



Formation organisée  
avec le soutien  
de la Région Normandie



---

## INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

### Mémoire d'initiation à la recherche

# Participation dans la sphère professionnelle des personnes cérébrolésées : quelle place pour l'ergothérapeute ?

**Lucille SANCHEZ-NAVARRO**

*Sous la direction de Julien HEREDIA*

---

N° d'étudiant : E17/17

Année universitaire : 2020-2021

*« Nous ne devons pas avoir peur de nous confronter. Du chaos naissent les étoiles. »*

*Charlie Chaplin.*

*« Le seul intérêt à vivre est de croire à la vie, de l'aimer et de mettre toutes les forces de son intelligence à la mieux connaître. »*

*Émile Zola - Le docteur Pascal*

*« Rien ne sert de discourir, d'épiloguer des heures durant sur la souffrance. Il faut trouver des moyens pour l'éliminer et, si on ne le peut pas, l'accepter, lui donner sens. »*

*Alexandre Jollien - Éloge de la faiblesse*

## **Glossaire et indications de lecture bibliographique**

### **Abréviations utilisées :**

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

AFTC : Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébrolésés

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées

AOTA : American Occupational Therapy Association (Association américaine d'ergothérapie)

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CCTE : Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE

CIP : Conseiller d'Insertion Professionnelle

COMETE : Communication Et Tremplin vers l'Emploi

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Réseau européen d'ergothérapie dans l'enseignement supérieur)

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSP : Mise en Situation Professionnelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TC : Traumatisme Crânien

UEROS : Unité d'Evaluation, de Réentraînement, et d'Orientation Sociale et/ou Professionnelle

WFOT: World Federation of Occupational Therapy (Association mondiale d'ergothérapie)

## **REMERCIEMENTS**

*Entre soleil et orage, sur la route d'un diplôme.*

*A l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mon enquête de terrain.*

*A mon directeur de mémoire,*

*Auquel je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères pour ces quatre années d'accompagnement, de rire et de partage hispanique mais tout particulièrement pour son soutien et sa bienveillance dans ce mémoire d'initiation à la recherche.*

*A Charlotte. D, pour son temps de relecture, ses conseils et son avis ergothérapeutique.*

*A Audrey. A, ma professeure de français et de latin au collège,*

*Pour son précieux travail de relecture et ses conseils avisés.*

*\* \**

*A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation en Ergothérapie de Rouen entre 2017 & 2021, avec une mention spéciale pour Cécile. R,*

*Pour avoir toujours cru en moi, m'avoir écoutée et soutenue au cours de ces quatre ans.*

*A mes camarades de promotion 18-21, que j'associe à la finalité de ce travail,*

*Pour leurs qualités humaines et pour m'avoir permis de réaliser cette dernière année dans une ambiance bienveillante.*

*A mon binôme d'aventure Mélodie-Myriam.N,*

*Pour avoir fait ces choix qui l'ont fait croiser ma route, pour son soutien sans faille, pour avoir mis des sourires dans ces années difficiles, pour la personne extraordinaire qu'elle est.*

*\* \**

*A l'ensemble de ma famille, qui ne lira probablement jamais ces lignes,*

*Pour avoir été là, chacun à sa manière.*

*Spécifiquement à mes parents, pour leur amour, et leur soutien à chacun de mes pas.*

*Également à mon parrain et à ma marraine, pour leur écoute et leurs encouragements.*

*A ceux que la vie a quittés,*

*A mes grands-mères, à mes grands-pères,*

*Pour les valeurs transmises. J'espère, égoïstement, que s'il existe un monde parallèle d'où ils nous observent, ils sont heureux et fière de moi.*



## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>i</sup>.

### Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

*Je soussigné-e* ... MME..... SANCHEZ-NAVARRA Lucille.....

*atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.*

*Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte*

*Fait à* ... ROUEN.....

*Le* ... 20 juillet 2020..... signature LSRZ

site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>I- La lésion cérébrale acquise chez l'adulte</b> .....	<b>3</b>
1. Définition .....	3
2. Conséquences .....	3
3. Parcours de soins .....	5
4. Un impact sur l'identité .....	6
<b>II- Le concept de participation</b> .....	<b>7</b>
1. L'occupation .....	8
2. L'identité occupationnelle .....	8
3. L'engagement occupationnel .....	9
4. Le continuum de l'engagement occupationnel .....	10
5. La théorie du flow .....	11
6. Une situation d'injustice occupationnelle .....	12
<b>III- La sphère des occupations professionnelles</b> .....	<b>13</b>
1. La place du travail dans l'équilibre occupationnel .....	13
2. L'éclairage des modèles conceptuels .....	15
3. La désinsertion professionnelle .....	18
<b>IV- L'accompagnement de la personne cérébrolésée dans la réinsertion professionnelle</b> .....	<b>21</b>
1. Définition .....	21
2. Cadre législatif .....	21
3. Les accompagnements des différents acteurs .....	23
4. L'interprofessionnalité .....	24
<b>V- Problématisation</b> .....	<b>26</b>
1. De la question de départ à la problématique .....	26
2. Hypothèses de recherches .....	27
<b>VI- Dispositif méthodologique</b> .....	<b>29</b>
1. Le choix de la méthode qualitative .....	29
2. L'application d'une approche hypothético-déductive .....	30
3. Les techniques et les outils de recueil de données empiriques .....	31
4. La population d'étude .....	32
5. Réflexion sur l'éthique du sujet de recherche et l'objectivité du chercheur : .....	33
<b>VII- Présentation et analyse des résultats</b> .....	<b>37</b>

1.	L'utilisateur accompagné en UEROS .....	37
1)	Le profil des personnes cérébrolésées accueillies en UEROS .....	37
2)	L'entourage de la personne cérébrolésée.....	38
3)	Un processus psychologique chez la personne cérébrolésée .....	39
2.	Les acteurs de l'accompagnement en UEROS .....	40
1)	Les missions des ergothérapeutes en UEROS .....	40
2)	Les missions du conseiller en insertion professionnelle.....	41
3)	Les outils d'évaluation .....	41
4)	Les moyens d'action .....	43
5)	Les mises en situation professionnelle .....	44
6)	L'interprofessionnalité .....	45
3.	La participation de la personne cérébrolésée .....	46
1)	La possibilité de choix de la personne cérébrolésée .....	46
2)	La signification de l'activité de travail .....	48
4.	Les termes spécifiques autour du retour à l'emploi .....	50
1)	La définition de la réinsertion professionnelle .....	50
2)	La désinsertion professionnelle .....	51
3)	Les freins à la réinsertion professionnelle .....	52
<b>VIII-</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>54</b>
1.	Retour sur les hypothèses .....	54
2.	Perspectives .....	55
3.	Plus-value professionnelle.....	56
4.	Limites de l'étude.....	57
	<b>Conclusion .....</b>	<b>58</b>
	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>59</b>
	<b>Annexes.....</b>	<b>I</b>
	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XIX</b>

## Introduction

L'ergothérapie trouve son origine dans le domaine de la psychiatrie, en Amérique du Nord au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Les guerres mondiales ont orienté peu à peu la discipline dans les domaines de la rééducation et de la réadaptation physique. Il s'agissait pour les ergothérapeutes de permettre le retour à la productivité des personnes blessées de guerre. Au fil du temps la profession a évolué et en changeant de paradigme, l'ergothérapie a pris ses distances avec le modèle biomédical pour adopter une vision holistique de la personne, c'est-à-dire, la prise en compte de l'individu dans toutes ses dimensions.

Friedland, J. (2001) explique que le retour au travail a été l'objectif premier de la profession au Canada. Cependant, la peur de trop s'éloigner de la santé en s'intéressant au travail a redirigé l'ergothérapie sur un versant davantage médical (Gutman, 1997, cité dans Friedland, 2001). Cet objectif fut aussi le précurseur de la discipline en France, « en 1917, le Dr Koindjy ouvre à l'hôpital de la Salpêtrière un service de rééducation fonctionnelle par le travail pour les blessés militaires » (Hernandez, 2010, p.195).

Par ailleurs, Friedland, J. (2001) déplore qu'en dépit des connaissances sur la santé et la problématique du chômage, l'ergothérapie n'ait pas encore pu apporter les solutions attendues ; l'auteur souhaiterait que la discipline accorde un nouvel intérêt au travail, tant dans l'évaluation des capacités que dans la préparation du retour à l'emploi.

En outre, en 2019, en France, 8,6% des demandeurs d'emploi étaient en situation de handicap, soit environ 500 000 personnes, dont des personnes souffrant d'une blessure cérébrale acquise, qui correspond à une lésion du système nerveux central, de causes traumatiques ou non. Il s'agit d'une pathologie qui entraînent des pertes d'emploi fréquentes.

Actuellement, le versant de la réinsertion professionnelle en ergothérapie ne concerne qu'une petite partie du champ d'action de la discipline et très peu de postes d'ergothérapeute sont présents dans ce secteur. Selon l'enquête réalisée par l'ANFE en 2014, sont citées, parmi les pratiques minoritaires, l'accès et le maintien dans l'emploi. De plus, seulement 0,2% des ergothérapeutes travaillent, comme unique activité, à la CARSAT, 0,33% en ESAT, et un seul ergothérapeute dans un SAMETH. Enfin, dans les pratiques encore très peu développées, inférieures à 10% de l'exercice de la profession, par les ergothérapeutes non-salariés, reviennent entre autres, la réhabilitation psychosociale et l'accès et le maintien dans l'emploi. « En tant que thérapeutes, nous aidons les personnes à surmonter des restrictions occupationnelles ; pour cela, nous identifions les obstacles limitant leur participation dans des



occupations et évaluons les processus permettant de soutenir leur engagement. » (Pierce, 2016, p.125).

Ces différents éléments conjugués à un stage dans un centre de rééducation professionnelle avec une UEROS (Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle pour personnes cérébrolésées) ainsi que sur des dispositifs portés par l'AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées) m'ont amenée à m'interroger sur la question de savoir **Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement occupationnel d'une personne ayant une blessure cérébrale acquise, afin de lutter contre la désinsertion professionnelle ?**

Cet écrit débutera par la présentation des différents concepts liés à la question de départ en quatre points : la lésion cérébrale acquise, le concept de participation, les occupations professionnelles puis la réinsertion professionnelle.

Dans un second temps, nous exposerons la méthodologie employée pour cette recherche. Enfin nous analyserons et discuterons des résultats obtenus afin de répondre à la problématique posée au cours de la recherche.

## **I- La lésion cérébrale acquise chez l'adulte**

### *1. Définition*

La lésion cérébrale acquise désigne une atteinte du tissu cérébral, étant survenue après la naissance. Cette affection englobe différentes pathologies d'origine traumatique ou non, à savoir les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatismes crâniens (TC), les tumeurs cérébrales, les maladies infectieuses, et les anoxies cérébrales.

Selon Santé Publique France, l'AVC est la première cause de handicap moteur non traumatique et la deuxième cause de démence. La tranche d'âge inférieure à 65 ans est là où l'incidence des AVC est en augmentation (âge de la population concernée par le travail). En 2018, selon la société française neuro-vasculaire, il y avait plus de 140000 victimes par an en France, dont 1 tiers gardent des séquelles.

Selon l'Association de Familles des Traumatisés crâniens et de Cérébrolésés (AFTC), la France comptabilise, 100 000 à 150 000 personnes traumatisées crâniennes par an, dont 5000 à 10 000 seraient considérées comme graves. C'est la première cause de handicap sévère chez les moins de 45 ans.

Enfin de son côté, l'institut du cerveau, dénombre 3500 nouveaux cas de tumeurs cérébrales par an en France.

### *2. Conséquences*

Les conséquences pour les personnes qui souffrent de lésion cérébrale acquise sont multiples, et dépendent de la zone du cerveau touchée, mais la majorité sont dites invisibles. En effet, certaines séquelles sont physiques et donc visibles aux yeux de tous, elles concernent les fonctions motrices, bien que « 70% des TC sévères et 85% des AVC survivant à l'accident récupèrent une autonomie de marche » (Association de Familles des Traumatisés crâniens et de Cérébrolésés de Gironde). Des douleurs (type céphalées) ainsi que des séquelles sensorielles sont aussi répertoriées, avec des atteintes visuelles, auditives et labyrinthiques notamment.

Goffman (1963), définit la notion de stigmatisme comme un attribut qui différencie une personne des autres membres de la catégorie de personne dans laquelle il se trouve. Le stigmatisme représente un désaccord particulier entre deux types d'identités. D'abord, les identités sociales virtuelles, c'est-à-dire les caractéristiques que nous attendons d'un individu selon l'image qu'il nous renvoie. Ensuite, les identités sociales réelles, qui correspondent à

l'ensemble des attributs et à la catégorie que possède l'individu. Dans son ouvrage, Goffman définit 3 types de stigmates : à savoir, « les monstruosités du corps », « les tares du caractère » associées à une catégorie de personne, et « les stigmates tribaux ». (Goffman, 1963, p.14)

Une personne cérébrolésée peut avoir les premiers et deuxièmes types de stigmates : une déficience physique et/ou comportementale. Mais les lésions cérébrales entraînent principalement des répercussions qui ne sont ici pas visibles au premier regard, nous pouvons dès lors parler de handicap invisible. Goffman distingue la personne discréditée qui porte un stigmate dont sa différence est déjà connue ou visible et la personne discréditable dont la différence n'est ni connue d'avance par l'interlocuteur ni immédiatement perceptible. (Goffman, 1963)

Les conséquences cognitives sont l'une des principales raisons de traiter de handicap invisible, elles impactent (CRLC, s.d) :

- Les fonctions instrumentales qui incluent :
  - Le langage, dont les troubles qui affectent la compréhension et l'expression orales, la lecture ou l'écriture sont nommés une aphasie. Parmi les troubles du langage, il peut également s'agir de dysarthrie (trouble moteur de la parole) ou encore de troubles cognitivo-communicatifs (capacités de communication).
  - Les praxies ; aptitudes à réaliser certains gestes ou suite d'actions motrices. Lorsque cette fonction est touchée, on parle de dyspraxie ou d'apraxie. Par exemple, une personne avec des difficultés praxiques peut ne plus savoir quelles sont les étapes de l'habillage, ou quels mouvements réaliser pour enfiler un pull.
  - Les gnosies ; facultés à reconnaître un objet et son utilité grâce à un sens.
- Les fonctions mnésiques désignent :
  - La mémoire de travail, qui permet de retenir et manipuler des informations à court terme. Son atteinte entraîne des répercussions sur le fonctionnement cognitif de la personne.
  - La mémoire à long terme, qui stocke des informations pour les réutiliser à une échéance plus lointaine. Il s'agira d'amnésie rétrograde si les difficultés concernent les informations antérieures au traumatisme, ou d'amnésie antérograde si la personne n'arrive pas à stocker de nouvelles informations.
- Les fonctions exécutives englobent :
  - La prise de décision, qui désigne le choix que fait une personne face à plusieurs actions qui s'offrent à elle.

- La planification, processus cognitif que met en place une personne afin de résoudre un problème de manière organisée.
  - L'inhibition, la capacité à contrôler ses comportements et ses réponses.
  - La flexibilité, qui correspond au fait de pouvoir intégrer un nouvel élément et en réponse immédiate à modifier ses agissements.
  - L'initiative, aptitude à se mettre en action pour agir.
- Les fonctions attentionnelles qui concernent les capacités à prendre en compte les stimuli et à les traiter.
  - La métacognition, dont l'atteinte est nommée anosognosie. Il s'agit d'une altération de la conscience des troubles de la personne.

