indéniablement une influence sur l'accompagnement. D'autres facteurs influenceront l'accompagnement pour un plus grand engagement comme une relation thérapeutique de confiance ou encore l'utilisation d'activités signifiantes. Enfin, il est nécessaire pour l'ergothérapeute d'être formé à l'utilisation de la MCRO afin de pouvoir l'adapter au contexte d'accompagnement ou encore de s'approprier les techniques d'entretien.

2.4.2 Question de recherche

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'inscrit donc dans le champ des sciences occupationnelles. Comme nous l'avons exposé à travers la recherche littéraire et scientifique de cette première partie, il existe, pour le patient présentant une anosognosie, une réelle altération de la réalisation de ses occupations. En parallèle, l'ergothérapeute fait aussi face aux difficultés pour accompagner le patient dans l'élaboration de ses objectifs. Il n'existe pas de méthode aux résultats scientifiquement prouvés pour accompagner ces patients mais il semble toutefois nécessaire, afin d'éviter toute confrontation du patient et de son symptôme, de l'accompagner « à fixer lui-même ses buts de changement » (Bastin et Salmon, 2020). Le MCREO, notamment à travers la MCRO propose de resituer le patient au centre de son accompagnement tout en permettant au thérapeute de ne pas projeter les objectifs d'intervention pour son patient. Il permet, en collaboration, d'établir les axes d'accompagnement en tenant compte de la subjectivité du patient et de l'amener ainsi à s'impliquer et à comprendre la thérapie dans laquelle il s'inscrit. L'incompréhension étant une conséquence fréquemment retrouvée chez les patients présentant une anosognosie. L'ensemble de ces éléments amènent ainsi la question au cœur de ce mémoire d'initiation à la recherche :

L'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) améliore-t-elle l'engagement des patients anosognosiques présentant une lésion cérébrales acquises ?

Dans un souci de méthodologie et compte tenu de la grande diversité de patients présentant une anosognosie, l'étude menée dans le cadre de cette recherche s'axera sur les patients en rééducation présentant une lésions cérébrales acquises.

3. Méthodologie de l'étude

Afin d'assurer la pertinence de cette recherche, une méthodologie doit être établie. Cette étape permet de structurer le déroulé de cet écrit et de ne pas perdre de vue son objectif. Il

constitue alors le squelette permettant de récolter les données nécessaires pour mettre en regard la pratique avec le questionnement. Cette partie présente les différents éléments ayant amené à l'élaboration de l'outil de recherche et sa passation.

3.1 Choix de la méthode

Ce mémoire d'initiation à la recherche visant à identifier si l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel impacte l'engagement de patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquise, l'outil de recherche utilisé, le questionnaire, permet le recueil de données quantitatives. Cette méthode de recherche permet de réaliser une analyse statistique des données recueillies et de mesurer, à partir de l'expérience des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, la pertinence de l'utilisation de la MCRO auprès de cette population. L'outil permet aussi, en fonction des données souhaitées, de laisser libre cours à certaines réponses, ce qui est le cas des réponses libres. Une analyse de contenu est ensuite réalisée.

Dans le cadre de ce travail, le questionnaire permet aussi de recueillir les données d'un plus grand nombre de professionnels compte tenu du délai et de sa facilité de diffusion. Les professionnels sont aussi d'autant plus libres de répondre qu'il est entièrement anonyme, qu'ils sont libres de répondre au moment souhaité et où ils le souhaitent.

Ce questionnaire a ensuite été diffusé pour une durée de deux semaines pendant le mois de février 2021.

3.2 Population d'étude

Le questionnaire en ligne s'adresse uniquement aux ergothérapeutes. En effet, l'utilisation du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) est un modèle propre à la pratique de l'ergothérapie. Interroger les autres professionnels intervenant auprès des patients présentant une anosognosie ne présente donc pas d'intérêt dans le cadre de ce travail. Ainsi, les personnes répondant au questionnaire doivent être titulaire du Diplôme d'Etat en ergothérapie. Cette recherche étant axée sur une population

précise, les patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquise, il est nécessaire que les ergothérapeutes accompagnent ou aient accompagné cette population.

3.3 Elaboration de l'outil

Un questionnaire unique via *GoogleForms* a été élaboré pour répondre à la question de recherche. Ce questionnaire présente des questions réponse-dépendant permettant d'appréhender au mieux les différentes pratiques des ergothérapeutes, cela amène donc à 4 variants du questionnaire (ANNEXE I), toutes les questions sont obligatoires. Ces variants amènent alors progressivement à la question de recherche et permettent, en plus d'interroger l'utilisation de la MCRO auprès de patients anosognosiques, d'identifier l'expérience auprès de cette population et l'utilisation de modèles conceptuels pour accompagner la pratique.

En premier lieu, les ergothérapeutes ont apporté leur consentement pour répondre à cette recherche dans le cadre du mémoire en ergothérapie. Dans une première section, intitulée « Informations relatives à l'ergothérapeute », les questions ont pour objectifs d'obtenir des données relatives à la vie professionnelle des répondants et pouvant avoir une influence sur la pratique. Une deuxième section, « Accompagnement des personnes présentant une anosognosie », interroge plus particulièrement cette population et les causes pouvant être à l'origine de ce symptôme. Elle objective ensuite de recueillir les influences sur le quotidien des ergothérapeutes. La troisième section, « Utilisation du MCREO » aborde quant à elle l'utilisation des modèles, puis du MCREO pour questionner par la suite son utilisation lors d'anosognosie. Comme son nom l'indique, la section suivante « Utilisation de la MCRO auprès de patients présentant une anosognosie » questionne les modalités de passation de la mesure et son impact sur l'engagement. Les professionnels n'utilisant pas ce modèle auprès de patients anosognosiques sont invités à en expliciter les raisons. Enfin, qu'ils utilisent ou non la MCRO en présence de ce symptôme, les ergothérapeutes ont été interrogés sur leur ressenti quant à son accompagnement.

3.4 Limites de la méthode

Le questionnaire étant en parti diffusé sur des groupes spécialisés via le réseau social *Facebook*, il ne permet pas la fiabilité des profils des répondants ni de s'assurer que ces derniers disposent bien du Diplôme d'Etat contrairement aux réponses obtenues via les mails. Le questionnaire étant en effet diffusé par mail aux structures de rééducation. Puis, la diffusion du questionnaire en ligne n'est pas réservée aux ergothérapeutes exerçant en France et il est possible que des ergothérapeutes issus de pays francophones (Belgique, Suisse, Québec…) aient participé à cette étude. L'utilisation des modèles différent d'un pays à un autre de même que la pratique. Son utilisation en France est par exemple moins répandue qu'au Canada. Ainsi, « ce n'est que récemment que les ergothérapeutes français ont commencé à intégrer vraiment dans leur pratique des modèles et des outils d'évaluation ergothérapique (J-M Caire, A. Schabaille, 2018). L'accompagnement de l'anosognosie ainsi que son impact sur l'intervention peuvent donc différer. Cela est d'autant vrai que les systèmes de santé et, de ce fait, les prises en charge sont eux aussi différents d'un pays à un autre. De plus, l'utilisation d'un questionnaire n'assure pas la pleine compréhension par les participants, des questions posées. Même si les différents termes en lien direct avec ce mémoire ont été explicités comme « MCREO », « MCRO » et « anosognosie », des incompréhensions restent possibles. Elle limite aussi l'expression des ergothérapeutes répondant à cette étude et ne permet pas d'approfondir les réponses apportées ou de les expliciter dans le cas des questions ouvertes. Cela est d'autant plus limitant dans le cas d'utilisation d'acronyme dans les réponses des ergothérapeutes.