Parmi les autres conséquences sur le fonctionnement de la personne cérébrolésée, un état de fatigabilité important, des impacts psychologiques et troubles comportementaux, sont à noter. De plus, les personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise peuvent avoir des obstacles sur le plan émotionnel. Cela se traduit par des difficultés à percevoir les émotions, ou les nuances de langage comme le double sens d'une phrase (métaphore, ironie, litote, etc.), par exemple.

### 3. Parcours de soins

La personne souffrant de lésion cérébrale acquise peut être passée par une phase de coma. C'est la forme la plus sévère de l'altération de la conscience (Source Inserm). La récupération à la suite d'un coma peut être rapide (quelques jours) ou plus longue (plusieurs mois).

A la suite de la survenue de la lésion cérébrale la personne entre dans une phase de soins. Dans un premier temps, le patient sera pris en soin par les services hospitaliers, le lieu d'entrée étant principalement les services d'urgences.

Dans un second temps, intervient la phase de rééducation dont la durée dépend des séquelles. Elle s'effectue fréquemment en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en hospitalisation complète puis en hospitalisation de jour, enfin elle peut se poursuivre en libéral sur la fin de l'accompagnement.

L'ergothérapeute intervient à tous les stades du parcours de soin d'une personne cérébrolésée, de l'hospitalisation jusqu'au retour à domicile ou à l'intégration dans une structure d'accueil permanent. La réinsertion professionnelle, quant à elle, fait partie du

parcours de soin, elle peut être précoce en étant pensée dès la phase d'hospitalisation ou plus tardive en intervenant après le retour à domicile et la fin des soins médicaux voire paramédicaux.

#### *4. Un impact sur l'identité*

Toutes les séquelles de la personne cérébrolésée, et souvent l'expérience du coma, entraînent une perte d'identité fréquente (H. Oppenheim-Gluckman, 2017). L'identité est ce qui fait la singularité de l'individu, mais également ce qui peut représenter une appartenance commune. Pour Mucchielli, il parle d'identité individuelle comme d'« une construction subjective, élaborée au cours d'interactions sociales, professionnelles, culturelles et autres » (Mucchielli, 2013, p. 101).

Goffman explique que pour l'individu qui devient stigmatisé (sur le tard), il est probable qu'il soit difficile de se réidentifier entre le stigmatisé qu'il est devenu et le normal qu'il a été (Goffman, 1963, p.48).

D'autre part, la période de coma vécue, ainsi que les troubles cognitifs séquellaires ont des répercussions sur l'identité de la personne (Oppenheim-Gluckman, 2017).

Le coma altère la perception d'existence de la personne mais aussi celle de son entourage. En effet, lors de cette phase, personne ne peut affirmer que la personne entend ses proches, et elle ne peut pas communiquer avec eux. Cette expérience est très troublante pour la personne cérébrolésée ainsi que ses proches, d'autant plus que sa durée est longue.

De même, les conséquences mnésiques de la lésion cérébrale altèrent l'identité et la perception de la personne. Un individu qui souffre de lésion cérébrale acquise peut avoir des troubles de la mémoire autobiographique qui incluent les souvenirs et notions rattachés au passé de l'individu (antérieur au traumatisme), ou encore des troubles de prosopagnosie (incapacité à reconnaître les visages, même familial). Ces séquelles ont des répercussions sur les représentations de la personne et son identité. Ainsi, la personne doit souvent recourir à des aides comme la parole de l'entourage pour se présenter (Oppenheim-Gluckman, 2017). D'ailleurs souvent, pour raconter le traumatisme de l'apparition de la lésion cérébrale, la personne se fabrique l'histoire via le discours des proches. Et raconter l'histoire de la pathologie, et son origine, sont parmi les premières questions posées à chaque nouveau lieu de soin ou d'accompagnement intégré par la personne cérébrolésée.

« [...] du fait du coma et des troubles cognitifs, le sujet n'a pas d'évocation consciente ou préconsciente dans son espace psychique interne de l'événement qu'ont constitué pour lui la

maladie et ses conséquences, ni de son passé, ni du monde qui l'entoure » (Oppenheim-Gluckman, 2017, p.127).

La personne touchée par une lésion cérébrale acquise, et ce type d'impact sur l'identité, doit essayer de reconstruire une nouvelle identité qui combine : ses ressentis actuels, ses capacités post-traumatismes, ses possibilités de récupération ainsi que les souvenirs de son identité antérieure à l'accident ; souvenirs parfois créés uniquement via la parole de l'entourage.

Cette modification de l'identité peut aussi être expliquée par les troubles du schéma corporel et les conséquences physiques. En cas d'hémiplégie par exemple, la personne peut délaisser un de ses membres et le considérer comme hors de son propre corps.

L'expérience clinique avec les patients cérébrolésés montre que la lésion cérébrale, à cause de la traversée fréquente d'un coma et en raison des troubles cognitifs séquellaires, provoque souvent une rupture majeure du sentiment d'identité, du sentiment de familiarité avec soi-même et le monde, des processus d'inter-reconnaissance (Oppenheim-Gluckman, 2017, p.127).

## **II- Le concept de participation**

La participation est « l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées ». (Meyer, 2013, p.16). Le concept de la participation souligne que la personne prend part au monde et lui appartient par le biais des occupations qu'elle mène, au sein d'un environnement social, familial, communautaire, sociétal, mettant en interaction les personnes, ce qui contribue à la fabrication de la société. Participer implique une interaction avec l'environnement et confère également un rôle à la personne. « Le terme "participation" désigne des tentatives de donner un rôle aux individus dans une prise de décision affectant une communauté. » (Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, 2015). La participation est donc fondamentalement et toujours sociale ou sociétale (Meyer, dans Caire & Schabaille, 2018).

Permettre la participation, c'est reconnaître les droits d'une personne, notamment les droits occupationnels. Karen Hammel (2008) développe le concept de droits occupationnels, (qui renvoie à la notion de justice occupationnelle, développée plus loin dans cette partie) comme « les droits des personnes de s'engager dans des occupations significatives qui contribuent positivement à leur bien-être personnel et à celui de leur communauté » (Jasmin, 2019, p. 147).

Le concept de participation est souvent vu comme le but ultime de l'ergothérapie. « Les finalités de l'ergothérapie sont la participation sociale et le maintien de la santé et du bien-être des individus et des populations par l'engagement dans des occupations nécessaires ou jugées intéressantes par les acteurs » (Meyer, 2013, p. 233).

### 1. L'occupation

L'occupation est un terme repris de l'anglosaxon, bien qu'ayant le même sens, il ne possède cependant pas la même connotation en France. En effet, le mot « occupation » l'occupation désigne couramment le fait de se consacrer à une activité pour passer le temps, ou bien fait référence dans l'esprit français, à la période de la seconde guerre mondiale et de l'occupation allemande. Le concept d'occupation est pourtant au cœur de la profession d'ergothérapeute, donc les connotations du mot pour les Français complexifient la clarté des missions de l'ergothérapeute. C'est pourquoi, en France, il est plus souvent utilisé le terme d' « activité » pour parler d'occupation.

L'activité est cependant plus spécifique que le terme d'occupation puisqu'il est défini ainsi par le CCTE : « Une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations » (Meyer, 2013, p. 14). De plus, le terme d'activité en ergothérapie est souvent associé à une précision avec les termes « signifiantes » ou « significatives ». Une activité est signifiante lorsqu'elle a un sens particulier donné par l'individu qui la réalise, en lien avec ses valeurs et sa culture. En revanche, l'activité sera significative lorsqu'elle fait sens pour la société, et donc pour les autres. Cependant, une activité peut, selon les personnes, être significative et signifiante.

Les occupations comprennent toutes les réalisations d'une personne, elles sont le support d'expression d'une personne. Elles permettent à un individu de « se sentir compétent, faire plaisir à soi et aux autres, se soumettre aux règles sociales, conserver des amitiés, dépenser son énergie, satisfaire son employeur, etc. » (Meyer, 2013, p. 53).

### 2. L'identité occupationnelle

Chaque personne possède une identité, qui est « la représentation qu'on a de soi et des autres en fonction d'un ensemble de référents, notamment historiques, matériels, culturels, et psychosociaux, qui peuvent varier selon la situation ou le contexte » (Jasmin, 2019, p. 114). En ergothérapie, un intérêt particulier est porté sur l'identité dite occupationnelle. Cette identité repose sur un concept fondateur des sciences de l'occupation à savoir : que l'être

humain est considéré comme un être occupationnel, du fait que l'engagement dans des occupations significatives soit un de ses besoins fondamentaux (Jasmin, 2019). S. Meyer, évoquait dans son ouvrage sur la participation que l'individu « contribue par ses occupations à produire son identité pour lui et pour les autres » (Meyer, 2013, p.53). Ainsi, l'identité occupationnelle est la « représentation de soi en tant qu'être occupationnel, passé, présent ou futur » (Jasmin, 2019). Autrement dit, c'est l'image d'une personne au travers de ses occupations et donc des rôles potentiels que lui confèrent ses occupations.

### *3. L'engagement occupationnel*

« Atteindre la santé, le bien-être et la participation par l'engagement dans l'occupation est l'énoncé général qui décrit [...] l'ergothérapie dans son sens le plus large » (Bertrand, Desrosiers, Stucki, Kühne & Tétreault, dans Caire, 2018, chapitre 4). L'engagement occupationnel, est un concept important en ergothérapie. Il est défini comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif, et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Cadre Conceptuel Terminologie de ENOTHE, cité dans Meyer, 2013, p.15). Sylvie Meyer montre que « l'engagement est volontaire parce que l'ergothérapeute n'offre que des opportunités d'agir » (Meyer, 2013, p.153). Il y a l'idée d'être actif dans la notion d'engagement. « L'engagement est ainsi le versant motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation ou de l'activité » (Meyer, dans Caire & Schabaille, 2018, chapitre 2).

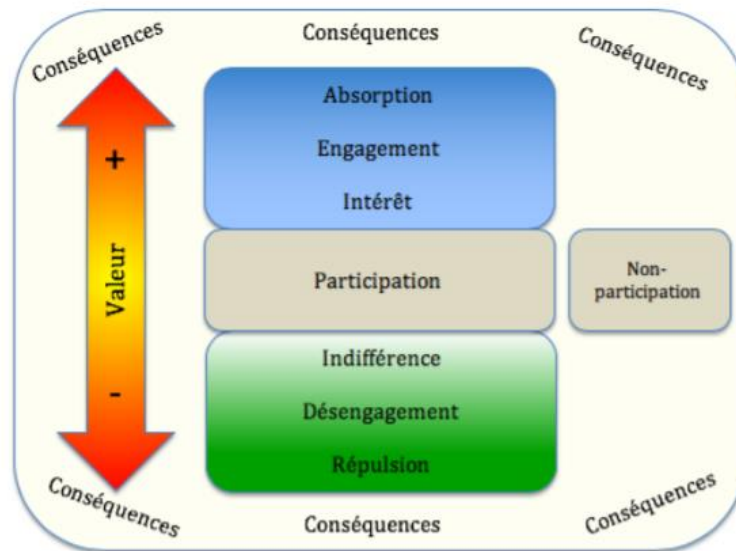
Pour l'AOTA (association américaine des ergothérapeutes), « l'engagement correspond non seulement à un ensemble de performance physiques et observables, mais aussi à une expérience émotionnelle », et « être engagé est une source de satisfaction dans la vie » (AOTA, 2009).

Mais l'engagement est à détacher de la qualité de la performance. La performance occupationnelle qui est définie par le CCTE, comme « Le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations en interaction avec l'environnement » (CCTE, cité dans Meyer, 2013, p.16). Par exemple, un sportif amateur peut être très engagé dans son sport et pourtant être un piètre joueur. « La performance est en ergothérapie le versant opérationnel d'une occupation ou d'une activité (Reed, 2015) qui exige habiletés motrices [...], des habiletés opératoires et des habiletés de communication et d'interaction » (Meyer, dans Caire & Schabaille, 2018, chapitre 2).



#### 4. Le continuum de l'engagement occupationnel

Figure 1 : Cadre conceptuel de l'engagement occupationnel (Morris et Cox, 2017)



Morris et Cox en 2017 ont défini un continuum de l'engagement occupationnel. « L'engagement occupationnel est régulièrement considéré comme un continuum allant du désengagement à l'engagement occupationnel » (Bertrand, Desrosiers, Stuci, Kühne & Tétréault, dans Caire & Schabaille, 2018). L'engagement occupationnel serait ainsi dépendant de la valeur accordée à l'occupation, et il y aurait 7 niveaux d'engagement possibles lors de la participation à une occupation.

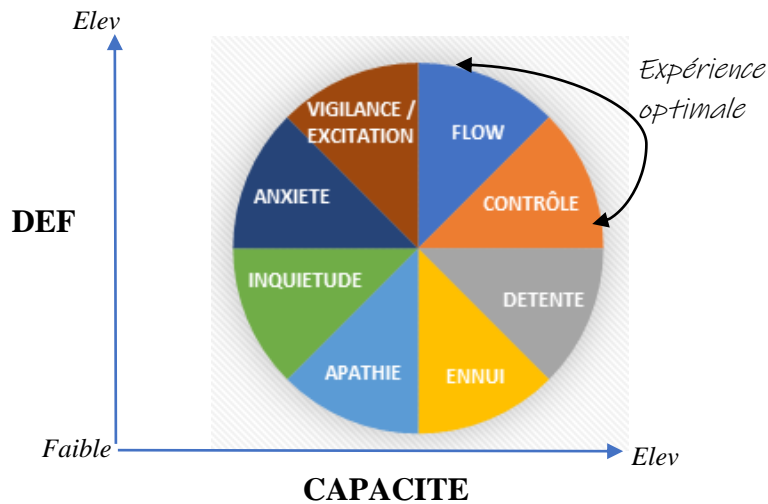
L'engagement occupationnel représente un degré de participation avec une valeur positive et des conséquences positives élevées. Selon ce continuum, la participation est un concept neutre, et la non-participation est, quant à elle, exclue de ce continuum, ce qui signifie qu'elle n'engagerait aucune valeur personnelle de l'individu.

Une précision est à ajouter concernant la notion de désengagement occupationnel, qui pourrait prendre un sens négatif en lien avec l'ennui mais il pourrait aussi correspondre à un élément positif : une protection du monde extérieur auquel la personne ne se sentirait pas capable de s'adapter (Bertrand, Desrosiers, Stuci, Kühne & Tétréault, dans Caire & Schabaille, 2018, chapitre 4).

## 5. La théorie du flow

Le niveau ultime de l'engagement occupationnel semble s'apparenter à la théorie du Flow ou expérience optimale du flow décrite par Mihaly Csikszentmihalyi (Meyer, 2013).

Figure 2 : L'expérience optimale du Flow (Csikszentmihalyi)



Cette théorie a été développée dans les années 1970, par un psychologue hongrois du courant de la psychologie positive, qui s'intéresse à la relation entre les émotions et les expériences vécues lors d'une activité ; relation également importante dans la notion d'engagement occupationnel. Pour vivre l'expérience optimale du flow, il faut un équilibre entre le défi de l'activité et les capacités de la personne (Cf figure 2).

De plus, neuf caractéristiques importantes sont mises en évidence par M. Csikszentmihalyi : un équilibre entre le défi et les capacités, une concentration élevée, une cible claire et le moyen d'y parvenir défini, un feedback immédiat, l'absence de distraction, la perte de la conscience de soi et des préoccupations d'être et enfin une perception altérée du temps. L'atteinte du flow, procure à l'individu un état de bien-être, de satisfaction et améliore sa motivation. La principale source d'engagement dans la vie d'une personne au sein de notre société, est très souvent, la sphère professionnelle.

L'engagement dans un emploi qui a du sens et productif est important pour la santé et la capacité à participer pleinement à la vie quotidienne. Le travail procure une structure aux routines quotidiennes et procure un soutien à la personne pour qu'elle puisse s'épanouir. Le travail permet également à la personne de répondre aux besoins

financiers de base permettant ainsi sa pleine participation. Quand une personne rencontre une perte d'emploi inattendue, la santé physique, émotionnelle et le bien-être général du travailleur et de sa famille entière sont impactés (AOTA, 2008).

### 6. Une situation d'injustice occupationnelle

Un concept de justice occupationnelle existe dans la littérature ergothérapique, ce terme est apparu pour la première fois en 1998 sous la plume d'Ann Wilcock. La justice occupationnelle correspond au fait de reconnaître que tous les êtres humains ont le droit d'avoir accès à des occupations et de pouvoir s'y engager ; peu importe les conditions socioculturelles, politiques, personnelles de chacun. C'est également le droit à la participation.

Figure 3 : Types d'injustice occupationnelle et privations associées (Jasmin, 2019)

Type d'injustice occupationnelle	Privations associées
Déséquilibre occupationnel	Equilibre dans son horaire Variété d'occupations
Privation occupationnelle	Occupations
Aliénation occupationnelle	Signifiante occupationnelle Epanouissement de l'être occupationnel
Marginalisation occupationnelle Apartheid occupationnel	Choix occupationnels Occupations « normales » ou socialement valorisées Possibilités occupationnelles égales ou équitables

L'injustice occupationnelle, désigne un problème, une difficulté, qui va à l'encontre de la justice occupationnelle, pour lequel il faut identifier les obstacles environnementaux qui restreignent les possibilités d'occupation des personnes. Dans la littérature, cinq formes d'injustice occupationnelles sont décrites : le déséquilibre occupationnel, la privation occupationnelle, l'aliénation occupationnelle, la marginalisation et l'apartheid occupationnels.

○ Le déséquilibre occupationnel désigne la disproportion entre le temps consacré à une occupation en comparaison aux autres occupations (Stadnyk et al. cité dans Jasmin, 2019). Durocher en 2017 précise que ce déséquilibre peut aussi être la conséquence de la participation à une occupation qui, sans être surinvestie en fait de temps, affecte tout de même négativement la participation à d'autres occupations, toujours en raison d'exigences sociales externes à l'individu.

Pour les personnes cérébrolésées, cela peut être le cas, lorsqu'il y a une période de chômage liée à la situation de handicap. En effet, avant la survenue de la blessure, pour beaucoup le travail occupait une place centrale, et rythmait les journées. Or, la perte de celui-ci entraîne souvent un déséquilibre occupationnel. De plus, les activités de loisir peuvent également être réduites à cause des séquelles, ainsi la personne peine à reconstruire un équilibre occupationnel.

○ L'aliénation occupationnelle est une des formes d'injustice occupationnelle. « A l'opposé de l'engagement il y a l'ennui, la perte de sens associés aux occupations aliénantes (Marshall, Lysaght et Krupa, 2017). Dans ce cas, la performance est toujours présente mais souvent moins efficace et plus pénible ; la personne se désengage (Morris et Cox, 2017) » (Meyer, dans Caire & Schabaille, 2018, chapitre 2). Au contraire de l'engagement occupationnel, l'occupation pourrait donc provoquer une situation d'aliénation occupationnelle.

L'aliénation occupationnelle s'inspire du concept d'aliénation développé par Karl MARX où le fait d'être aliéné c'est être dépossédé de soi-même. Il montrait à propos du travail forcé qu'il « n'est pas la satisfaction d'un besoin, mais seulement un moyen de satisfaire des besoins en dehors du travail. La nature aliénée du travail apparaît nettement dans le fait que, dès qu'il n'existe pas de contrainte physique ou autre, on fuit le travail comme la peste » (Marx, Ebauche d'une critique de l'économie politique, 1859).

Dans le concept de Marx, il y a l'idée que le travailleur perd son identité, qui il est lorsqu'il travaille, de même pour le concept d'aliénation occupationnelle il apparaît la perte de l'identité occupationnelle.

Si l'on s'intéresse aux situations vécues par les personnes ayant une blessure cérébrale acquise, lors de la réinsertion professionnelle, cela peut correspondre lorsque l'employeur confie des tâches qui ne permettent pas de mobiliser toutes les capacités de la personne, entraînant une perte de l'identité du travailleur. Dans ces situations, la personne est sous-considérée du fait de son étiquette de travailleur handicapé.

### **III- La sphère des occupations professionnelles**

#### *1. La place du travail dans l'équilibre occupationnel*

Le travail structure la société, il est la base de l'économie et la principale source de revenus pour une personne. La vie professionnelle rythme le quotidien et est planifiée depuis

l'enfance. En effet, pour un enfant la question « Qu'est-ce-que tu veux faire comme métier ? » revient très souvent, de même que toute la scolarité est organisée afin de prévoir la vie professionnelle. Le travail, « c'est l'activité humaine visant à créer, produire, entretenir des biens et des services.

Aujourd'hui, le travail prend la forme de l'emploi où le salarié obtient un statut social avec des droits » (Royer, 2002).

L'intégration par le travail est économique, symbolique et sociale :

- Économique car elle autorise l'insertion et la participation au travers d'activités de production et de consommation. En effet, le travailleur perçoit un revenu qui lui permet de consommer dans la société.
- Sociale parce qu'elle entraîne la constitution de liens sociaux par l'inscription dans des groupes ;
- Symbolique par les normes et les valeurs communes qui sont construites socialement (Royer, 2002).

Le travail correspond à la fois à une activité signifiante, c'est-à-dire qui a un sens pour la personne, mais également à une activité significative, c'est-à-dire qui a un sens pour la société. Le travail a un rôle social, puisqu'il permet de créer du lien social, qui « correspond à l'ensemble des relations favorisant l'intégration des individus dans une société ou un groupe donnés » (Jasmin, 2019, p. 40).

Ainsi lorsqu'une personne se retrouve confrontée à la perte de son emploi en plus d'un déséquilibre occupationnel, un impact social et économique important est relevé. Comme l'explique J-P.Arveiller, lorsque la société industrielle a créé le salariat, elle organisait une société où l'emploi était le principal lieu de socialisation et un nombre important d'activités humaines en dépendaient. En effet, le travail procurait des revenus, l'accès à une couverture sociale, des relations amicales, l'accès à des loisirs, la revendication des droits, et enfin à la santé avec la médecine du travail notamment.

J-P. Arveiller fait référence à la socialisation secondaire. La socialisation désigne le processus par lequel les individus apprennent et intériorisent les normes et les valeurs d'une société afin de s'y intégrer. Une distinction est faite entre deux types de socialisation, la socialisation primaire et la socialisation secondaire, selon le lieu où elle se déroule. En effet, la

socialisation se produit généralement en premier lieu au sein de groupes dits primaires : la famille, l'école, ou encore les groupes de pairs. La socialisation secondaire, se déroule plus tardivement dans la vie d'une personne, et renvoie à la socialisation dans des groupes professionnels, dans la conjugalité, ou encore la socialisation lors de la parentalité (Dubar, 2015).

« La socialisation permet une interaction sociale entre l'individu et son environnement. Dans un premier temps, elle se fait au niveau de la cellule familiale puis, plus tard, elle se fait à l'école, dans les activités de loisirs puis en stage professionnel (Dubar, 1996) » (André, Galaup, & Alava, dans Caire & Schabaille, 2018, chapitre 21).

J-P Arveiller évoque cependant le fait que le travail aujourd'hui n'est plus le lieu où l'on se socialise, mais un lieu qui, bien qu'il y contribue, nécessite de l'être pour y accéder c'est-à-dire que la socialisation primaire – par l'intégration des normes et des valeurs de sa société d'appartenance - est indispensable pour pouvoir se socialiser au travail (socialisation secondaire).

Dans notre société actuelle, le travail peut être en effet, parfois plus excluant qu'il n'est un vecteur d'intégration. Le marché du travail est difficile, la demande est souvent plus nombreuse que l'offre ce qui explique en partie les chiffres élevés du chômage. Ainsi, les qualités sociales et l'intégration sociale au sein d'une équipe de travail sont souvent les atouts observés pour que l'employeur fasse son choix parmi les candidats et que le travailleur conserve son poste dans la durée.

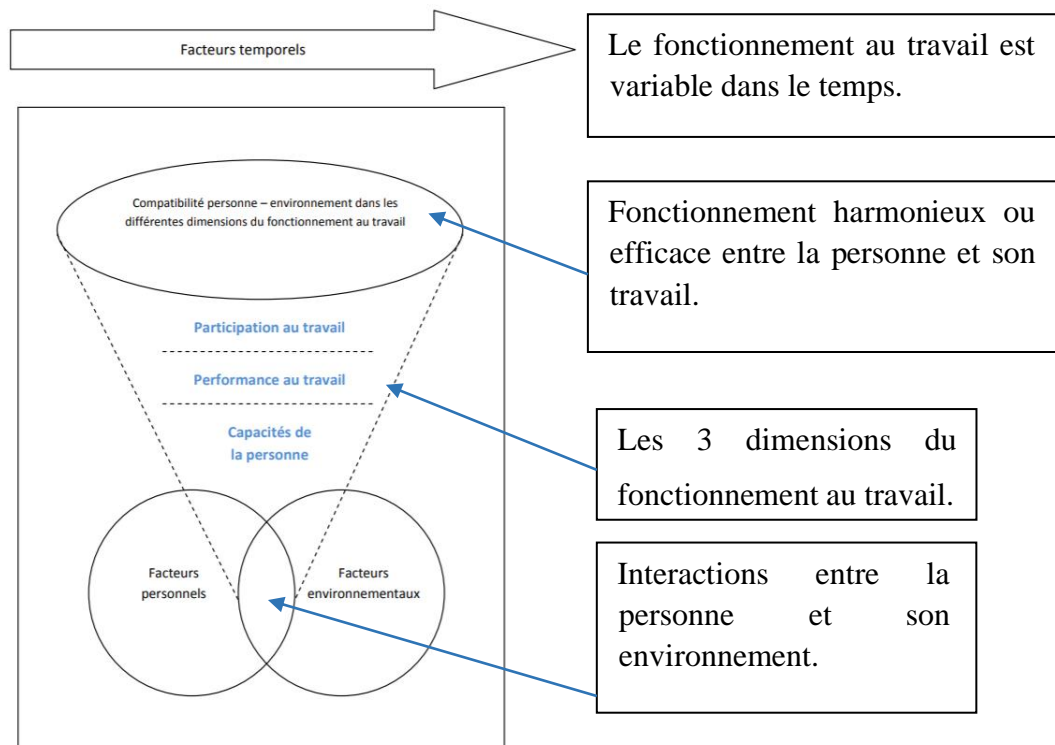
De plus, le travail actuel a changé dans les sociétés occidentales. Le travail à la chaîne (inspiré du Fordisme, du Taylorisme et du Toyotisme) à la façon des Temps Modernes de Chaplin est rare et l'exigence n'est plus à la mono-tâche mais plutôt à la polyvalence, à la réactivité, et à l'adaptabilité ; des compétences qui sont souvent touchées et difficiles à mobiliser pour les personnes ayant une blessure cérébrale acquise. Enfin, l'auteur ajoute l'apparition de souffrances psychologiques « engendrées par les nouvelles organisations déshumanisées voire déshumanisantes du travail » (Arveiller, 2014).

## 2. L'éclairage des modèles conceptuels

Sandqvist et Henricksson, chercheurs Suédois en ergothérapie, proposent un modèle conceptuel du fonctionnement au travail (Cf. Figure 1). Ce modèle rend compte des liens entre la personne et son environnement qui influencent les trois dimensions de l'activité

travail. (Sandqvist et Henricksson cités dans Roy, S., Durand, M.-J., Corriveau, H., & Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2011).

*Figure 4 : Modèle du fonctionnement au travail*



D'après ce modèle, le travail se compose de trois dimensions, interdépendantes. La première, inclut les capacités de la personne : mesurées par un instrument de mesure dans un environnement neutre. Les capacités, correspondent aux aptitudes de la personne pour accomplir les tâches de travail. La seconde dimension du travail, concerne la performance au travail qui est définie par les comportements observables de la personne, mis en œuvre pour effectuer les tâches et responsabilités liées à son emploi de façon satisfaisante. La limitation de la performance, désigne les difficultés de la personne à réaliser ses tâches de travail selon les standards attendus dans son emploi. Cette dimension se rapproche du concept de la performance occupationnelle en ergothérapie, dont la définition est « le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations en interaction avec l'environnement » (Meyer, 2013, p.16). Enfin, la dernière dimension du travail est réservée à la participation au travail. Cela englobe le processus pour acquérir un emploi et y rester, mais également occuper un rôle de travailleur. De manière plus générale, cela désigne l'implication ou l'intégration de la personne sur le marché du travail. Pour déterminer sa restriction, il faut comparer la

participation de la personne avec celle, attendue par la société, pour quelqu'un qui n'a pas d'atteintes de sa performance au travail et donc de ses capacités.

Le fonctionnement au travail, dans ses trois dimensions, est influencé par les facteurs personnels, à savoir l'âge, ou le sexe par exemple et les facteurs environnementaux que sont l'agencement du lieu, ou les outils de travail notamment. L'interaction entre ces deux catégories de facteurs, produit le fonctionnement au travail. C'est donc un dysfonctionnement dans la concordance entre la personne et l'environnement de travail qui aboutit à un dysfonctionnement au travail.

Enfin, le modèle conceptuel du fonctionnement au travail prend en compte la temporalité, en indiquant que le fonctionnement d'un individu dans son milieu de travail n'est qu'une photo qui s'inscrit dans une temporalité. En effet, au cours du temps, la personne (par exemple, le vieillissement ou une pathologie) ainsi que les exigences du travail (nouvelles procédures, polyvalence des tâches confiées, ou le rythme d'activité, entre autres) peuvent changer et donc modifier le fonctionnement au travail d'une personne.

Lorsqu'un individu souffre d'une lésion cérébrale acquise, cela entraîne des répercussions sur la personne et donc sur ses capacités. Mais cela peut aussi engendrer une inadaption de la personne à son environnement de travail. La modification des capacités de la personne cérébrolésée et de la cohésion avec son environnement de travail, impactent la performance au travail. Cela peut se poursuivre par une altération de la participation au travail qui peut mener à une désinsertion professionnelle (ce dernier concept sera défini ci-après).

Ce modèle peut être mis en parallèle avec un des modèles conceptuels en ergothérapie : le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO). [[Annexe I : Le MCREO](#)]

Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (MOREL-BRACQ, 2017, p.2).

Le MCREO, créé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes, est centré sur la personne et met en évidence les interactions entre la personne, son environnement et ses occupations, ainsi que la perception par l'individu de l'importance et de la manière dont il réalise ses occupations. Ce modèle, avait pour initiative première de définir l'ergothérapie,



ainsi il se base sur l'idée que « Les humains ont besoins d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation » (MOREL-BRACQ, 2017, p.86).

La personne qui réalise l'occupation est composée de ses dimensions spirituelle, affective, cognitive et physique. Les occupations sont initialement divisées en 3 groupes : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Dans la dernière version de 2013, le modèle intègre un quatrième type d'occupation : le repos. Enfin, l'occupation réalisée par la personne s'inscrit dans un environnement culturel, social institutionnel et physique à prendre en compte.