4. Résultats de l'étude

4.1 Profil des répondants

Au total, 11 ergothérapeutes ont répondu à ce questionnaire en ligne. La majorité des professionnels ayant répondu travaillent en Soins de Suite et de Réadaptation

(SSR) puisqu'ils sont 54,5% et 36,4% en Médecine Physique et de Réadaptation (dont un en MPR de consultation) contre 9,1% en Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), soit une personne.

Pour rappel, les missions principales d'un service de SSR sont « la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier » (Site du Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Quant à la MPR, elle propose un traitement adapté qui « aidera à la récupération des déficits ou évitera leur aggravation avec l'aide de médicaments, rééducation et appareillages » (Site du Service public d'information en santé, 2021). Les différences ne sont pas explicitées et les populations accueillies peuvent présenter de nombreuses similitudes. Enfin, les SAMSAH réalisent des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) « qui ont […] pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées » et des services de soins médicaux (Site Mon Parcours Handicap, 2021).

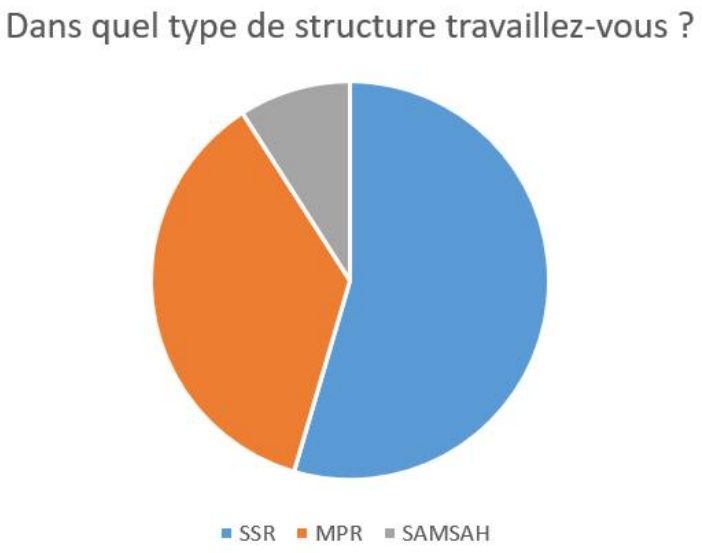

Fig 1 : Répartition des ergothérapeutes pas structure

Au vu des résultats, on remarque une hétérogénéité du profil des répondants :

- 3 ergothérapeutes sont âgés de 20 à 29 ans, ont une expérience en rééducation inférieure à 5 ans et exercent dans un SSR.

- Parmi les 3 ergothérapeutes âgés de 30 à 39 ans, deux ont une expérience en rééducation comprise entre 5 et 10 ans et exercent en SSR et en MPR. Le troisième exerce en MPR et bénéficie d'une expérience en rééducation comprise en 10 et 15 ans.
- Les 2 ergothérapeutes âgés entre 40 et 49 ans ont une expérience en rééducation supérieure à 15 ans, exercent en SSR et en SAMSAH.
- Deux des ergothérapeutes âgés entre 50 et 59 ans ont plus de 15 ans d'expérience en rééducation et exerce en MPR et SSR. Enfin, le troisième a une expérience en rééducation de 5 à 10 ans et travaille dans un MPR de consultation.

Le questionnaire ne permettait pas d'interroger le sexe des répondants, ce critère n'étant pas pertinent dans le cadre de cette étude.

4.2 Les ergothérapeutes face à l'anosognosie

Malgré une grande différence d'expérience en rééducation, allant de 0 à 5 ans à + de 15 ans, tous les ergothérapeutes répondent accompagner ou avoir accompagné des patients présentant une anosognosie.

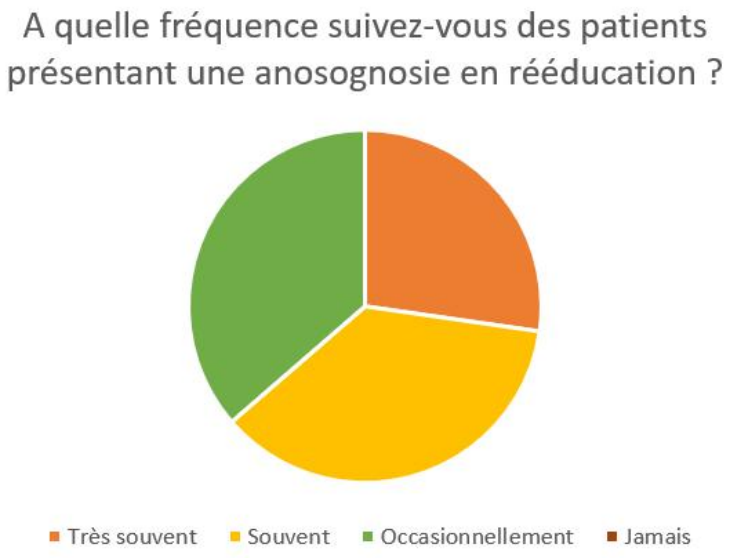

Fig 2 : Accompagnement des patients présentant une anosognosie

Les ergothérapeutes ont ensuite été interrogés sur le profil des patients anosognosiques qu'ils accompagnent en ergothérapie.

Tous les ergothérapeutes citent l'Accident Vasculaire Cérébrale comme étiologie, 9 citent le Traumatisme Crânien, 5 les tumeurs et 2 d'autres raisons non identifiées. Les professionnels ont ensuite répondu sur les outils utilisés pour appréciez l'anosognosie. La très grande majorité d'entre eux utilisent des mises en situation écologiques ou des entretiens (10 répondants sur 11) et six le déterminent via un bilan neuropsychologique. Concernant les mises en situations et les entretiens, il n'est pas précisé s'ils utilisent un outil spécifique ou standardisé et l'évaluation peut donc présenter une part de subjectivité, bien que l'outil soit maitrisé par l'ergothérapeute.

La prochaine question était libre et questionnait l'impact de l'anosognosie sur l'accompagnement en ergothérapie. Les professionnels rapportent des difficultés dans la motivation, l'investissement ou la coopération dans l'accompagnement.

« Comment ce symptôme a-t-il impacté votre accompagnement ? »	
Professionnels	**Réponses**
20-29 ans (1)	« **Difficultés** à mettre en place les AT »
20-29 ans (2)	« Peu d'impact »
20-29 ans (3)	« Il faut d'abord accompagné le patient dans la prise de conscience de ses trouble pour pouvoir travailler sur l'autonomie »
30-39 ans (1)	« **Difficulté** pour la mise en place de moyen de compensation, difficulté pour l'élaboration d'un projet de sortie concret et en adéquation avec les capacités du patient, difficulté pour adhérer à la rééducation »
30-39 ans (2)	« Cela représente un gros frein à la prise en charge, dans la mesure où la personne ne voit pas l'intérêt de la rééducation et donc se désinvestit totalement. »
30-39 ans (3)	« **Difficulté** d'appropriation des méthodes de rééducation, pas de conscience de l'impact des difficultés sur le quotidien et mauvaise projection sur le long terme »
40-49 ans (1)	« **Difficile** de définir des objectifs communs »

40-49 ans (2)	« un patient qui présente de bas niveaux de conscience de soi est susceptible de ne pas se montrer motivé ou coopératif en thérapie. Il se fixera des objectifs irréalistes, fera preuve d'un mauvais jugement, ne comprendra pas la nécessité de recourir à des stratégies de compensation et encore moins le besoin des les appliquer en vie quotidienne »
50-59 ans (1)	« non adhésion à des propositions de mises en situation écologiques (rééducatives) »
50-59 ans (2)	« **Difficulte** de faire adhérer le patient à un programme de rééducation et de Réadaptation voire un programme d'éducation thérapeutique »
50-59 ans (3)	« **difficulté** d'adhésion du patient au projet de soin et à l'intégration des difficultés réelles »

Les mots se rapportant à la notion de difficultés sont cités à plusieurs reprises (7 fois) et seul un des ergothérapeutes interrogés exprime « peu d'impact ».

De plus et même s'il n'est pas explicitement nommé, certains ergothérapeutes expriment un impact sur l'engagement dans l'accompagnement.
Ainsi, à la lecture des résultats, une notion revient fréquemment : l'adhésion. Quatre des ergothérapeutes répondent ainsi à la question :

- « Difficulté pour **adhérer** à la rééducation »
- « Non **adhésion** à des propositions de mises en situation écologiques »
- « Difficulté de faire **adhérer** le patient à un programme de rééducation et de réadaptation voire un programme d'éducation thérapeutique »
- « Difficulté **d'adhésion** au projet de soin et à l'intégration des difficultés réelles »

Le terme adhérer peut se définir comme l'action de « partager une idée, une opinion, les faire siennes » (Larousse, 2020).

Les résultats montrent aussi un impact dans l'intervention des ergothérapeutes. Il leur ait en effet difficile de mettre en place de moyens de compensation ou des aides techniques, un

projet de vie adéquate ou de définir des objectifs communs. Un d'entre eux exprime aussi la nécessité d'accompagner la prise de conscience des troubles avant le travail sur l'autonomie même s'il ne précise pas les méthodes pouvant être utilisées.

Les ergothérapeutes ont ensuite été interrogés sur la mise en place de méthodes spécifiques pour accompagner les patients présentant ce symptôme en rééducation.

Une notion clé dans la pratique ergothérapique revient régulièrement : la mise en situation (citée à 5 reprises). La projection de performance est quant à elle citée à deux reprises et consiste à mesurer l'écart entre la performance attendue et la performance réelle. Le feedback est lui aussi cité à deux reprises, une fois de façon formelle et une autre fois induite : « mises en situation filmées ». Les ergothérapeutes utilisent aussi la discussion, l'écoute active, l'entretien dirigé et avec l'entourage ou encore le questionnaire OT-HOPE (outil d'autodétermination des objectifs). Pour finir, un des professionnels cite l'utilisation de la MCRO avec les adolescents, enfants ou les parents.

4.3 La place de la MCRO dans la pratique

Avant d'aborder l'utilisation de la MCRO, les ergothérapeutes étaient interrogés sur l'utilisation des modèles conceptuels. Trois d'entre eux n'utilisent aucun modèle pour guider leur pratique. Près de la moitié des répondants utilisent le MCREO (5 répondants). Les autres modèles utilisés sont le Processus de Production du Handicap (PPH), le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) ou encore le modèle CO-OP inspiré du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel. Un des répondant répond utiliser tous les modèles conceptuels à l'exception du modèle biomécanique.

Les professionnels ont été invité à exprimer la fréquence à laquelle il utilise le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.

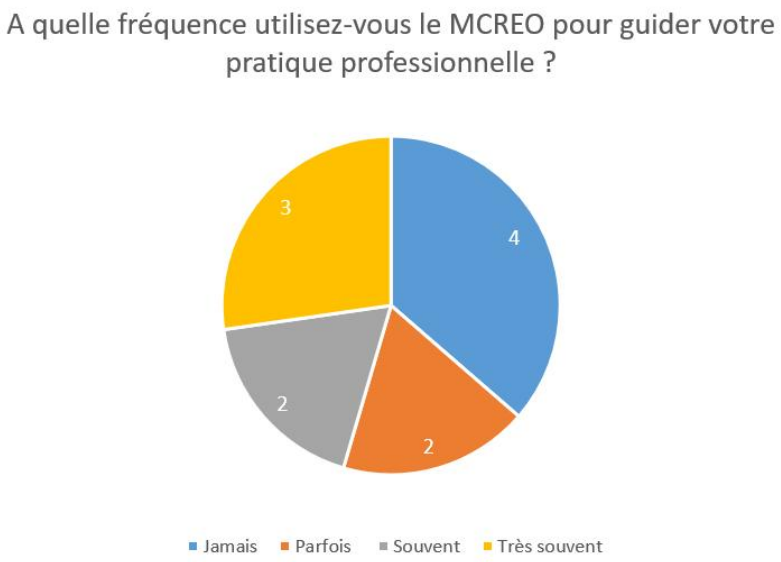

Fig 3 : Fréquence d'utilisation de la MCREO

La grande majorité des professionnelles interrogés utilisent régulièrement le MCREO puisque deux déclarent l'utiliser souvent et trois très souvent, deux l'utilisent quelques fois.
Les questions suivantes sont uniquement adressées aux sept répondants utilisant le MCREO, dont cinq d'entre eux sont formés à l'utilisation de la MCRO.

Ils ont ensuite répondu sur les avantages de cette mesure :

- « Le patient devient acteur de sa prise en charge rééducative, fixe ses ojectifs et parvient à les atteindre plus facilement, accompagne le processus de deuil chez les patients »
- « De mettre en évidence les difficultés signifiantes pour le patient et sa famille »
- « Engagement du patient, patient au centre de la prise en charge, moteur de la rééducation et impliqué »
- « Définir des objectifs signifiants sur les AVQ du patient »
- « Engagement, motivation, anticipation sortie, patient centré »
- « La définitions d'activité significatives, la connaissance de soi, la perception de soi »
- « Profil occupationnel, détermination objectif de travail, en adéquation avec une approche client centré »

Les différentes réponses font émerger l'amélioration de l'engagement, de la motivation ou encore la définition d'objectifs. La MCRO permettrait aussi de mettre en évidence les difficultés ou la définition de la connaissance/perception de soi.

Enfin, les cinq ergothérapeutes utilisant la MCRO auprès de patients présentant une anosognosie ont reçu une formation. Les deux autres professionnels non formés expriment ne pas l'utiliser auprès de cette population.

Les quatre personnes n'utilisant jamais la MCRO l'expliquent par un manque de formation, de pragmatisme de la mesure ou encore l'impossibilité de son utilisation auprès d'une population anosognosique. Ainsi, seuls les ergothérapeutes ayant reçu une formation sur la MCRO l'utilisent auprès d'une population anosognosique.