Deux concepts importants complètent l'ultime version du modèle, il s'agit de l'engagement ainsi que l'habilitation. Le premier concerne la participation de la personne sur le plan psychologique et physique. Le second, désigne « la création de possibilités et par le renforcement du pouvoir et de la capacité d'être ou d'agir » (MOREL-BRACQ, 2017, p.88). L'évolution du modèle, intègre des notions plus actuelles telles que la justice sociale et occupationnelle.

### *3. La désinsertion professionnelle*

Pour comprendre la désinsertion professionnelle, il faut d'abord comprendre le processus de désinsertion à un niveau plus social. D'après les travaux de Vincent de Gaulejac et Isabel Taboada Léonetti (V. de Gaulejac et I. Taboada Léonetti, cité dans Debordeaux, 1994), la désinsertion, correspond au phénomène important dans l'exclusion qui est le processus qui conduit au déclassement. La notion de désinsertion met l'accent sur le caractère dynamique de l'exclusion, sur le fait qu'il s'agit d'un processus. Cela signifie que la majorité des personnes qui se trouvent sans domicile fixe, ou chômeurs de longue durée ont été, soit au départ soit à une période de leur vie, dans une situation dite normale, selon les normes de notre société, avec un emploi stable, des revenus réguliers, un logement, une famille, un réseau de relation.

Ces mêmes auteurs expriment l'idée que l'exclusion est l'inverse de l'intégration. La dimension symbolique de l'exclusion apparaît par la reconnaissance sociale, autrement dit par la reconnaissance du statut de la personne dans le système.

« La désinsertion sociale » (Debordeaux, 1994, p.99), correspond ainsi à un cumul de l'exclusion sur trois dimensions :

- dimension économique et professionnelle (niveau de vie et insertion dans le monde du travail) : pas de travail et absence de revenus.

- dimension sociale et relationnelle (affaiblissement des échanges ou ruptures) : l'isolement et la rupture des liens sociaux qui entraînent une répercussion sur le plan de l'entraide matérielle et psychologique.

- dimension symbolique et normative : « la stigmatisation sociale qui impose aux individus une image négative d'eux-mêmes celle d'un citoyen sans utilité sociale, voire nuisible, privé de dignité et de raison d'être » (Debordeaux, 1994, p.99).

Plusieurs facteurs pouvant conduire au processus de désinsertion sont cités par Debordeaux en 1994 à savoir, une perte d'un emploi, des difficultés économiques, une rupture familiale, une dévalorisation identitaire, un sentiment d'inutilité, des problèmes de santé, ou encore une formation insuffisante rendant la recherche d'un emploi difficile.

La désinsertion professionnelle est donc le fait que le processus de désinsertion ait eu lieu dans la première dimension : la dimension professionnelle. Mais cette désinsertion entraîne inévitablement des répercussions sur les deux autres dimensions. En effet, lorsqu'une personne s'éloigne du monde du travail, il y a un appauvrissement des relations sociales ainsi qu'une modification de l'image de la personne dans la société. La personne atteinte d'une lésion cérébrale acquise et en situation de désinsertion professionnelle peut être confrontée aux représentations sociales : statut de malade ou image négative du chômeur. Les représentations sociales sont « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003, p.53). Ainsi, la maladie n'est pas représentée de la même manière selon les cultures : pour certains, elle sera signe de punition religieuse, ou due à des comportements (exemple du VIH/SIDA) et pour d'autres, elle tient uniquement dans une explication scientifique. Dans la société, une représentation parfois communément partagée s'est forgée sur les chômeurs, qui sont représentés très négativement, vus comme des fainéants, des marginaux, des personnes sans diplômes entre autres. Il est important de discerner ce qui tient des faits et ce qui relève des représentations sociales, et de les prendre en considération afin de percevoir ce qui peut se jouer sur l'aspect psychique de la personne, mais également dans la relation de confiance avec le soignant.

La prévention de la désinsertion professionnelle est un axe important du gouvernement, soutenu par l'assurance maladie et les Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) en France. La prévention de la désinsertion professionnelle consiste à anticiper la perte d'une activité professionnelle pour motif de santé ; tandis que les

termes de « maintien en emploi » se réfèrent à une réorientation professionnelle ou un reclassement hors de l'entreprise d'origine. Pour parler du reclassement au sein de l'entreprise du salarié, ou d'aménagements sur le poste de travail, les termes « maintien dans l'emploi » sont utilisés (IGAS n°2017025R, 2017).

Le terme de prévention de la désinsertion professionnelle est utilisé tant dans l'univers travail – emploi que dans celui de la protection sociale et apparaît très proche de celui de maintien en emploi. Mais il introduit l'idée d'une continuité entre la prévention primaire des accidents et maladies d'origine professionnelle, la prévention secondaire lorsqu'apparaissent des difficultés liées à un problème de santé avéré, pour les traiter le plus précocement possible, et enfin tertiaire, pour réduire les effets sur l'emploi des complications (IGAS n°2017025R, 2017, p13).

Lors du Séminaire de recherche action dans le cadre du congrès Santé Travail de Lille, certains facteurs de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail sont présentés. Parmi les facteurs personnels, sont relevés : « une démotivation, éminemment subjective, un faible niveau d'études, une absence de formation, un chômage souvent de l'ordre de 4 à 5 ans, ainsi qu'une précarité d'emploi » (Pichene-Houard, 2014). D'autres paramètres peuvent également contribuer à la désinsertion professionnelle, tels que le pronostic personnel du salarié, lié au sentiment d'efficacité personnelle. A. Bandura, a développé ce concept du sentiment d'efficacité personnelle qui correspond à la croyance que possède une personne sur sa propre capacité à réussir, à accomplir une tâche avec succès. Ce sentiment est toujours dépendant d'un contexte précis (Meyer, 2013). A. Bandura montre dans ses travaux que ce sentiment sur ses propres compétences influence la performance (Lecomte, 2004).

Il faut également ajouter aux facteurs de désinsertion professionnelle : l'accueil des collègues de travail et la valeur personnelle attribuée au travail. De plus, la situation économique familiale, les risques physiques du poste de travail, le contrôle du salarié sur son travail, et des conditions psychosociales difficiles peuvent entraîner une désinsertion professionnelle. (Pichene-Houard, 2014).

Du côté des employeurs, souvent, ils « adhèrent au retour au travail à conditions que le salarié se situe à 100% voire à 150% de ses capacités à son retour » (Pichene-Houard, 2014). Cette volonté, n'est pas en adéquation avec un projet de reprise progressive et rapide du travailleur, ce qui conduit à la prolongation de l'arrêt de travail ou à la rupture du contrat.

Les auteurs du séminaire, s'appuyant sur le lien avéré entre travail et santé, s'accordent à dire que « La prévention de l'incapacité de travail et ultérieurement de la désinsertion professionnelle dépend essentiellement d'une action précoce et coordonnée face à une absence qui se prolonge » (Pichene-Houard, 2014).

Les facteurs de la désinsertion professionnelle vus précédemment sont assez proches des facteurs pronostiques de réinsertion professionnelle, relevés par l'Association de Familles des Traumatisés crâniens et de Cérébrolésés (AFTC Gironde). L'AFTC décrit des facteurs favorisant la réinsertion professionnelle : un bon niveau intellectuel, une insertion professionnelle stable antérieure, ou un travail antérieur routinier, facile, sans responsabilités importantes. En revanche, les facteurs freinant ou menant à l'échec de la réinsertion professionnelle sont : la sévérité du traumatisme crânien, les séquelles cognitives et comportementales, une absence de flexibilité mentale, certaines séquelles motrices très invalidantes, une épilepsie post traumatique, une mauvaise volonté de l'employeur, ou une absence d'aménagement des conditions de travail.

#### **IV- L'accompagnement de la personne cérébrolésée dans la réinsertion professionnelle**

##### *1. Définition*

La réinsertion professionnelle se définit comme le fait d'engager les personnes dans un processus pour les rapprocher du monde du travail. Selon Lourdais (2004), la réinsertion professionnelle est « l'action d'introduire à nouveau la personne au niveau professionnel. Faire en sorte que la personne retrouve une place, sa place dans une profession qu'il s'agisse de l'emploi antérieur ou non ».

##### *2. Cadre législatif*

La loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées, révisée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ainsi que l'article L.5212-1 à 5 du Code du travail ; indiquent que tous les employeurs (privés comme publics) d'au moins 20

salariés, doivent employer au minimum 6% de travailleurs handicapés parmi de l'effectif total des salariés.

Toutes personnes en situation de handicap, peut effectuer une demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Cette reconnaissance est attribuée, après examen par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) à « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique » (Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion).

La RQTH permet un accès facilité à l'emploi et à la formation, ainsi qu'à des aménagements autour du travail.

La RQTH s'accompagne d'une orientation professionnelle qui peut indiquer :

- Une orientation vers le milieu de travail « ordinaire » : cela indique que la personne peut travailler dans toutes les entreprises dites ordinaires qui ne présentent aucune spécificité vis-à-vis des personnes en situation de handicap. Cela ne veut pas dire qu'il ne pourra pas y avoir des aménagements du poste de travail. Avec cette orientation, la personne peut également rejoindre une Entreprise Adaptée (E.A) : entreprises avec une proportion minimale de 55 % de travailleurs reconnus handicapés éloignés du marché du travail parmi leurs effectifs.
- Une orientation vers un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). Ces établissements proposent un accompagnement médico-social et éducatif aux travailleurs. Ils accueillent des personnes handicapées dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de la capacité de travail d'un travailleur non handicapé ; des personnes dont la capacité de travail est supérieure ou égale à un tiers, mais qui ont besoin d'un soutien médical, éducatif, social ou psychologique qui ne peut être satisfait sur le marché du travail ordinaire.
- Une orientation vers la formation, soit vers un Centre de Rééducation Professionnelle (CRP), soit vers un Centre de Pré-Orienté (PREO), soit vers une Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orienté Socio-professionnelle (UEROS).

Enfin, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, et l'article 101 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, modifiant l'article L. 5214.3.1 du Code du Travail ; encadrent les Organismes de Placement Spécialisé (OPS). Ces organismes sont missionnés pour la préparation, l'accompagnement, le suivi et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Les OPS peuvent être des centres de rééducation professionnelle, mais également les Cap Emploi notamment. Depuis 2018, les Cap Emploi ont fusionné avec les Services d'Appui et de Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH).

### 3. Les accompagnements des différents acteurs

Plusieurs acteurs interviennent dans le champ de la réinsertion professionnelle, tels que :

- L'assurance maladie : qui participe au financement de certaines aides selon la situation de la personne et qui mène également des actions de sensibilisation, en faveur des personnes en situation de handicap, notamment auprès des entreprises.
- L'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) et le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) : qui ont pour missions principales de recevoir les cotisations des entreprises qui n'atteignent pas le quota du nombre de travailleurs en situation de handicap au sein de leur effectif. Cette somme d'argent récoltée permet entre autres, d'aménager des postes de travail. Il existe également l'association Objectif Emploi des Travailleurs Handicapés, qui assure la collecte de la contribution versée par les établissements signataires de l'accord handicap du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif, porté par l'association Objectif Emploi des Travailleurs Handicapés.
- La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) : qui accorde les aides administratives, financières, humaines et matérielles.
- Le réseau COMmunication Et Tremplin vers l'Emploi (COMETE) : ce service présent dans les structures de soins permet à la personne de penser au projet professionnel très en amont du retour à l'emploi afin de le préparer au mieux.
- Les Unités d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle (UEROS) : accueillent et accompagnent les personnes avec une lésion cérébrale acquise. Leurs rôles sont d'informer, et de conseiller la personne et son

entourage. Elles accompagnent la personne dans l'élaboration de son projet de vie et favorise le développement de ses compétences socio-professionnelles.

- Pôle-emploi/Cap-emploi : Dispositif d'aide à la recherche d'emploi, ou au maintien dans l'emploi.
- Les Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) / Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) : ces services accompagnent les personnes dans leur quotidien, sur le plan social, occupationnel, administratif ou encore médical. Ils peuvent accompagner la personne dans un projet de retour à l'emploi même si ce n'est pas leur objectif premier.

Parmi tous ces acteurs, les ergothérapeutes interviennent principalement à la MDPH, dans les UEROS, dans les SAMSAH/SAVS ou encore sur le service Comète. Mais ils sont en lien également avec les autres acteurs. Ainsi, les ergothérapeutes collaborent avec différents professionnels en faveur de la réinsertion professionnelle, notamment des ergonomes, des conseillers d'insertion professionnelle, des psychologues du travail, ou encore l'ensemble des professionnels du secteur médico-social.

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) croit que les ergothérapeutes peuvent aider les milieux de travail à favoriser la santé et le bien-être des travailleurs et à créer des environnements propices à la productivité et à une culture positive du milieu de travail. Les ergothérapeutes possèdent les connaissances, les compétences et l'expertise requises pour proposer diverses stratégies allant des interventions axées sur le retour au travail à celles qui sont centrées sur la prévention des incapacités et la promotion de la santé en milieu de travail. (Prise de position de l'ACE L'ergothérapie et la santé au travail, 2015)

#### 4. L'interprofessionnalité

L'interprofessionnalité est un concept qui désigne le partage et l'intégration dans sa propre pratique, du savoir issu d'une autre profession.

L'interprofessionnalité traite donc des distances et des proximités sociales, cognitives, fonctionnelles, symboliques, qui font que, au quotidien comme dans la durée, des professionnels communiquent ou non, échangent ou pas en ce qui concerne leurs

moyens et leurs pratiques, trouvent parfois des lieux partagés d'expression et d'action, comme dans certaines démarches de projet (Bonnet, 2005).

L'interprofessionnalité est rendue possible par le partage d'un langage commun, de notions partagées (Hatano-Chalvidan, 2016). Habituellement, chaque profession cherche à exprimer ses propres spécificités afin de définir clairement son identité, ce qui peut rendre difficile l'interprofessionnalité, puisqu'il faut ici partager un domaine, un champ de compétences.

L'interprofessionnalité s'organise en 4 étapes (Hatano-Chalvidan, 2016). Il s'agit de réaliser, premièrement, un diagnostic individuel relatif à l'expertise de chaque professionnel. Ensuite, chaque professionnel confronte leurs diagnostics ensemble. Ces échanges permettent des clefs de compréhension sur les zones d'ombre du diagnostic individuel, ce qui entraîne une traduction et une réinterprétation des diagnostics afin d'aboutir à un diagnostic partagé. La dernière étape, consiste au réajustement des anciennes pratiques de chaque professionnel, pour correspondre au nouveau diagnostic partagé, en prenant en considération les notions des autres professionnels.

Dans cette mesure, pour l'expert, la seule maîtrise de son savoir n'est plus suffisante dans un contexte de travail interprofessionnel, il lui faut être en capacité de la confronter, de traduire les apports des autres professionnels, de les intégrer à sa propre analyse et ensuite d'ajuster ces pratiques. [...] On observe alors une forme de décentration de l'expert professionnel de son propre savoir pour s'ouvrir à celui des autres qui vont lui permettre un développement non pas en approfondissant mais en élargissant son champ de compétence (Hatano-Chalvidan, 2016).



## V- Problématisation

### *1. De la question de départ à la problématique*

Notre recherche est partie du questionnement suivant : **Comment l’ergothérapeute peut-il favoriser l’engagement occupationnel d’une personne ayant une blessure cérébrale acquise, afin de lutter contre la désinsertion professionnelle ?**

Notre première partie du cadre conceptuel a exposé les nombreuses conséquences de la lésion cérébrale acquise, d'ordre physique, cognitif, psychique ou comportemental. La majorité des séquelles sont dites invisibles car l’individu n’est pas catégorisé voire étiqueté comme « handicapé » au premier regard. La cérébrolésion entraîne souvent un parcours de soins long, où la personne fait face à des obstacles importants, devant faire le deuil de ses capacités antérieures et plus globalement de son identité précédente au traumatisme, ce qui engendre des difficultés pour envisager un avenir serein.