4.4 Les apports de la MCRO auprès de patients présentant une anosognosie

Cette partie concerne les cinq ergothérapeutes utilisant la MCRO auprès de patients présentant une anosognosie.
Concernant l'administration de la mesure, une grande majorité l'administre au patient et trois d'entre eux font appel à un tiers.

Administration de la MCRO	1	2	3	4	5
Patient lui-même	X	X		X	X
Famille	X	X	X		
Aidant principal	X		X		

Ces derniers ont ensuite été interrogés sur l'engagement et la MCRO auprès de patients anosognosiques :

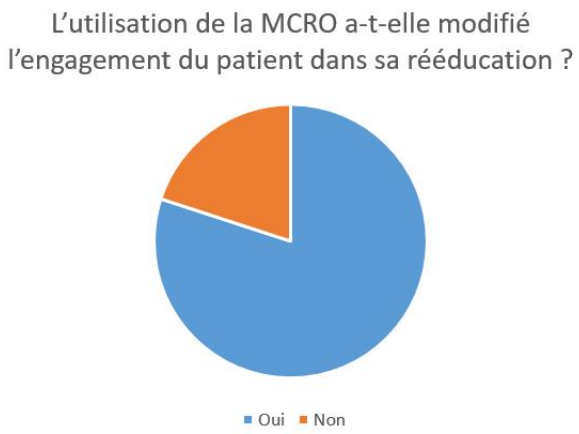

Fig 4 : Impact de la MCRO sur l'engagement en rééducation de patients anosognosiques

Ils précisent ainsi :

- « mise en lumière des besoins signifiants »
- « Avec une problématique ciblée par le patient il est plus motivé par ce qui lui est proposé »
- « Elle a PARFOIS modifié l'engagement en permettant une prise de conscience, un régression de l'anosognosie. Elle a parfois aussi permis de poser un consensus entre le désir du patient et les limites posées par l'équipe de soins et la famille afin de securiser le patient. »
- « l'approche client centré plus, objectif co déterminé avec le patient, rejoignant souvent une activité signifiante »

Pour les professionnels, la MCRO a ainsi permis, en plus de faire émerger des besoins signifiants, une amélioration de la conscience des troubles et une augmentation de la motivation.

L'ergothérapeute qui ne déclare pas de changement dans l'engagement du patient exprime que « chez un patient anosognosique les difficultés de rendement occupationnel ne sont pas perçues de manière pertinente et en adéquation avec la réalité. Cela me permet parfois de voir comment évolue l'anosognosie lors de la ré-évaluation mais cela ne me permet pas de fixer des objectifs de rééducation pertinents ». Dans ce cas, la mesure est donc utilisée en vue de mesurer l'évolution de l'anosognosie.

Les ergothérapeutes n'utilisant pas le MCREO ou n'étant pas formés sont 50% a souhaité être formé à la MCRO pour accompagner l'anosognosie.

A la fin de ce questionnaire, l'ensemble des personnes répondant ont été interrogés sur l'accompagnement. Ainsi, sept des onze répondants déclarent ne pas se sentir suffisamment outillés pour la prise en charge de ce symptôme. Notons toutefois que la majorité des ergothérapeutes utilisant la MCRO auprès de patients anosognosiques se déclarent suffisamment outillé (60%).

5. Discussion

5.1 Synthèse des résultats

Que l'expérience en ergothérapie soit à ses débuts ou que la pratique soit affinée depuis des années, l'anosognosie est intégrée à l'intervention. Les résultats ont mis en évidence la prévalence de l'anosognosie au sein d'une population présentant une lésion cérébrale acquise. Les ergothérapeutes interrogés ont tous déjà été confronté à ce symptôme et une majorité l'a été fréquemment au cours de l'accompagnement en rééducation. Ces résultats rejoignent alors ceux de la littérature. L'anosognosie de l'hémiplégie touche, par exemple, 11% à 60% après lésion de l'hémisphère droit et 6% à 24% après lésion de l'hémisphère gauche (Vocat, 2009) même si ces chiffres peuvent varier selon les publications. Pour les professionnels, l'AVC et le traumatisme crânien sont les principales origines de survenu de l'anosognosie. Cela pourrait s'expliquer en partie par leur prévalence au sein de la population française puisque les AVC concernent environ 140 000 personnes/an (Santépubliquefrance.fr) et 155 000 pour le traumatisme crânien (Association Française d'Aide aux Victimes d'Accidents). L'évaluation de l'anosognosie est elle principalement appréciée par le biais d'entretien ou de mise en situation (10 sur 11 ergothérapeutes) et plus rarement via un bilan neuropsychologique. Le questionnaire ne permettait pas aux ergothérapeutes de nommer un outil d'évaluation en particulier et ces résultats ne peuvent donc pas être confrontés aux évaluations exposées par la littérature. Distinguer ce symptôme

d'autres manifestations comme le déni n'est pas une tâche facile. En tant que professionnels de l'observation, les ergothérapeutes mettent alors à profit leur connaissance de l'activité pour l'évaluer, pouvant alors s'apparenter à des évaluations écologiques.

Les conséquences de l'anosognosie sur l'accompagnement ont de nouveau été soulevés par les ergothérapeutes. Leur intervention s'en retrouve plus difficile sous divers aspects. La définition d'objectifs communs, nécessaire pour une approche client-centré ou encore la mise en place de stratégies compensatoires par le biais d'aides techniques s'en retrouvent altérés. Quant à la relation aux soins, le manque d'investissement et le manque d'adhésion de ces patients à leur rééducation à un impact sur l'intervention en ergothérapie. Par la recherche d'objectifs et d'activités signifiantes, l'ergothérapeute cherche continuellement à placer la personne qu'il accompagne comme acteur de son accompagnement. Cet investissement tient une part importante dans leur pratique. Face à une intervention altérée, certains professionnels utilisent des feedbacks, des projections de performance ou encore la confrontation face aux troubles. Cependant, les modalités d'utilisation et l'efficacité de ces outils ne sont pas détaillées. Au regard de la littérature, la confrontation du patient à ses troubles n'a pas démontré son efficacité pour l'accompagnement mais l'autoévaluation comme la projection de performance, pourrait aider les patients à découvrir leurs erreurs (Bastin et Salmon, 2020). De plus, replacer le patient comme acteur de son accompagnement devient difficile pour les professionnels en cas d'anosognosie. Des ergothérapeutes utilisent alors le questionnaire OT-HOPE ou la MCRO. Ces outils client-centré rejoignent alors les recommandations visant à établir une relation de confiance, à placer le patient au centre de l'accompagnement et à l'amener à fixer lui-même les buts de changement (Bastin et Salmon, 2020).