Cette pathologie, a inévitablement des répercussions sur la participation de la personne. La participation, comme nous l’avons vu par la littérature, correspond à l’engagement d’un individu par l’occupation dans des activités significatives. L’engagement présent dans ce concept, renvoie au fait de choisir, de s’impliquer et au sens attribué par la personne pour une activité dont le niveau ultime est exprimé dans la théorie du flow. La restriction de participation peut engendrer une situation d’injustice occupationnelle. Cette dernière notion est récente en ergothérapie et désigne l’impossibilité pour une personne d’avoir accès à des occupations, en raison de problèmes liés à l’environnement sociétal, social, ou encore physique.

De plus, l’une des principales sources de participation dans la vie d’un adulte – selon les attentes des sociétés - est le travail. Le domaine professionnel permet une intégration économique, sociale et symbolique dans notre société. Ainsi, la perte du travail dans la vie d’un individu représente un bouleversement important, que définit la désinsertion professionnelle. Nous pouvons déjà nous interroger, ici, sur le rôle de l’ergothérapeute lorsque le processus de désinsertion a eu lieu, avec la perte de travail liée à une problématique de santé notamment.

D’après le modèle du fonctionnement au travail et le Modèle Canadien du Rendement et de l’Engagement Occupationnels, il est important en ergothérapie de considérer que la personne réalise son activité dans un environnement défini, et que chacune des composantes s’influence. Ainsi, lorsque l’une des dimensions de la personne est impactée, la participation

est également réduite, toujours en fonction d'un ou plusieurs environnements, ce qui peut concerner la sphère professionnelle. Bien que ces modèles nous donnent des clefs de lecture, sur le fonctionnement de la personne lorsqu'elle réalise une occupation, et plus particulièrement, dans son environnement de travail ; nous sommes sans littérature sur les moyens utilisés par l'ergothérapeute pour favoriser la participation de l'individu.

La lésion cérébrale acquise et ses conséquences ont des retentissements sur le travail de la personne, qui seront plus ou moins préoccupantes pour la personne, en fonction des valeurs accordées au travail et de son parcours. De fait, la réinsertion professionnelle de la personne cérébrolésée est soutenue par des dispositifs, et de multiples professionnels. Principalement, il s'agit des UEROS qui accueillent spécifiquement les personnes cérébrolésées.

L'ergothérapeute est intégré à la réinsertion professionnelle et appartient à l'équipe pluriprofessionnelle des UEROS. Cependant, peu de littérature évoque les échanges entre les conseillers d'insertion professionnelle et les ergothérapeutes.

« C'est à l'occasion de l'élaboration d'un cadre de référence propositionnel pertinent à la question de recherche que des problèmes spécifiques surgissent. » (Gauthier, 2006).

La conception de ce cadre théorique, a permis de construire la problématique suivante :

**Comment l'ergothérapeute – dans une relation interprofessionnelle avec les professionnels accompagnant les personnes cérébrolésées – peut-il favoriser et alimenter la participation dans les activités de la sphère professionnelle ?**

## *2. Hypothèses de recherches*

Nous avons formulé deux hypothèses pour tenter de répondre à cette problématique. Ces hypothèses seront validées ou réfutées, après l'enquête de terrain explicitée par la suite. « L'hypothèse se présente comme l'anticipation d'une relation entre un phénomène et un concept capable d'en rendre compte ». (Van Campenhoudt, Quivy, 2011 : 128)

**Hypothèse 1** : L'évaluation interprofessionnelle des compétences et de la participation dans la sphère professionnelle permet de faciliter la réinsertion professionnelle des personnes cérébrolésées.

**Hypothèse 2 :** La réalisation d'activités en interprofessionnalité permettant la projection professionnelle favorise la participation des personnes cérébrolésés.

## VI- Dispositif méthodologique

Pour cette partie, le choix a été fait d'employer le « je » pour expliciter les choix méthodologiques, comme l'a défini Jean-Pierre Olivier de Sardan, dans son article *Le "je" méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain (2000)*.

Le recours à la première personne a en effet représenté à divers égards un progrès incontestable, tant en termes d'écriture que du point de vue d'une nécessaire mise au jour de la position personnelle du chercheur sur le terrain, et l'on ne saurait évidemment plaider aujourd'hui pour revenir en arrière vers un refoulement systématique du « je », et une occultation des conditions de production des données ethnographiques (Olivier de Sardan, 2000).

« La recherche scientifique, c'est avant tout un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations » (N'Da, 2015).

Une enquête est la procédure dont le but est de collecter des données, qui seront ensuite analysées. Il existe diverses techniques d'enquête : moyen, outil, au service de l'enquêteur pour collecter des données d'enquête (entretien, observation, questionnaire, etc.) La technique d'enquête n'est qu'un aspect de la méthodologie de recherche. La démarche méthodologique est ce qui justifie, garantit la scientificité de la démarche de recherche. Expliciter la démarche, c'est montrer la scientificité de son travail.

« Une méthode, guide pour la route, éclaire mais ne décide pas la route » (Combessie, 2007).

### 1. Le choix de la méthode qualitative

« Faire de la recherche qualitative est une façon de regarder la réalité sociale ». (Kohn, & Christiaens, 2014).

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'appuie sur une méthode de recherche qualitative. Cette méthode utilise des chiffres mais n'en produit pas, elle s'attache à la compréhension de phénomène par les mots et le récit. (Kohn, & Christiaens, 2014). Dans cette recherche, je m'intéresse à des pratiques professionnelles, aux ressentis (vécu), c'est-à-dire à des aspects qualitatifs que l'on ne peut traduire via des chiffres (difficilement

mesurable). « Dans la recherche qualitative, on cherche à comprendre les acteurs dans une situation ou un contexte (ou dans des situations et des contextes différents) » (Dumez, 2011).

C'est l'un des points forts de la méthode qualitative, elle étudie une population dans son propre milieu de vie et non pas en milieu artificiel. « Puisque les expériences et les croyances liées à la santé sont étroitement liées à des situations de la vie quotidienne, il est moins pertinent de les étudier dans un contexte artificiel ou expérimental » (Kohn, & Christiaens, 2014).

Je souhaite rendre compte de l'expérience des professionnels intervenant autour de la question de la réinsertion professionnelle de la personne atteinte de lésion cérébrale acquise, et qui est peu retranscrite dans la littérature existante.

## 2. L'application d'une approche hypothético-déductive

La méthode qualitative comprend deux approches : l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive.

Dans l'approche hypothético-déductive, « Le chercheur se pose une question, formule une réponse provisoire, élabore des conjectures théoriques et les soumet à des tests empiriques dont le but est de vérifier la véracité de la réponse provisoire » (N'Da, 2015).

J'ai choisi la seconde approche car la réflexion initiale part d'une revue de la littérature existante et du manque de connaissance sur le sujet. Cela me permet d'avoir une avancée de mémoire très cadrée, avec des étapes clairement définies et qui distingue la partie théorique et conceptuelle de la partie empirique sur le terrain permettant de confronter l'ensemble de ces données afin de construire des résultats. De plus, la rareté de lieu de pratique ergothérapique auprès des personnes souffrant d'une cérébrolésion, réduisait la possibilité de se rendre sur le terrain ou de prendre fréquemment contact avec le terrain de recherche nécessaire avec une approche inductive.

L'approche hypothético-déductive se divise en quatre étapes distinctes (Beaud et Weber, 1998) :

- La première étape consiste à procéder à grand nombre de lectures dans le but de se construire l'entonnoir, une question de départ, une conceptualisation, une problématisation et des hypothèses de recherche qui seront validées ou invalidées dans la phase finale de l'analyse ;

- La seconde étape consiste à la réalisation et à la construction d'un dispositif méthodologique, ce que nous nommons la phase de l'enquête de terrain. A ce stade, le dispositif d'enquête est définitif et standardisé ;
- La troisième phase consiste à mener l'enquête et à réaliser des entretiens, des questionnaires ou des observations avec les acteurs sociaux concernés par l'enquête ;
- La quatrième phase correspond à l'analyse et à l'interprétation scientifique des données. C'est à cet instant que les hypothèses de recherche formulées dans la première phase peuvent être confirmées ou infirmées. Ensuite, apparait la discussion et la conclusion (avec réponse à la problématique)

### 3. Les techniques et les outils de recueil de données empiriques

« La collecte de données qualitatives prend de nombreuses formes, mais les entretiens et l'observation sont parmi les plus utilisées, peu importe la tradition théorique du chercheur ». (Kohn, & Christiaens, 2014).

Parmi les techniques de collecte de données, l'entretien permet de recueillir les informations au travers du discours de l'enquêté. Il est utilisé lorsque la recherche s'intéresse aux ressentis des personnes. L'entretien est, pour cette recherche, individuel, car la recherche ne nécessite pas d'éventuels échanges entre les interrogés, mais s'intéresse plutôt aux pratiques individuelles de chaque professionnel.

Pour cette recherche, j'ai fait le choix de réaliser des entretiens semi-directif. Les entretiens semi-directifs ont pour objectif de mettre au jour des processus, des représentations sociales, de comprendre le sens que l'enquêté donne à ses pratiques. L'entretien est plus long que l'entretien directif puisque l'enquêteur le laisse parler plus librement. Les questions sont pensées à l'avance par le chercheur mais ne sont pas forcément posées les unes après les autres comme dans le cas de l'entretien directif. Dans cette configuration, on laisse l'enquêté parler plus longtemps, on le laisse faire des digressions pour voir comment de lui-même il associe telle idée à telle autre.

La réalisation d'entretien semi-directif nécessite de construire un guide d'entretien (grille d'entretien selon les auteurs). Le guide d'entretien est un outil de recueil de données empiriques. Il permet d'avoir une trame, et permet de « déclencher une dynamique de

conversation » en étant sûr de ne pas mal formuler une question. « Le guide d'entretien est un memento (un pense-bête) » (Combessie, 2007).

Pour rédiger ce guide d'entretien, l'enquêteur doit prendre pour appui son cadre conceptuel, sa problématique ainsi que ses hypothèses de recherche.

La grille d'entretien est un outil hybride, dans lequel l'enquêteur articule différentes questions. Celles-ci ne sont pas formulées « *pour* » ou « *comme si* » elles allaient être posées à l'enquêté. La grille d'entretien est, par ailleurs, un outil évolutif dans lequel certaines questions présentes au début de l'enquête seront progressivement reléguées, tandis que d'autres apparaîtront ou s'étofferont. Ainsi, il est important de garder en mémoire les principales évolutions de la grille, en tant qu'elles constituent les traces des avancées significatives de la recherche. (Barbot, 2012)

Le guide d'entretien au sein de ce mémoire a été construit à partir de 7 thématiques qui sont :

- La population enquêtée
- La compréhension des éléments entourant le sujet
- Les individus souffrants de blessures cérébrales acquises
- Les pratiques professionnelles
- La participation
- L'engagement occupationnel
- L'interprofessionnalité

Le guide d'entretien est accessible en annexe de ce mémoire. [[Annexe II : Guide d'entretien](#)]

#### 4. *La population d'étude*

A travers la population globale, le chercheur devra extraire un certain nombre d'individus (ou d'objets) précis qui répondront à certaines caractéristiques précises afin de constituer un groupe représentatif, ce que nous appelons échantillon.

Pour reprendre les travaux d'Omar Aktouf, dans son ouvrage intitulé *Méthodologie des sciences sociales* (1987), « On définit aussi l'échantillon comme étant une petite quantité d'un produit destinée à en faire connaître les qualités ou à les apprécier ou encore une portion représentative d'un ensemble, un spécimen » (Aktouf, 1987, p.72).

**Critères d'inclusion :**

- Ergothérapeutes DE salariés, en UEROS
- Conseillers d'Insertion Professionnelle (CIP) ou chargé de mission d'insertion professionnelle, en UEROS

Travaillant auprès de personnes cérébrolésées dont les séquelles majeures ne sont pas physiques et qui sont sorties de la phase de soins intensifs.

**Critères d'exclusion :**

- Ergothérapeutes non diplômés d'état,
- Stagiaire ergothérapeute,
- Ergothérapeutes n'exerçant pas en UEROS
- Conseiller d'insertion professionnelle n'intervenant pas en UEROS

Un tableau de présentation des personnes interrogées est disponible en annexe de ce mémoire.

[Annexe III : Présentation des personnes interrogées]

*5. Réflexion sur l'éthique du sujet de recherche et l'objectivité du chercheur :*

Réaliser une recherche impose une réflexion sur la posture du chercheur : sur son éthique, qui est une réflexion sur les valeurs qui fondent la morale, afin de ne pas nuire à autrui ; et sur son objectivité, qui est la description de fait en essayant de supprimer toute pensée personnelle propre à un individu.

Pour qu'une recherche soit scientifique, il faut en plus d'un protocole défini, effectuer un travail de distanciation afin de tendre vers l'objectivité. Tout d'abord, il est important de questionner le choix du sujet de recherche qui ne tient pas du hasard.

Le choix initial est souvent guidé par des sensibilités ou des orientations qui n'ont rien de scientifique et dont il faut s'affranchir progressivement. Or, ce processus n'est pas facile car il implique au moins autant un travail sur soi qu'un travail sur les notions du sens commun, sur les catégories de la vie courante dont l'usage systématique peut conduire à l'aveuglement. La construction d'un objet d'études passe par la déconstruction, au moins partielle, de ces prénotions ou de ces préjugés qui constituent des obstacles épistémologiques (S. Paugam, 2012).

Le choix du sujet de recherche est issu d'un terrain de stage mais pas seulement. Faire de la recherche nécessite de se détacher de ses propres fondements de pensées afin de ne pas



nuire à l'objectivité. En effet, tout individu s'inscrit dans un système de référence et de valeurs du fait du processus de socialisation. L'insertion ou la réinsertion professionnelle est un domaine qui constitue (peut constituer) une continuité dans une trajectoire de vie. Avoir conscience de cette subjectivité, est déjà un pas vers l'objectivité.

Afin de tendre vers l'objectivité, il faut également questionner le biais de filiation professionnel dans la relation enquêtés-enquêteurs. En effet, étant future diplômée ergothérapeute, m'entretenir avec des ergothérapeutes peut engendrer un manque d'objectivité car il se peut que mes questions soient orientées ou que je valorise seulement les propos qui iraient en mon sens. Il me faudra être vigilante lors de l'élaboration de mon guide d'entretien ainsi que dans l'analyse des entretiens.

De même que l'évoque S. Paugam précédemment, E. Durkheim explique qu'il faut également déconstruire les prénotions entourant le sujet de recherche.

Il faut donc que le [chercheur], soit au moment où il détermine l'objet de ses recherches, soit dans le cours de ses démonstrations, s'interdise résolument l'emploi de ces concepts qui se sont formés en dehors de la science et pour des besoins qui n'ont rien de scientifique. Il faut qu'il s'affranchisse de ces fausses évidences qui dominent l'esprit du vulgaire, qu'il secoue, une fois pour toutes, le joug de ces catégories empiriques qu'une longue accoutumance finit souvent par rendre tyrannique (E. Durkheim, 1894).

J'ai tenté de relever quelques prénotions qui entouraient mon sujet de mémoire d'initiation à la recherche.