L'utilisation des modèles conceptuels se démocratise au sein de la profession. Au modèle biomédical s'ajoute le modèle de PPH, le MOH mais aussi des modèles client-centré tels que le MCREO ou le modèle CO-OP inspiré de ce dernier. Certains ergothérapeutes déclarent n'utiliser aucun modèle mais il se peut qu'ils utilisent des outils issus de modèles sans les nommer. Malgré des difficultés à s'approprier le MCREO notamment du fait de sa terminologie, la majorité des ergothérapeutes l'utilise pour guider leur pratique. J-M Caire et A. Schabaille (2018) exprimaient l'intégration récente de ces modèles et outils d'évaluation ergothérapiques. La MCRO est quant à elle directement issue du MCREO. Pour l'utilisation de

cette outil validé, une formation est idéale. Cependant, l'aspect intuitif du livret de passation peut expliquer que certains professionnels l'utilisent sans avoir eu accès à la formation, d'autant que les avantages de cette mesure sont indéniables. La MCRO aide tant la personne à donner du sens à l'intervention qu'elle reçoit qu'à améliorer sa propre perception. Les ergothérapeutes interrogés font ainsi émerger les avantages cités dans les différentes lectures.

Face à tant de bénéfices, l'utilisation de la MCRO auprès de patient anosognosique semble présenter un fort intérêt pour la pratique. Les ergothérapeutes formés l'utilisent ainsi auprès de cette population. Sa non-utilisation en cas d'anosognosie par les ergothérapeutes peut s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas bénéficiés de la formation et ne disposent ainsi peut-être pas des outils nécessaires pour guider l'entretien. La définition, par le patient lui-même des objectifs d'accompagnement peut paraître contradictoire en cas d'anosognosie. Pourtant, même si la MCRO est administrée auprès de l'aidant principal ou de la famille, la majorité des ergothérapeutes la réalise avec le patient lui-même. Cela peut supposer que, malgré un déficit de conscience des troubles, les ergothérapeutes s'avèrent en mesure de guider l'entretien et accompagner la définition d'objectifs. Comme exposer précédemment, la MCRO ne peut être l'outil universel pour majorer l'engagement de ces patients en rééducation. La majorité des ergothérapeutes expriment toutefois une amélioration de cet engagement.

Ce travail visait à étudier le lien entre l'engagement en rééducation des patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquise et la MCRO. Ce symptôme étant fréquemment rencontré, les professionnels ont été interrogés sur leur sentiment vis-à-vis de l'accompagnement de ce symptôme. Les ergothérapeutes utilisant la MCRO auprès de cette population s'estiment plus outillé pour faire face à l'anosognosie (60% déclarent se sentir suffisamment outillé) que les non-utilisateurs de la mesure (16,7% déclarent se sentir suffisamment outillé).

La MCRO peut certes être pertinente pour l'accompagnement de ces patients mais les autres outils ne peuvent être négligés. Ainsi, que ce soit la MCRO, l'entretien structuré, les divers questionnaires, les prédictions de performance ou encore l'utilisation de feedback, leur utilisation dépend d'abord de la personne pour qui nous intervenons. Cela explique surement

pourquoi certains ergothérapeutes interrogés, malgré la formation au MCREO citent ces méthodes. Selon que l'on souhaite par exemple évaluer l'anosognosie, un questionnaire d'évaluation peut être entrepris, les feedbacks peuvent quant à eux appuyer la démarche centrée sur les mises en situation. L'ensemble des méthodes existantes peuvent coexister au sein de l'intervention et, dans certains cas, s'avérer complémentaire.

Un autre point est aussi la pluridisciplinarité de l'intervention. L'ergothérapeute peut aussi établir en équipe les outils plus pertinents pour une prise en charge globale du symptôme. Même si cela ne ressort pas de cette étude, les réflexions d'équipe paraissent indispensables pour assurer une cohérence de l'action thérapeutique et définir plus précisément le type d'anosognosie auquel est confronté le patient. De plus, la présence d'un neuropsychologue peut, grâce à des connaissances plus approfondis des mécanismes en jeu, aiguiller les autres professionnels sur le degré d'anosognosie et la pertinence de telle ou telle méthode. Il est aussi utile pour aider l'ergothérapeute à distinguer ce qui pourrait, au regard d'un manque de connaissance de ce symptôme, s'apparenter à une phase de déni, nécessaire à l'acceptation des déficiences à long terme.

L'engagement étant « le versant motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation ou de l'activité » (J-M Caire, A. Schabaille, 2018), il est alors profondément singulier et relatif à l'individu. L'important n'est alors pas en priorité l'identification de l'outil pour accompagner l'anosognosie mais de l'ensemble des éléments d'intervention pouvant amener la personne à s'engager malgré l'anosognosie.

5.2 Lien avec la question de recherche

Ce mémoire d'initiation à la recherche vise à répondre à la question « L'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) améliore-t-elle l'engagement des patients anosognosiques présentant une lésion cérébrales acquises ? ». Au vu des résultats, 80% (4) des ergothérapeutes utilisant la MCRO auprès de patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquises répondent qu'elle a modifié l'engagement en rééducation. Il est nécessaire de noter que l'engagement a été modifié de différentes façons et a permis de maintenir une intervention client-centré.

Cependant, les résultats sont à nuancer pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'étude présente un biais de sélection puisque les ergothérapeutes ayant répondus ne peuvent être représentative des professionnels exerçants, leur sexe ou leur lieu géographique d'exercice ne sont pas demandés. Les facteurs individuels peuvent influencer leur pratique de même que le lieu géographique car les services de soins peuvent différer d'un pays à un autre, voire d'une région à une autre. Cela a aussi un impact sur le type de population accueillie. De même, il n'est pas demandé depuis quand l'ergothérapeute est formé au MCREO et à la MCRO. Cela peut aussi impacter l'intervention puisque ce modèle a fait l'objet de révisions depuis sa création.

Un autre biais concerne les patients accompagnés par les ergothérapeutes interrogés. Ici, le questionnaire ne permet pas de déterminer leur âge, leur pathologie, leur lieu de vie ou leur milieu socio-culturel. Le rapport au monde médical et à la médecine de façon générale peut différer selon les cultures. L'ensemble de ces éléments socio-démographiques sur la personne peut avoir une influence sur l'intervention, la motivation et alors faciliter ou limiter l'engagement.

De plus, l'étude ne détermine pas les limites de l'utilisation de la MCRO, si les ergothérapeutes l'utilisent toujours auprès de la population anosognosique ou s'ils ne peuvent la réaliser dans le cas où l'anosognosie concerne l'ensemble des déficits, ou en cas de déficits moteurs comme cognitifs. Les nombreux écrits sur le sujet rendent compte de la complexité de sa manifestation et de la difficulté à établir une distinction fiable avec d'autres manifestations comme le déni ou le défaut d'insight. Ainsi, même si une majorité d'ergothérapeute répond avoir vu une modification de l'engagement des patients anosognosiques en rééducation, le profil n'est pas précisé. Pour exemple, un patient reconnaissant son déficit mais pas les conséquences fonctionnelles ou reconnaissant que partiellement son déficit amène des accompagnements différents. Notons qu'il existe autant de manifestations d'anosognosie que de patients.

Un autre biais peut être établi. En effet, en répondant au questionnaire, les professionnels connaissaient en partie le sujet de ce mémoire puisque le titre stipulait les termes « MCREO » et « anosognosie ». De ce fait, des professionnels exerçant auprès de personnes présentant une lésion cérébrale acquise et manifestant ce symptôme ont pu ne pas entreprendre de

répondre car non formés au MCREO. Leur réflexion et leur expérience auraient pourtant mis en lumière les méthodes sur lesquels ils basent leur pratique.