Pour commencer, la population étudiée souffre de lésion cérébrale acquise, qui fait partie du handicap dit invisible, dans le sens où la personne, souvent, n'est pas discréditée par une différence visible en première instance, aux yeux de tous. Lors de stage auprès de personnes cérébrolésées j'ai pu entendre des réflexions du type « *il n'a rien c'est juste un profiteur* ». Le fait que le handicap soit invisible, laisse penser au tout public que la personne n'a rien, sous-entendu que la maladie est forcément visible, et que donc dans son cas elle ment pour obtenir des aides financières sans avoir à travailler par exemple. Et cette fausse évidence, peut devenir tyrannique puisque la législation se durcit pour les personnes en situation de handicap en surchargeant les procédures administratives et en restreignant les droits, ou encore lorsque cette idée reçue pose des barrières lors du recrutement professionnel, en donnant une image négative dans l'inconscient des employeurs ou des futurs collègues de travail.

Dans le cadre de ce type d'atteinte, les troubles concernent souvent le cognitif. Ainsi, les personnes cérébrolésées peuvent être confrontées à des remarques très péjoratives comme j'ai pu l'entendre lors de stages, telles que « *Il a un coup de pelle* », « *elle est débile* ». Ces préjugés, ne font qu'aggraver la santé de la personne en situation de handicap puisque cela accentue le sentiment de marginalisation, de rejet de la société.

De plus, les traumatismes crâniens font partie des lésions cérébrales acquises. Cette pathologie touche essentiellement une population jeune (5000 à 10 000 TC graves par an, et la 1ère cause de handicap sévère chez les moins de 45 ans dont la cause première est un accident de la voie publique). J'ai déjà pu entendre dans mon entourage plus ou moins proche des jugements tels que : « *il l'a bien cherché* », « *il a manqué d'éducation* », « *que font les parents ?* ».

La recherche aborde également les concepts de chômage et de désinsertion professionnelle, qui renvoient couramment à une image négative de la personne qui serait entièrement responsable de cette situation. Pour exemple des propos entendus lors de stage, ou dans un contexte personnel : « *Il a qu'à se bouger* », « *du travail, il y en a quand on cherche* », « *il est payé sans travailler, pourquoi vouloir travailler ?* ».

D'autre part, la recherche scientifique ne doit pas servir le militantisme, il ne s'agit pas de recueillir les propos d'une même ligne politique. Au contraire, il faut recueillir tous les points de vue, bien qu'ils puissent aller à l'encontre de nos propres valeurs, ou idées politiques. Je pensais notamment avant de débiter mes travaux de recherches que les causes de désinsertion professionnelle étaient principalement à chercher du côté des employeurs, or la littérature exprime en premier lieu des causes propres à la personne cérébrolésée.

La notion de désinsertion professionnelle abordée dans ce mémoire d'initiation à la recherche, touche des sujets sensibles qui renvoient aux dispositifs mis en place par l'Etat et soutenus par différents organismes de notre société. Il faut donc être vigilant sur l'œil critique du chercheur mais également des acteurs. Pour ces derniers, ils pourraient avoir recours au discours convenu ou institutionnel, qui ne refléterait pas leurs pensées, mais plutôt ce qu'il est préférable de dire afin de ne pas aller à l'encontre des instances supérieures ou pour valoriser leur travail.

Enfin, une recherche doit respecter des règles d'éthique. Ainsi, l'enquête doit être prévenue du but de la recherche et comment le chercheur va conserver et analyser les données recueillies. De plus, lors de ma recherche, je me suis tenue à ne pas orienter ni juger les réponses

obtenues, en prenant en compte chaque pratique sans critique personnelle mais en veillant à l'analyser uniquement dans l'objectif de répondre à ma recherche.

Au cours de la recherche, j'ai essayé de tendre vers l'objectivité, me détacher des prénotions entourant les concepts de mon sujet, et conserver une démarche éthique en recueillant le consentement éclairé de chaque participant ainsi qu'en respectant la pensée et les agissements de chacun.

## VII- Présentation et analyse des résultats

Après la réalisation de nos entretiens, nous avons analysé les résultats obtenus par une double analyse de contenu, c'est-à-dire que nous avons analysé les résultats obtenus entretien par entretien mais également de manière transversale, autrement dit, pour chaque thématique. Nous présenterons ces résultats dans cette partie, selon les thématiques principales découlant de la problématique. [Annexe IV : Tableau d'analyse des résultats]

### 1. L'utilisateur accompagné en UEROS

#### 1) Le profil des personnes cérébrolésées accueillies en UEROS

Il a été demandé aux enquêtés de décrire en quelques mots les caractéristiques communes aux personnes qu'ils accompagnent.

L'ergothérapeute 1, donne les caractéristiques principales des personnes qu'elle accompagne, qui sont : « Majoritairement des hommes, autour de 35ans, ayant déjà travaillé avant la blessure ou même depuis mais sans stabilité. Les séquelles sont principalement d'ordre cognitivo-comportementales. »

CIP 1 décrit les points communs entre les personnes qui intègrent son service, en citant « le manque de confiance en soi, la baisse de l'estime de soi, la peur de parler du handicap à un employeur, et la peur de retourner en emploi ».

Ces points communs énumérés ici renvoient à la notion de stigmatisme définie dans notre cadre conceptuel. La confiance en soi, l'estime de soi, et les peurs ressenties par la personne cérébrolésée peuvent être en lien avec l'image qu'elle donne aux autres et notamment le conflit entre l'individu discrédité (dont le stigmatisme est visible) et l'individu discréditable (qui peut devenir discrédité s'il révèle son « handicap ») (Goffman, 1963).

De plus, Galand (2011) explique que les termes : « Sentiment de compétence, compétence perçue, concept de soi, estime de soi, contrôle perçu, attentes de succès, sentiment d'efficacité personnelle » se rapportent tous à la confiance en soi, avec une conceptualisation légèrement différente pour chacune. (Galand, 2011, p.255) La confiance en soi influence la réaction de l'individu face à une tâche ainsi que sa performance (Galand, 2011). Ainsi, une baisse de confiance en soi ou d'estime de soi, peut modifier les actions et la performance de l'individu, de manière négative. Pour Bandura, « le sentiment d'efficacité personnelle est une croyance sur ses propres capacités » tandis que « l'estime de soi est un

jugement sur sa propre valeur » (Galand, 2011, p.262). Bandura pense que le sentiment d'efficacité personnelle dépend de plusieurs facteurs. Tout d'abord les expériences passées qu'il nomme « expériences actives de maîtrise ». Ensuite les « expériences vicariantes » qui correspondent au fait d'observer les échecs ou réussites d'autrui et de s'y comparer. Un autre facteur qui influence le sentiment d'efficacité personnelle est la persuasion verbale : les retours sur son action, les encouragements et critiques de personnes reconnues. Enfin, l'ultime facteur lié au sentiment d'efficacité personnelle est la prise en compte des états physiologiques et émotionnels de la personne (Bandura, 2019).

C'est pour ses raisons que CIP 1 insiste sur l'importance de valoriser les compétences de la personne pour favoriser le retour à l'emploi. Nous pouvons dire que les compétences sont liées à un métier ou à un statut, tandis que les capacités sont des habiletés transversales décontextualisées (Meirieu, 2005). La valorisation des compétences, ou des capacités, peut améliorer la confiance en soi et les autres ressources personnelles s'y rapprochant, et cela passe notamment par les feed-back via les MSP, ou encore les encouragements verbaux au cours de l'accompagnement.

Par ailleurs, CIP 1 explique que de nombreuses personnes cérébrolésées ne se rendent pas compte de leurs capacités actuelles, tant qu'elles ne sont pas en situation pratique. Et même les MSP ne sont pas toujours suffisantes pour que la personne réalise ses difficultés, parfois en lien avec une anosognosie.

L'ergothérapeute 2 généralise les personnes accompagnées comme étant « jeunes avec un petit niveau scolaire, n'ayant jamais travaillé, ou des personnes en emploi au moment de la survenue de la blessure cérébrale, des personnes désinsérées de l'emploi depuis plusieurs années (à cause de la cérébrolésion ou qui ne travaillaient déjà pas au moment de l'accident ou de la maladie). L'ergothérapeute 2, ajoute la fatigabilité aux séquelles principales citées précédemment.

## 2) L'entourage de la personne cérébrolésée

L'entourage forme, d'après les entretiens, une part non négligeable dans le projet d'une personne cérébrolésée. En effet, les personnes autour de l'utilisateur peuvent être des ressources positives sur lesquelles il pourra s'appuyer, ou au contraire être un aspect négatif pour la personne dû à une incompréhension des séquelles par le proche, à des encouragements vifs à reprendre le travail, à une non-acceptation de la « nouvelle » personne.

CIP 1 explique que pour limiter ses freins potentiels de l'entourage, son UEROS propose à l'utilisateur « d'inviter quelques proches lors des synthèses qui se déroulent à la fin de chaque module ». Cela permet de travailler avec les familles, ou les proches sur la compréhension du projet de vie de la personne, sur ses capacités actuelles et sur une sensibilisation à la lésion cérébrale acquise.

### 3) Un processus psychologique chez la personne cérébrolésée

La personne victime de lésion cérébrale acquise, est également touchée sur le plan psychique, et notamment en raison du deuil qu'elle doit faire des projets et capacités antérieurs à l'apparition de la blessure cérébrale acquise. C'est donc un processus psychologique long qui peut s'engager jusqu'à l'acceptation de la personne actuelle. CIP 1 pense que « pour beaucoup, ils ne feront jamais vraiment le deuil de leur travail précédent, mais ils acceptent l'état des choses ». Le Gall et al., dans leur étude exprime l'idée que « L'UEROS, a souvent contribué à mettre en lumière l'existence de ces séquelles, avec la nécessité de les accepter » (Le Gall et al., 2007).

CIP 1 fait état d'un temps conséquent pour faire le deuil de l'ancienne personne qu'ils étaient et de leurs anciennes activités, avant d'accepter la personne qu'ils sont devenus. « Beaucoup ont repris trop rapidement leur travail, et ont essuyé un échec. »

Dans notre cadre conceptuel, nous avons constaté que la lésion cérébrale acquise impacte les capacités de la personne, mais également le sentiment d'identité de la personne. Ainsi, les personnes cérébrolésées doivent accepter une nouvelle identité avec leurs capacités actuelles, et faire le deuil de leur identité antérieure qu'elles ne retrouveront plus, car les séquelles conservées ne sont plus compatibles avec cette identité.

Nous pouvons ajouter qu'il peut être difficile de devoir renoncer au monde du travail, car comme le disent Le Gall et al., le retour au travail est souvent vu comme « comme la concrétisation du retour à la norme psychosociale, l'achèvement de la reconstruction post-traumatique » (Le Gall et al., 2007).

CIP 1 expose, par ailleurs, le fait que l'organisation de son UEROS sous forme de 5 modules de 5 semaines avec un retour à domicile de plusieurs semaines entre chaque module, permet un cheminement psychologique pour la personne et aide à la construction du projet. « L'organisation en modules avec des interruptions est vraiment très intéressante pour le cheminement de la personne et pouvoir faire le deuil, accepter parfois de ne plus retravailler.

Je peux vraiment comparer avec mes précédentes expériences où il est compliqué pour tous de changer de projet – même sans handicap – et l’accompagnement intensif sur quelques mois ne permet pas l’acceptation pour ces personnes. » CIP 1 explique que ce temps intersession, permet à la personne de réaliser certaines tâches qui font partie de l’accompagnement comme aller interroger des professionnels sur des métiers, réaliser des activités du quotidien après les conseils de l’ergothérapeute telles que faire la cuisine et les courses. Ce temps permet de travailler sur la confiance en soi ou d’autres qualités nécessaires à la reprise professionnelle.

Enfin, cette interruption, peut cependant, fragiliser les « personnes qui ont un faible moral ou un entourage non-aidant » selon CIP 1, qui explique tout de même que la structure tente d’identifier ces personnes en amont pour leur permettre de suivre plusieurs modules avec le minimum d’interruption possible, correspondant à une semaine obligatoire prévue pour la rédaction des comptes-rendus.

## 2. Les acteurs de l’accompagnement en UEROS

### 1) Les missions des ergothérapeutes en UEROS

L’ergothérapeute 1 estime que ses missions à l’UEROS sont : « Evaluer les capacités des personnes et définir les objectifs et activités de réentraînement au travail. »

L’ergothérapeute 2 indique parmi ses missions, l’évaluation, la définition avec l’usager des objectifs, la proposition d’ateliers correspondant aux objectifs, la préconisation des aides-techniques et des aménagements. La réalisation de MSP, mais aussi des visites à domicile et les demandes de PCH selon les besoins. D’autre part, elle peut réaliser les tests d’aptitudes à la conduite avec le neuropsychologue et l’auto-école, le repérage avec le stagiaire UEROS des trajets pour aller en stage par exemple, ainsi que la référence de parcours en binôme avec un de ses collègues. Enfin, elle effectue aussi le lien avec les familles et les partenaires comme les SAMSAH par exemple.

En UEROS, les ergothérapeutes ont également un rôle de référence de parcours : qui consiste à coordonner les activités d’un usager et son projet, ou de référence de module selon l’organisation du service.

## 2) Les missions du conseiller en insertion professionnel

CIP 1 mentionne plusieurs missions en faveur de la réinsertion professionnelle des personnes cérébrolésées. Ces missions concernent notamment l'accompagnement dans les démarches autour de l'emploi, au sens large : elle donne par exemple le travail sur la confiance en soi. « C'est la question de trouver un emploi déjà, mais également d'y rester. » Pour CIP 2, « analyser les connaissances, compétences » entre dans ses missions. CIP 1 aide également les employeurs sur les aides financières potentielles pour l'emploi des personnes en situation de handicap, en lien avec l'assistante sociale du service. CIP 2 fait état de cette tâche, comme le fait « d'accompagner les entreprises dans le maintien en emploi, et le recrutement des personnes reconnues travailleurs handicapés » en lien, entre autres, avec l'Agefiph, le fiphfp, Cap Emploi.

CIP 2 ajoute « animer des réunions avec le PDITH (Programme Départemental d'Insertion pour Travailleurs Handicapés) ».

Nous retrouvons également chez les CIP, le rôle de référence de parcours : CIP 1 est référente du module « vie professionnelle ». Il s'agit de coordonner les ateliers de ce module, et de faire le lien avec les partenaires possibles de ce module.

L'accompagnement au projet fait également parti des tâches de travail d'un CIP. CIP 1 parle de « travailler sur le projet, à voir avec les compétences de la personne et valoriser ses compétences, ainsi qu'utiliser des outils de recherche d'emploi » et pour CIP 2 il s'agit d'« accompagner des personnes cérébrolésées dans leur projet professionnel/social ».

Les autres missions d'un CIP peuvent être consacrées à la recherche de stage avec l'utilisateur, les suivis de stage, la négociation de contrat de travail, et les aménagements de poste de travail.

## 3) Les outils d'évaluation

Tous les professionnels évoquent l'évaluation des compétences ou capacités de la personne parmi les principales missions de leurs accompagnements. « Les compétences sont des ensembles de connaissances, de capacités d'action et de comportements structurés en fonction d'un but et dans un type de situations données (Gilbert & Parlier, 1992, dans Aubret, 2013, p.8). A l'inverse, les capacités se définissent comme des savoir-faire décontextualisés (Meirieu, 2005).



L'évaluation constitue un point de départ important pour tous professionnels, afin de connaître l'état de la situation, les problématiques et pouvoir définir les objectifs. C'est également un moyen de dresser des bilans et faire des comparatifs à différents moments pour statuer sur une évolution, une efficacité ou au contraire pouvoir redéfinir de nouveaux objectifs.

« Évaluer c'est porter un jugement, une recommandation, une analyse, une compréhension, à un moment donné, sur une situation donnée, dans un contexte donné, à partir d'un référentiel donné » (Kalfat & Gonzalez, 2006).

Le CIP 2 utilise les outils standardisés comme la méthode TRICAM (bilan de compétences), méthode GARDNER (test des intelligences multiples) ; et des outils plus généraux via les sites internet : Kledou, Studyrama, Pôle emploi, et prochainement Parcouréo. CIP 1 dit se servir principalement des MSP pour évaluer les compétences de la personne, mais également de participer à l'évaluation via l'outil ERGOKIT en binôme avec l'ergothérapeute.

L'outil ERGOKIT, est un outil d'évaluation, d'origine néerlandaise, des capacités fonctionnelles, dans un but d'insertion/réinsertion scolaire ou professionnelle. Cet outil comprend une batterie de 55 tests standardisés permettant d'évaluer : les postures, les ports de charges, la force, le temps d'exécution, la dextérité, et l'équilibre. Au préalable, un entretien et une observation du poste de travail permettent de sélectionner les tests nécessaires, selon les situations, parmi ceux disponible dans l'ERGOKIT.

« Évaluer, en ergothérapie, permet aussi de mesurer l'écart qu'il peut y avoir entre les compétences requises d'un individu et ses compétences ressources » (Kalfat & Gonzalez, 2006).

Les outils d'évaluation de l'ergothérapeute 2, sont l'entretien, l'évaluation globale des membres supérieurs et inférieurs, le purdue pegboard test mais peu utilisé, des mises en situation diverses, ainsi que la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (outil issu du modèle MCREO) utilisée dans l'évaluation de la personne. Cette mesure permet d'évaluer la signifiante des activités, le rendement ainsi que la satisfaction de la personne dans la réalisation de ses activités.

L'ergothérapeute 1, cite parmi les outils d'évaluation qu'elle possède, des bilans standardisés (Jamar, box and block test, nine hole peg, ERGOKIT) ainsi que des bilans « maison » (Activités Vie Journalières, praxies, évaluation gâteau, évaluation entretien du domicile).

Bien que des bilans standardisés soient cités par les professionnels, ils ont tous souligné que le principal outil d'évaluation reste la MSP.

#### 4) Les moyens d'action

L'accompagnement de l'utilisateur par un CIP s'appuie sur des entretiens en individuel, la réalisation de mise en situation professionnelle mais également sur des ateliers. En UEROS, des ateliers de groupe sont proposés aux usagers, ils sont généralement animés en binôme, afin de combiner les visions de deux professionnels sur une même thématique. Par exemple, CIP 1 fait référence à un atelier « Savoir parler de son handicap », coanimé avec un neuropsychologue ou un ergothérapeute selon les plannings. CIP 2 présente comme exemple d'atelier qu'elle anime : « Techniques de Recherche d'Emploi », « Dispositif de formation », « Mesures/Aides pour l'emploi ». L'ergothérapeute 1 explique que l'accompagnement utilise les différents ateliers de réentraînement au travail, et des rendez-vous avec les membres de l'équipe pluriprofessionnelle, notamment le CIP.

CIP 1 mentionne des visites en entreprise, en binôme avec l'ergothérapeute, qui permettent, d'avoir deux regards : CIP 1 sera plus focalisée sur les exigences professionnelles des postes tandis que l'ergothérapeute considèrera les difficultés et envisagera les moyens de les compenser. Cela permet ensuite de pouvoir proposer le stage qui peut correspondre à une personne accompagnée.

D'autre part, pour CIP 1 « Le départ et le retour de l'UEROS [lors des périodes entre les modules] permettent aussi aux personnes de travailler les habiletés sociales : se refaire à un nouveau groupe, et recréer du lien ». CIP 2 indique que ses moyens essentiels de travail sont les MSP au sein du CRP, les stages et les ateliers de groupe.

L'ergothérapeute 2 dresse la liste des moyens d'actions de l'accompagnement : entretiens avec les référents de parcours, réunions de synthèse, rendez-vous avec les psychologues chargés de l'insertion professionnelle, MSP en ateliers manuels ou cognitifs, stages en entreprises, mises en situation en lien avec le quotidien (parfois préalable à l'emploi) ou avec l'emploi visé (ex : cuisine, présentations). Les stages en entreprise permettent à la personne d'estimer ses compétences sur le terrain, dans un environnement complet de travail, et contribuent à ce que la personne puisse faire part de ses intérêts, et de ses difficultés.

Globalement, les moyens d'actions de l'accompagnement, sont les entretiens, les ateliers de groupe ainsi que les mises en situation professionnelle.

## 5) Les mises en situation professionnelle

Les mises en situation professionnelle, très présentes dans le travail en UEROS, ont été abordées par chacune des personnes interrogées avant même la question sur cette thématique. Elles sont d'ailleurs réalisées fréquemment en binôme entre le CIP et l'ergothérapeute. CIP 1 explique se servir principalement des MSP pour évaluer les compétences de la personne. « Je me sers des MSP pour voir et que la personne voit aussi ce que l'on peut valoriser et garder de leurs compétences. Et celles qu'on ne doit plus mettre sur le CV. » De même pour CIP 2, les MSP, réalisées soit dans le CRP soit en entreprise, permettent « d'évaluer les compétences psychosociales, et professionnelles » afin de proposer par la suite des axes d'amélioration.

L'ergothérapeute 2 voit dans les MSP une manière d'« évaluer la personne au plus près de la réalité », en lien avec une analyse des « difficultés liées aux dimensions de la personne, à son environnement et à ses habitudes de vie ».

Les MSP se font avec le contexte dans lequel se trouve l'UEROS. Certaines sont situées au sein d'un CRP, cela concerne tous les professionnels interrogés pour notre recherche. Être dans un CRP permet de bénéficier des environnements de travail présents. Pour CIP 1, « Très utile d'être sur un site avec les plateaux techniques, pour observer beaucoup de choses, même si la personne ne se dirige pas vers ces activités, on peut observer d'autres compétences au travers de celles-ci ». Et cela lui permet de pouvoir proposer des mises en situation telles que : « Espace verts, horticulture, secrétariat, vente, maroquinerie, cordonnerie, mécanique parcs et jardin, création d'une boîte en bois ; ou pour quelqu'un qui veut travailler sur informatique, on improvise un atelier avec les secrétaires ».

Les différentes mises en situation permettent d'observer les capacités de la personne et de pouvoir repérer les difficultés. Parmi ces éléments, les professionnels vont pouvoir être attentifs à la gestion du temps, l'organisation, la planification, la compréhension des consignes, la dextérité, la rapidité d'exécution, la gestuelle, la posture, et les comportements. L'ergothérapeute 1 utilise les MSP pour « mieux cerner le profil professionnel de la personne sur la sphère cognitive », et d'« évaluer [la personne] sur un poste de travail », ce qui pour elle est intéressant lorsque la personne serait orientée vers un ESAT car « le temps d'attente est long pour un stage [en ESAT] ».

CIP 1 évoque, par ailleurs, l'impact psychologique que peut représenter les MSP. « Les temps de retour à domicile [permettent] que la personne digère les MSP, les retours qu'on leur fait (deuil des capacités). » En effet, certaines personnes cérébrolésées peuvent

avoir des difficultés à évaluer, ou prendre en compte leurs capacités actuelles, et n'en prendre conscience que lors des mises en situation, face aux difficultés.

## 6) L'interprofessionnalité

Les professionnels des deux catégories interrogées (CIP et Ergothérapeute), relèvent la complémentarité de leurs pratiques. CIP 2 dit « nous sommes obligatoirement complémentaires ». CIP 1 cite pour exemple des situations où avec l'ergothérapeute, elles ont « établi ensemble des listes de recommandations à l'employeur sur le poste de travail (pour un stage ou un retour à l'emploi) ».

Pour CIP 1, l'ergothérapeute apporte des informations sur les capacités fonctionnelles, les contre-indications médicales, les outils ou techniques de compensation du handicap : notamment sur les aspects cognitifs et enfin sur les aménagements du poste de travail : aspect ergonomique. Véronique Breban-Cailleau, ergothérapeute et ergonomiste, pense que « se pencher sur la méthodologie et les concepts utilisés en ergonomie [...] peut enrichir la pratique en ergothérapie » (Breban-Cailleau, 2015, p.126). Elle ajoute également, que « L'ergonomie tout comme l'ergothérapie placent au centre de son analyse l'activité ». Pour l'ergonomie, la visée est « d'améliorer les conditions de travail », tandis que pour l'ergothérapie il s'agit de proposer une adéquation « entre les capacités d'une personne et les exigences de performance dans ses activités courantes dont le travail fait partie » (Breban-Cailleau, 2015, p.139).

L'ergothérapeute apporte à CIP 2, l'expertise de la personne sur le plan physique, et cognitif, ainsi que les moyens à mettre en œuvre.

Pour l'ergothérapeute 1, le CIP « connaît la réalité des postes, de l'employabilité, des partenaires et employeurs ». En retour, elle transmet au CIP « le potentiel physique et les aménagements de poste [si nécessaire] ». L'ergothérapeute 2 est du même avis, le CIP lui apporte des « connaissances du monde du travail, des études et possibilités concrètes d'insertion dans les entreprises du secteur ». Et elle transmet systématiquement le bilan global fait en ergothérapie avec un diagnostic ergothérapeutique.

CIP 2 transmet à l'ergothérapeute de son UEROS, « la description du poste, les attentes du stagiaire, le récapitulatif de l'histoire de vie et les observations ».

L'ensemble des personnes interrogées nous disent avoir des échanges réguliers CIP/Ergothérapeute en aparté ou bien lors de réunions de synthèse. Pour l'ergothérapeute 1,

les échanges ont lieu « après des bilans avec l’outil ERGOKIT ou des mises en situations pour faire un point sur le projet ».

Par ailleurs, les CIP et les ergothérapeutes sont en lien avec d’autres professionnels extérieurs à la structure UEROS. Ce sont, par exemple, les médecins du travail, l’agefiph/fiphfp, Cap Emploi ou encore les partenaires qui prennent le relais après l’intervention de l’UEROS tels qu’un SAMSAH. Sur ce point l’ergothérapeute 1, ajoute en fin d’entretien, « Vous vous êtes centrée sur le duo CIP/Ergo, mais l’UEROS est un travail très riche en professionnel, et il est nécessaire que chacun s’exprime sur les potentiels de la personne (psychologue, neuropsychologue, éducateur spécialisé...) ». CIP 1 nous dit, qu’elle s’inscrit dans une équipe pluridisciplinaire avec laquelle elle est en lien permanent. Cette équipe se compose de : médecin, neuropsychologue, infirmier, psychologue, éducateur spécialisé, assistante sociale, ergothérapeute, CIP, une secrétaire assistante et une coordinatrice d’équipe qui est neuropsychologue également. Pour des ateliers, il y a un intervenant théâtre, une socio esthéticienne, et un moniteur APA. Pour CIP 2 les moyens d’accompagnement sont mis en œuvre via « un travail tripartite » dont l’usager est au centre, entre l’équipe pluriprofessionnelle de l’UEROS, l’employeur et la médecine du travail.

Dans l’interprofessionnalité, entre le CIP et l’ergothérapeute, les difficultés évoquées, uniquement par les ergothérapeutes 1 et 2 sont surtout organisationnelles et liées à un manque de temps.

### 3. La participation de la personne cérébrolésée

#### 1) La possibilité de choix de la personne cérébrolésée

La possibilité de choisir les activités est une notion importante dans l’engagement occupationnel et donc dans le concept de participation. Rappelons que « l’engagement est volontaire parce que l’ergothérapeute n’offre que des opportunités d’agir » (Meyer, 2013, p. 153). Cette volonté d’agir, s’exprime par des choix. Cela peut être, le choix du thème des occupations, le choix du moment où l’action est réalisée, ou encore le choix de la manière de faire. De plus, Meyer souligne également que l’« une des constituantes de la participation repose sur le partage du pouvoir », le pouvoir de décider et de choisir (Meyer, 2013, p. 219).

CIP 1 dit prendre « toujours une ou deux séances pour définir avec [les usagers] le support de la MSP et voir avec ce qu’on a sur site. Donc on essaie que la personne soit acteur de la

décision ». La CIP 2 déclare que « le stagiaire est toujours acteur de son projet », même mot d'ordre pour les MSP qui sont choisies « en accord avec la personne selon les attentes ».

La possibilité de choisir renvoie également à la notion de droits occupationnels, défini par Hammell (2008), une ergothérapeute canadienne, « comme les droits des personnes de s'engager dans des occupations significatives qui contribuent positivement à leur bien-être personnel et à celui de leur communauté » (Jasmin, 2019, p. 147). La WFOT se positionne en 2006, en exposant 4 grands droits occupationnels (Jasmin, 2019) :

- 1) Droit de participer à diverses activités, permettant de s'épanouir, développer son potentiel, et être satisfait en respectant sa culture et ses croyances.
- 2) Liberté de choisir des activités respectant les droits de l'Homme, sans subir de pression, et d'influence qui pourraient menacer leur sécurité, vie ou santé, lors de la participation à des activités.
- 3) Droit à l'activité qui comprend des dimensions civique, éducative, productive, sociale, spirituelle, ou thérapeutique.
- 4) Un accès équitable à la participation sans restriction due à une quelconque différence, au niveau de la société.

Parmi ces droits occupationnels, nous retrouvons la notion de la liberté d'effectuer le choix de l'occupation, mais également d'avoir la possibilité de participer et donc une offre entre les activités.

L'ergothérapeute 2 parle d'objectifs négociés avec la personne, bien qu'elle puisse questionner les motifs de refus d'activités par l'utilisateur. Par objectifs négociés, il est entendu que le professionnel explique les objectifs qui lui paraissent judicieux en lien avec le bilan de la personne qu'il a établi, puis échange avec la personne pour comprendre ses propres objectifs et ses possibles refus. Ensuite, ils se mettent d'accord sur les objectifs définitifs. Ainsi, la personne peut adopter un objectif défini par le professionnel après l'avoir compris ou l'ergothérapeute par exemple, peut renoncer à un objectif parce que ce n'est pas dans les souhaits de la personne.

L'ergothérapeute 1, tient à souligner que l'utilisateur est « libre d'adhérer ou de refuser à nos propositions ». Il y a des ateliers qui apparaissent obligatoires dans le planning des bénéficiaires de l'UEROS, car ils sont jugés comme important par les professionnels mais ils peuvent devenir facultatifs si, après les discussions avec la personne, cela ne présente pas

d'intérêt, selon les parcours. Ergothérapeute 1, prend pour exemple l'atelier « Groupe de parole », qui peut être supprimé du planning d'un usager s'il poursuit déjà un accompagnement avec un groupe de parole à l'extérieur de la structure, et qu'il n'exprime pas l'envie de doubler cet accompagnement. De plus, pour elle, le choix des MSP « dépend du métier envisagé, mais on essaie d'être au plus proche de la réalité du terrain dans la limite de nos moyens ».

Cependant, il se peut que certaines activités soient imposées, par le règlement de la structure, dans les objectifs du contrat d'accompagnement de l'usager, remis à son arrivée ou encore dans le planning fourni chaque semaine au bénéficiaire. CIP 1 mentionne que cela peut arriver si la personne « ne formule absolument aucune envie », mais le plus souvent elle essaie d'encadrer les possibilités de choix à 2 ou 3 activités et que la personne effectue tout de même un choix. Pour l'ergothérapeute 2, certaines activités imposées concernent « les internes qui sont obligés de participer / réaliser des activités liées à l'entretien de leur chambre et des espaces collectifs de l'hébergement ».