La complexité de la terminologie présente une limite. Comme nous l'avons vu plus tôt, le terme d'engagement n'est pas précisément le même dans le langage courant que dans la pratique des ergothérapeutes. Il conviendrait alors d'expliciter comment les professionnels le définissent. Pour rappel, la question portant sur la modification de l'engagement en rééducation avec utilisation de la MCREO était présentée via une question fermée et les précisions apportées n'apportent pas suffisamment de précision pour affirmer que leur définition de l'engagement corrèle avec les écrits ergothérapiques.

Lors de la rédaction de ce travail d'initiation à la recherche, un biais de confirmation amène à nuancer les apports de la MCRO pour améliorer l'engagement des patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquise. En effet, le questionnaire omet de questionner les limites de cette mesure et s'axe principalement sur ses avantages. Inconsciemment, le questionnaire est alors en partie orienté pour répondre positivement à la question de recherche. De plus, l'omission des limitations ne permet pas de confronter les apports et limites de la mesure et d'en déduire un champ d'application plus précis auprès de ce symptôme.

Enfin, le nombre de personne ayant répondu au questionnaire étant de 11, il ne peut être représentatif de l'ensemble des ergothérapeutes. Une étude plus approfondie auprès d'un plus grand nombre d'ergothérapeutes francophone devrait tenir compte de leur rapport aux modèles conceptuels et de leur pratique tout en définissant plus précisément les situations où l'utilisation de la MCRO s'avère pertinente et les limites de son utilisation. L'ensemble de ces points n'ayant pu être apporté compte tenu de la durée restreinte du questionnaire.

5.3 Dans la pratique professionnelle

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de mettre en avant l'intérêt de l'utilisation de modèles conceptuels et d'outils dédiés dans la pratique. Tout comme ils permettent de structurer nos interventions, ils sont aussi un moyen de faire face à des situations complexes. La singularité de chaque personne accompagnée est une richesse et la

nécessité de nous adapter à chaque problématique peut s'avérer stimulante. Les modèles peuvent alors être une ressource pour établir nos objectifs d'intervention ou guider notre pratique.

Les nombreuses recherches réalisées dans le cadre de cet écrit ont aussi permis d'appréhender une partie de la complexité des phénomènes neurologiques. Les connaissances personnelles ont parfois été une limite à la lecture de certains écrits axés sur l'anosognosie mais ont profondément développer l'envie de développer ces compétences.

La rédaction de cet écrit a aussi mis en évidence les difficultés à limiter les biais lors d'une recherche et notamment via la rédaction d'un questionnaire. Ainsi, en voulant éviter d'orienter les réponses des participants, les questions ne sont, au contraire, pas suffisamment axées sur l'engagement. Cette partie mériterait alors d'être approfondie puisqu'au cœur de la question de recherche.

Pour finir, l'ensemble de ce travail de recherche à amener un regard plus scientifique sur la pratique de l'ergothérapeute et développer le souhait d'approfondir cette compétence au cours de la future pratique professionnelle.

Conclusion

Au travers de la question « L'utilisation de la MCRO améliore-t-elle l'engagement des patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquise ? » diverses finalités étaient traversées.

Tout d'abord, cette étude visait à déterminer si l'anosognosie était un aspect fréquent auquel faisaient face les ergothérapeutes et si cela avait une incidence sur leur accompagnement. Il apparait ainsi que l'intervention des ergothérapeutes, notamment à travers la définition des objectifs ou le manque d'adhésion se retrouve altérée.

Face à un intérêt croissant des écrits pour les modèles conceptuels, ce mémoire avait aussi pour objectif d'établir un état des lieux de leur utilisation. Ces derniers pouvant être de précieux outils pour répondre aux questionnements de terrain. La majorité des ergothérapeutes utilisent ainsi des modèles pour guider leur intervention. Cette étude ne permet toutefois pas de savoir si leur utilisation est un choix professionnel ou induit par la structure et/ou l'équipe comme cela peut parfois être le cas. Elle ne permet pas non plus d'explorer plus en détail les apports de leur utilisation.

De plus, ce mémoire a aussi permis de confronter la pratique de terrain aux outils proposés par la littérature. Il en ressort que les professionnels ont su appréhender diverses solutions pour accompagner la prise de conscience des déficits. Une notion tout aussi importante émerge, la relation thérapeutique. Ainsi, malgré une envie d'accompagner la prise de conscience via une confrontation plus ou moins explicite, l'écoute semble être pertinente pour guider cette conscientisation.

Qu'en est-il de l'utilisation du MCREO et de sa mesure ? Son utilisation semble être intégrée à la pratique même si le sujet de ce mémoire a surement permis de cibler précisément ses ergothérapeutes. Les avantages présentés regroupent précisément les intérêts exposés par les études sur la MCRO et montre qu'il a donc toute sa place pour favoriser l'engagement des patients dans l'intervention. Comme cela a pu être exposé, l'utilisation de la MCRO auprès de personnes anosognosiques n'est pas la panacée. Tout comme elle a pu guider les ergothérapeutes, répondre à des problématiques motivationnelles ou occupationnelles, les modalités ne peuvent être déterminées par cet écrit.

Alors même que ce symptôme fait l'objet de recherche et a été défini il y a maintenant plusieurs dizaines d'années, son accompagnement en ergothérapie nécessite des recherches plus approfondies.

Les professionnels ont en leur possession de nombreux outils et leur expérience est un élément indispensable pour perfectionner l'intervention auprès des patients anosognosiques. Ainsi, fort de cette expérience, un guide des pratiques pourrait être pertinent à élaborer grâce à l'apport des ergothérapeutes de terrain. Cela permettrait de définir les solutions possibles et servir de repère pour notre intervention. Une nouvelle étude via la méthode Delphi peut mettre en lumière un consensus de pratiques et participer à la reconnaissance de l'ergothérapie auprès de cette population. Cette méthode vise à « […] apporter l'éclairage des experts sur des zones d'incertitude, en vue d'une aide à la décision » (F. Bourrée, P. Michel, L.R. Salmi, 2008) et est ainsi adaptée à la complexité de l'accompagnement de patients anosognosiques. Pour cela, des objectifs précis, en adéquation avec la pratique et les concepts ergothérapiques doivent être définis. Face aux problématiques apparus lors de cet écrit, les objectifs peuvent viser à établir dans quelles mesures la MCRO peut être utilisée en présence d'anosognosie, comment l'activité et les mises en situation peuvent être utilisées auprès de cette population ou encore les prérequis d'accompagnement indispensables. Cette méthode présente certes des inconvénients puisqu'elle demande la présence d'experts, de nombreux retours et une grande assiduité des participants pour arriver à l'élaboration d'un consensus mais elle permettrait de proposer à l'ensemble des professionnels de terrain un support d'apprentissage face à un symptôme au combien complexe.

Il y plus d'un an, en rééducation neurologique, j'accompagnais un jeune patient cérébrolésé qui semblait ne pas voir conscience de ses troubles cognitifs. Nombre de questionnements professionnels étaient alors apparues. Certes, l'ensemble de ce travail ne peut me permettre de répondre à toutes ces interrogations, mais il permet d'avoir à l'esprit des outils et des pistes de réflexions pertinentes pour l'avenir.

En vous remerciant pour l'attention que vous avez accordée à la lecture de ce travail et en espérant qu'il vous a apporté satisfaction.

BIBLIOGRAPHIE

A. Townsend, E. et J. Polatajko, H. (2013). Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien être et de la justice par l'occupation (2ème édition).

Accueil - Association d'aide aux victimes d'Accident Vasculaire Cérébraux. (s. d.). https://franceavc.com/

ANFE. (s. d.). Définition de l'ergothérapie. https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession

Association Canadienne des ergothérapeutes. (2002). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie (CAOT Publications ACE).

AVC, nous sommes tous concernés - campagne information 2018. (s. d.). journee-mondiale-avc. https://www.accidentvasculairecerebral.fr/avc-tous-concernes

Bastin, C. et Salmon, É. (2020). Anosognosie : modèles théoriques et pistes de prise en charge. Revue de neuropsychologie, Volume 12(1), 26-34.

Bodiam, C. (1999). The Use of the Canadian Occupational Performance Measure for the Assessment of Outcome on a Neurorehabilitation Unit. British Journal of Occupational Therapy, 62(3), 123-126. https://doi.org/10.1177/030802269906200310

Bourrée, F., Michel, P. et Salmi, L. R. (s. d.). Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, (56), 2008.

Brain Injury Association of America. (s. d.). Brain Injury Overview. Brain Injury Association of America. https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/basics/overview

Caire, J.-M. (2008). Dynamique d'évaluation en ergothérapie. Dans Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités.

Caire, J.-M. et Schabaille, A. (2018). Engagement, occupation et santé.

Chan, C. C. H. et Lee, T. M. C. (1997). Validity of the Canadian occupational performance measure. Occupational Therapy International, 4(3), 231-249. https://doi.org/10.1002/oti.58

Christian Derouesne. (2009). La méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences dans les affections cérébrales : un phénomène complexe et multidimensionnel. Psychol Neuropsychiatr Vieil, 7(4), 9.

Colquhoun, H. L., Letts, L. J., Law, M. C., MacDermid, J. C. et Missiuna, C. A. (2012). Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: Effect on practice. Canadian Journal of Occupational Therapy, 79(2), 120-128. https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.2.7

Colquhoun, H., Letts, L., Law, M., MacDermid, J. et Edwards, M. (2010). Routine administration of the Canadian Occupational Performance Measure : Effect on functional outcome. Australian Occupational Therapy Journal, 111-117.

Criquillon-Ruiz, J. et Morel-Bracq, M.-C. (2016). Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'occupation. Ergothérapies, 63, 23-29.

DGOS. (2021, 31 mars). Soins de suite et de réadaptation - SSR. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (s. d.). https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=anosognosie

Dumont, C. (2016). Un enrichissement des modèles en ergothérapie. Recueil annuel d'ergothérapie.

Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée - france. (2013). http://doczz.net/doc/4319822/evaluation-et-parcours-de-la-personne-c%C3%A9r%C3%A9brol%C3%A9s%C3%A9e

Gueguen, A.-F. (2001). Quel modèle pour l'ergothérapie en soins palliatifs ou comment promouvoir l'autodétermination de la personne en fin de vie ? Ergothérapies, 4, 35-41.

Jedidi, H. (2013, 29 avril). Mécanismes de l'anosognosie: une étude sémiologique et par imagerie fonctionnelle. [Ulg, Liège, Belgique]. https://orbi.uliege.be/handle/2268/147851

Kaiser, M.-L. et Braun, M. (2005). Evaluer les effets du traitement en ergothérapie : utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. Ergothérapies, (20), 49-57.

Katz, N., Fleming, J., Keren, N., Lightbody, S. et Hartman-Maeir, A. (2002). Unawareness and/or Denial of Disability: Implications for Occupational Therapy Intervention. Canadian Journal of Occupational Therapy, 69(5), 281-292. https://doi.org/10.1177/000841740206900504

Larousse. (s. d.-a). Définition « anosognosie ». https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anosognosie/3761

Larousse. (s. d.-b). Définition « biomédical ». https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/biom%C3%A9dical/9444

Larousse. (s. d.-c). Définition « engagement ». https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/engagement/29510?q=engagement#29393

Larousse, É. (s. d.-d). Définitions : adhérer - Dictionnaire de français Larousse. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adh%C3%A9rer/1066

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., J. Polatajko, H. et Pollock, N. (2014). La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (5ème édition).

Maeir, A., Soroker, N., Oman, S. et Katz, N. (2003). Awareness of disabilities in stroke rehabilitation - A clinical trial. Disability and rehabilitation, 25, 35-44.

Marchalot, I. (2016). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel. Ergothérapies, 62, 19-24.

Médecine physique et de réadaptation - tous les contenus. (s. d.). Santé.fr. https://www.sante.fr/recherche/s-informer/M%C3%A9decine%20physique%20et%20de%20r%C3%A9adaptation/Fort-de-France

Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation (deboeck).

Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. deboeck supérieur.

Pascale Pradat-Diehl, Poncet, F., Migeot, H. et Taillefer, C. (2010). Conséquences dans la vie quotidienne des troubles de la représentation corporelle, 2, 231 à 234.

PERRAULT, A. (2017). CO-OP et scolarité. Ergothérapies, 66(2), 5.

Phipps, S. et Richardson, P. (2007). Occupational Therapy Outcomes for Clients With Traumatic Brain Injury and Stroke Using the Canadian Occupational Performance Measure. American Journal of Occupational Therapy, 328-334.

Pierce, D. (2016). La science de l'occupation pour l'ergothérapie. deboeck supérieur.

SAMSAH. (s. d.). Mon Parcours Handicap. https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/samsah

Stirati-Buron, S., Koskas, P. et Drunat, O. (2008). Anosognosie : définitions, caractéristiques, méthodes, exemple de l'hôpital de jour de neuropsychogériatrie, 8, 30 à 34.

Traumatisme crânien - Association d'Aide aux victimes d'accidents. (s. d.-a). Association Française d'Aide aux Victimes d'Accidents. https://association-francaise-aide-victimes-accidents.fr/traumatisme-cranien-et-handicap/

Traumatisme crânien - Association d'Aide aux victimes d'accidents. (s. d.-b). Association Française d'Aide aux Victimes d'Accidents. https://association-francaise-aide-victimes-accidents.fr/traumatisme-cranien-et-handicap/

Viadet, F. (2014). Un siècle après Babinski, faut-il toujours parler d'anosognosie ?, (46).

Vocat, R. (2009). Anosognosie de l'hémiplégie : une perspective multifactorielle et temporelle [University of Geneva]. https://archive-ouverte.unige.ch/unige:5101

Wressle, E., Eeg-Olofsson, A.-M., Marcusson, J. et Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. Journal of Rehabilitation Medicine, 34(1), 5-11.

ANNEXE

Annexe I : Questionnaire à destination des ergothérapeutes

ANNEXE I : Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Ajout : Les expressions en violet signalent les redirections dans le questionnaire en fonction des réponses.

Mémoire d'initiation à la recherche : MCREO et Anosognosie

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je souhaite interroger l'apport du MCREO, notamment via son outil la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), sur l'engagement en rééducation des patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquise.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes. Ergothérapeutes auprès de patients présentant une lésion cérébrale acquise, c'est à vous !

J'accepte de répondre à cette étude :

- ☐ Oui
- ☐ Non

INFORMATIONS RELATIVES A L'ERGOTHERAPEUTE

Dans quel type de structure travaillez-vous ?
Une réponse possible

- ☐ Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)
- ☐ Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
- ☐ Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)
- ☐ Equipe mobile
- ☐ Autre…

Quel âge avez-vous ?

Une réponse possible

- ☐ 20-29 ans
- ☐ 30-39 ans
- ☐ 40-49 ans
- ☐ 50-59 ans
- ☐ 60-69 ans

Durée de votre expérience en rééducation ?

Une réponse possible

- ☐ 0-5 ans
- ☐ 5-10 ans
- ☐ 10-15 ans
- ☐ + de 15 ans

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRESENTANT UNE ANOSOGNOSIE

Anosognosie : symptôme pouvant se définir comme l'incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint

A quelle fréquence suivez-vous des patients présentant une anosognosie en rééducation ?

Une réponse possible

- ☐ Très souvent : plusieurs fois/semaine
- ☐ Souvent : plusieurs fois/mois
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Jamais → Accès à la fin du questionnaire

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRESENTANT UNE ANOSOGNOSIE (suite)

Anosognosie : symptôme pouvant se définir comme l'incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint

Quel est le profil des patients présentant une anosognosie que vous accompagnez ?
Choix multiple

- ☐ Accident Vasculaire Cérébrale
- ☐ Traumatismes Crâniens
- ☐ Tumeurs
- ☐ Autres

Comment appréciez-vous l'anosognosie ?
Choix multiple

- ☐ Bilan neuropsychologique
- ☐ Mise en situation écologique
- ☐ Entretien

Comment ce symptôme a-t-il impacté votre accompagnement ?
Réponse libre

Avez-vous mis en place des méthodes spécifiques afin d'accompagner ces personnes en rééducation ?
Réponse libre

UTILISATION DU MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel)

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (modèle conceptuel)
MCRO : Mesure permettant la détermination des objectifs d'intervention grâce à une autoévaluation, par le patient, de son rendement et de sa satisfaction dans les activités signifiantes (soins personnels, loisirs, productivité)

Utilisez-vous un/des modèle(s) conceptuel(s) pour accompagner votre pratique professionnelle ? Si oui, le(s)quel(s) ?

Réponse libre

A quelle fréquence utilisez-vous le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) pour guider votre pratique professionnelle ?

Une réponse possible

- ☐ Jamais → Accès à la section « Utilisation de la MCRO »
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

UTILISATION DU MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel) (suite)

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (modèle conceptuel)

MCRO : Mesure permettant la détermination des objectifs d'intervention grâce à une autoévaluation, par le patient, de son rendement et de sa satisfaction dans les activités signifiantes (soins personnels, loisirs, productivité)

Avez-vous reçu une formation pour l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, outil issu du MCREO ?

Une réponse possible

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quels sont pour vous les avantages de cet outil de mesure ?

Réponse libre

Utilisez-vous la MCRO auprès de patients présentant une anosognosie ?

Une réponse possible

- ☐ Oui
- ☐ Non → Accès à la section « Utilisation de la MCRO »

Utilisation de la MCRO auprès de patients présentant une anosognosie

Si oui, la MCRO est-elle réalisée avec le patient seul ou avec l'aide d'un tiers (famille, aidant) ?

Choix multiple

- ☐ Le patient lui-même
- ☐ La famille
- ☐ L'aidant principal

L'utilisation de la MCRO a-t-elle modifié l'engagement du patient dans sa rééducation ?

Une réponse possible

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pouvez-vous préciser ?

Réponse libre

Vous sentez vous suffisamment outillé pour accompagner les patients présentant ce symptôme ?

Une réponse possible

- ☐ Oui
- ☐ Non

Fin du questionnaire ! Merci d'avoir participé à ce questionnaire d'initiation à la recherche ! Pour plus d'informations ou de renseignements : anna.suchet@etu.uca.fr

Utilisation de la MCRO

Si non, pour quelles raisons ? Utilisez-vous d'autres outils pour déterminer les objectifs d'accompagnement ?

Réponse libre

Vous sentez vous suffisamment outillé pour accompagner les patients présentant une anosognosie ?

Une réponse possible

- ☐ Oui
- ☐ Non

Souhaiteriez-vous être formé à la MCRO pour l'accompagnement de ces patients ?

Une réponse possible

- ☐ Oui
- ☐ Non

Fin du questionnaire ! Merci d'avoir participé à ce questionnaire d'initiation à la recherche ! Pour plus d'informations ou de renseignements : anna.suchet@etu.uca.fr

ABSTRACT

Background: Unawareness reduces the patient's involvement in rehabilitation, which affects their recovery in many ways. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is a validated client-centred instrument used by Occupational Therapists (OT). This study aimed to assess the use of COPM with patients suffering from unawareness with an acquired brain injury to increase their involvement in rehabilitation. **Method**: Through an online questionnaire, eleven OT working in rehabilitation were interviewed about their intervention, conceptual models and the advantages of using COPM with unawareness. **Results**: Every OT interviewed had already worked with this symptom and most of them used real-life situations during their sessions. Seven OT used COPM (7/11) but only five (5/11) of them used it with unawareness. Finally, 80% of them said that COPM improved the involvement in rehabilitation by highlighting meaningful objectives, improving motivation and enabling the follow-up of unawareness and its evolution. **Conclusion**: COPM could improve the involvement in rehabilitation with unawareness. Other studies must be done with more professionals and during the hospitalisation to detail more specifically the reasons of this improvement and demonstrate how COPM can impact this symptom. **Key words**: COPM, unawareness, acquired brain injury, occupational therapy, rehabilitation.

RESUME

Introduction : L'anosognosie réduit l'engagement en rééducation des patients et cela influence leur récupération à plusieurs niveaux. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) et un outil client-centré, validé et utilisé par les ergothérapeutes. Cette étude visait à évaluer l'utilisation de la MCRO auprès de patients anosognosiques présentant une lésion cérébrale acquise en vue d'améliorer leur engagement en rééducation. **Méthode** : Onze ergothérapeutes ont répondu, via un questionnaire en ligne, au sujet de leur intervention, des modèles conceptuels et des avantages de la MCRO auprès de cette population. **Résultats** : Tous les ergothérapeutes interrogés déclarent avoir déjà travaillé auprès de patients anosognosiques et la majorité d'entre eux utilisent des mises en situation lors de leur intervention. Sept ergothérapeutes utilisent la MCRO (7/11) mais seulement 5 (5/11) l'utilisent auprès de cette population. Enfin, 80% déclarent que la MCRO a permis une amélioration de l'engagement en rééducation grâce à la mise en lumière d'objectifs signifiants, l'amélioration de la motivation et le suivi de l'évolution de l'anosognosie. **Conclusion** : La MCRO peut améliorer l'engagement en rééducation des patients anosognosiques. D'autres études doivent être réalisées auprès d'un plus grand nombre de professionnels et au cours de l'hospitalisation pour identifier plus spécifiquement les raisons de cette amélioration et démontrer l'impact de la MCRO sur ce symptôme. **Mots clés** : MCRO, anosognosie, lésion cérébrale acquise, ergothérapie, rééducation