Sylvie Meyer (2013), dit que « la culture offre toujours une multitude de choix, autant dans les actions à mener que sur la manière de les mener » (Meyer, 2013, p.84). Ainsi, même si l'activité est imposée, sa manière de la faire résulte de choix de la part de l'individu, même inconscient. Par exemple, si l'activité est « Faire un porte clef en cuir », il peut y avoir des choix de l'individu sur la forme, et sur la manière d'utiliser les outils, la façon de procéder comme se mettre debout, ou assis.

## 2) La signification de l'activité de travail

S'il est apparu que le sens du travail est important pour la réinsertion professionnelle d'une personne, c'est également parce que, comme le disent Le Gall et al., souvent « chez les adultes jeunes, [l'activité professionnelle] est l'un des facteurs principaux de la réinsertion, en procurant indépendance financière, estime de soi, intégration sociale, amélioration de l'état fonctionnel et de la qualité de la vie des traumatisés crâniens ».

La question du sens du travail est systématiquement abordée par les CIP, mais elle concerne également la zone de travail du psychologue et selon les situations de l'assistante sociale (en lien avec les besoins économiques remplis par le travail).

La question du sens du travail, et le parcours professionnel antérieur ne sont pas questionnés par l'ergothérapeute 1 qui laisse ce travail au psychologue de la structure principalement. « Je demande uniquement le dernier emploi de la personne », nous dit-elle. Cependant, elle exprime l'importance du recueillement de ces éléments car « le choix de projet de la personne sera plus adapté, afin de viser un poste pérenne (santé, employabilité...) ».

Le sens du travail n'est pas questionné par l'ergothérapeute 2 systématiquement. Cela se fait en fonction des personnes et le parcours professionnel est interrogé par ses collègues psychologues chargés de l'insertion professionnelle ainsi que par le neuropsychologue. Mais elle indique que ces éléments sont nécessaires pour « pouvoir éventuellement proposer des adaptations ou actions : aides techniques, temps partiel, milieu adapté (E.A, ESAT), sensibilisation du milieu professionnel ».

Pour connaître les activités qui suscitent un intérêt pour la personne, l'ergothérapeute 1 s'intéresse surtout aux loisirs de la personne, estimant que c'est par les loisirs que l'on perçoit ce qui plaît vraiment à la personne, ce qu'il l'intéresse. Pour les tâches de travail qui font sens pour la personne, l'ergothérapeute 1 évoque l'atelier d'autres collègues : « émergence de projet ». CIP 2 explique que les visites en entreprises servent sur ce point, « les stagiaires peuvent voir et apprécier certaines tâches ». L'ergothérapeute 2 interroge la personne sur ses activités significatives et « utilise parfois en complément une liste d'intérêts qui énumère un certain nombre d'activités ».

La signification des activités dans la vie d'une personne est une question centrale en ergothérapie, cela permet de comprendre l'importance accordée par la personne, à telle ou telle activité, mais également de comprendre les enjeux sous-jacents : la perte d'un rôle pour la personne, par exemple. Lorsque l'individu ne peut plus réaliser ses activités, lorsqu'il y a une rupture des routines, cela « va montrer à l'individu qu'elles [les routines] donnaient une direction à sa vie en favorisant l'accomplissement de rôles (p. ex. ouvrière, père) et que cette direction est désormais altérée ou compromise » (Meyer, 2013, p. 102).

Concernant le lien cérébrolésion et travail, l'ergothérapeute 1 ajoute « Lors de mes ateliers, je fais des parallèles avec les séquelles, en fonction de leurs projets ». Sur ce même lien, CIP 2 explique se montrer rassurante avec les employeurs, en expliquant par exemple, « Mr X a des troubles de la mémoire mais il note afin de rien oublier ou Mme D avec une check-list est opérationnelle sur telle activité ». Ceci permet aussi à l'entreprise de comprendre et d'accepter plus facilement les éventuelles adaptations de poste de travail.



La problématique économique n'est évoquée que par CIP 1, qui dit avoir « été surprise par le parcours d'indemnisation des personnes ». En effet, les blessures cérébrales acquises peuvent être la suite d'un accident, survenu dans la vie privée ou professionnelle. La reconnaissance du statut de victime lorsque c'est le cas, mais également la question de la responsabilité ou non de l'accident, impactent l'état psychologique de la personne et peuvent donc influencer le projet de retour à l'emploi. La volonté de retravailler est aussi influencée par l'indemnisation, selon que la personne perçoit une somme en lien avec un accident ou, au contraire, qu'elle a des dettes, parfois à cause de sa responsabilité dans l'accident.

En plus, du retentissement économique sur l'utilisateur, nous pouvons aussi dire que l'impact économique est important pour les employeurs, mais également pour les organismes d'indemnisation (Assurance maladie, ou assurance notamment). En effet, l'indemnisation journalière, les différentes rentes liées à une pension d'invalidité, ou une maladie professionnelle représentent des sommes élevées. Il en va de même pour une entreprise face au remplacement de la personne, à la formation d'un nouvel employé, au maintien de salaire, à la possible perte économique liée à la diminution de la productivité, au temps du remplacement et à sa qualité.

Le parcours professionnel est toujours retracé par les CIP et aide à comprendre également les valeurs de la personne ainsi que le sens qu'elle attribuait au travail. CIP 1 expose ensuite les objectifs de son accompagnement ainsi : « On essaie de valoriser les compétences actuelles, notamment via des stages. On essaie aussi par les MSP ou des stages à les amener vers d'autres centres d'intérêt ou d'autres souhaits ».

#### *4. Les termes spécifiques autour du retour à l'emploi*

##### 1) La définition de la réinsertion professionnelle

Le terme de « réinsertion professionnelle » bien que couramment employé, d'autant plus en UEROS n'est pas défini de la même manière par tous les participants de notre recherche. CIP 1 explique que la réinsertion marque « le fait que la personne a eu une rupture de parcours, une interruption longue de travail ».

L'ergothérapeute 1 estime que la réinsertion professionnelle vise à « permettre à la personne de retrouver un statut de travailleur », et donc une certaine place dans la société.

Le CIP 2 définit la réinsertion professionnelle comme « la remise en contact avec le milieu de travail ou la réadaptation au marché du travail, mais elle est liée à la réinsertion sociale et dans notre société la seconde dépend souvent de la première ». Enfin, le terme signifie, pour l'ergothérapeute 2, « retrouver une activité dans le monde du travail, adaptée à sa nouvelle situation ».

Nous pouvons le voir, chaque professionnel ne définit pas le terme « réinsertion professionnelle » de la même manière, ce terme est celui généralement employé pour définir le champ d'exercice des UEROS. Nous pouvons supposer que, selon sa définition, chacun accordera donc une importance différente à certains éléments, plus axée sur le réentraînement, ou sur la récupération d'une place dans la société, par exemple.

## 2) La désinsertion professionnelle

Si quelques professionnels ont déjà entendu le terme de « désinsertion professionnelle » (excepté Ergothérapeute 1), la définition ne fait pas consensus. CIP 1 évoque un exemple de situation qui selon elle pourrait faire référence à cette notion. « Je ne sais pas vraiment si ça correspond mais par exemple sur une situation d'une personne que l'on accueille. Il est employé et en arrêt maladie, mais il va être licencié car impossibilité de reclassement. Je travaille donc en lien avec l'assistante sociale de la CARSAT et le médecin du travail pour formaliser son licenciement. Mais nous avons également élaboré ensemble le projet ensuite puisque Monsieur va suivre une formation au CRP sur un poste de mécanique parcs et jardin. » Cette situation semble se rapprocher de la prévention de la désinsertion professionnelle, puisque la personne va perdre son travail actuel mais elle va pouvoir s'orienter sans interruption vers une formation et un possible futur emploi. La désinsertion professionnelle, nous le rappelons, est le phénomène qui se produit lorsque la personne se retrouve sans travail, et, potentiellement, sans revenus associés ou à minima une diminution de ses revenus.

L'ergothérapeute 1, qui n'a pas entendu ce terme auparavant, tente de le définir comme étant un « genre placardisation » au sein de son travail, c'est-à-dire que la personne n'est plus intégrée à l'équipe, ni considéré sur son lieu de travail et peut se voir donner des missions de faible importance. Cette ébauche de définition, pourrait correspondre au concept d'« aliénation occupationnelle », développé dans notre cadre conceptuel (I.6). Elle avance une seconde hypothèse de définition qui désignerait les situations lorsqu'il n'y a « pas

d'employabilité pour un poste donné » : correspondant au manque de débouchés dans des filières ou au manque d'adaptations de poste de travail.

Le CIP 2 pense que la désinsertion professionnelle « touche 80% de notre public ». Pour elle, cette notion est émergente et étendue en 2021, liée à l'ensemble des facteurs susceptibles de provoquer, à court, moyen ou long terme, une perte d'emploi, ou des difficultés d'accéder à l'emploi. Elle évoque des répercussions importantes pour les entreprises mais aussi pour le stagiaire UEROS. Un parallèle est alors fait avec ses missions pour CIP 2, « En tant que chargée de projet lors des ateliers que j'anime, j'essaie de mettre en avant que tout est possible s'il y a des aménagements ». Mais CIP 2 met en lumière l'aide de l'ergothérapeute pour étudier et proposer des moyens de compensation.

Bien que le terme ait déjà été entendue par l'ergothérapeute 2 mais non employé sur son lieu de travail, elle ne sait pas le définir précisément et dit que, pour elle, cela représente « le risque de s'éloigner totalement de l'emploi ».

Nous nous sommes intéressés à la connaissance du terme de « désinsertion professionnelle » pour les personnes interrogées, car il a fait partie de notre questionnaire de départ, qu'il est un axe important développé ces dernières années notamment par l'assurance maladie, et enfin, qu'il est fréquent que les personnes accueillies en UEROS soient en situation de désinsertion professionnelle. Nous voyons, à travers ces propos recueillis, que la désinsertion professionnelle reste vague et méconnue des acteurs sur le terrain.

### 3) Les freins à la réinsertion professionnelle

Des freins à la réinsertion professionnelle ont été évoqués lors des entretiens. Tout d'abord, le temps peut être un frein à la réinsertion professionnelle, parce que la personne souhaite aller vite vers l'emploi, or le chemin est souvent long.

D'autre part, des facteurs internes peuvent empêcher le retour à l'emploi. Pour l'ergothérapeute 2, les séquelles de la cérébrolésion expliquent les principaux freins à la réinsertion professionnelle et le manque d'acceptation par les employeurs des adaptations. Ces séquelles sont la fatigabilité, les difficultés liées à la surcharge cognitive et à la prise d'initiative et les troubles du comportement. L'ergothérapeute 1 met également en avant les troubles cognitifs qui accentuent les difficultés à faire des choix.

Le soutien de l'entourage apparaît comme un facteur déterminant dans la réinsertion professionnelle. CIP 1 va même jusqu'à dire que « les plus belles réussites de parcours sont

lorsqu'il y a le soutien familial ». Dès lors, lorsque ce soutien est absent, il est plus difficile pour la personne d'intégrer le milieu professionnel.

La question du deuil, est évidemment citée comme limite à la réinsertion professionnelle. Ce travail compliqué du deuil, peut entraîner des difficultés à se diriger vers une autre activité telle que le bénévolat ou une activité de loisir, notamment en raison d'une perte du sens économique et symbolique.

En effet pour CIP 1, « Certaines personnes n'accepteront jamais leurs capacités actuelles et donc ne trouve pas de projet qui correspondent à leur état de santé ». Une étude de Legall et al., en 2007 montrent que « bien que reconnaissant l'intérêt du programme (86 % se déclarent satisfaits des soins reçus), beaucoup de sujets, y compris parmi ceux qui ont retrouvé une activité, ont été déçus par leur devenir professionnel ». L'ergothérapeute 1 expose comme frein à la réinsertion professionnelle, « la difficulté à accepter le changement de poste en lien avec la situation de handicap ». De même, CIP 2 évoque comme principale difficulté « le décalage entre ce que la personne souhaite ou se pense capable de faire et la réalité du terrain avec ses exigences, ses problématiques d'organisation et de rythme ».

CIP 1 évoque une difficulté qui n'a pas été mentionnée par d'autres participants, à savoir les ESAT ne proposent pas de temps partiel alors que le profil des personnes susceptibles d'intégrer un ESAT sont des personnes ne pouvant pas travailler sur un temps complet.

Rappelons que les ESAT sont des établissements ou services d'aide par le travail, qui accueillent des personnes dont les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée (ex. atelier protégé), ni en tant qu'indépendant. Les ESAT offrent un soutien médico-social et éducatif aux travailleurs.

Enfin, la période sanitaire (Covid-19) limite fortement les possibilités de stage en entreprise, selon l'ergothérapeute 1.

## VIII- Discussion

### *1. Retour sur les hypothèses*

Nous allons à présent pouvoir revenir sur nos hypothèses de recherche préalablement formulées, au regard des résultats que nous venons de présenter.

Notre première hypothèse de recherche consistait à dire que l'évaluation interprofessionnelle des compétences et de la participation dans la sphère professionnelle permet de faciliter la réinsertion professionnelle des personnes cérébrolésées. Nos entretiens ont montré que l'ensemble des professionnels interrogés procèdent à une évaluation de la personne. Cette évaluation s'attache aux capacités de la personne ainsi qu'aux compétences professionnelles lors des mises en situation professionnelle. Nous rappelons que le sens donné à une occupation, effectuer un choix ainsi que l'implication de la personne sont les indicateurs principaux de la participation. Ainsi, lors des bilans, le sens attribué à l'activité travail par l'utilisateur est questionné, mais pas systématiquement. Il prend une part plus importante dans l'évaluation du CIP, mais c'est aussi d'autres professionnels, comme les psychologues, qui s'intéressent de près à cet aspect. C'est pour cela que le diagnostic partagé semble nécessaire, afin de mettre en commun les éléments de chaque professionnel pour avoir une vision globale de la personne, particulièrement au regard du concept de participation. De plus, la signification des activités pour l'individu est abordée par les professionnels, en questionnant les intérêts, ou les loisirs par exemple, mais aussi au travers des MSP. La possibilité de choix par l'utilisateur semble être primordiale. Lors de l'accompagnement en UEROS, tous les professionnels nous ont dit que la personne était actrice de son suivi, et avait donc nécessairement le choix. En la mettant cœur de chaque décision d'activité, et de MSP, les professionnels s'assurent que la personne s'implique dans son accompagnement.

Cependant, lorsque l'on questionne les freins à la réinsertion professionnelle, les compétences sont citées mais ce sont principalement d'autres facteurs qui sont mis en avant, tels que des aspects psychologiques avec le manque de soutien de l'entourage, la difficulté d'acceptation des capacités actuelles de la personne, ou encore des facteurs environnementaux comme le manque de temps partiels en ESAT.

D'après tous ces éléments nous pouvons effectivement dire que l'évaluation interprofessionnelle des compétences et de la participation est importante pour l'accompagnement en faveur de la réinsertion professionnelle, mais cela ne semble pas suffisant pour dire que cette évaluation facilite la réinsertion professionnelle.

Notre seconde hypothèse de recherche impliquait que la réalisation d'activités en interprofessionnalité permettant la projection professionnelle favorise la participation des personnes ayant une lésion cérébrale acquise. Lors des entretiens, tous les professionnels ont fait état d'activités proposées et animées par plusieurs professionnels. Il s'agissait notamment des ateliers de groupe, mais également des MSP où le binôme principal est formé par le CIP et l'ergothérapeute. Les MSP permettent aux personnes cérébrolésées de se projeter en situation de travail, ainsi elles peuvent réaliser quelles sont leurs capacités actuelles et concevoir un futur projet professionnel. Les MSP, les stages dont le suivi est réalisé par le CIP et l'ergothérapeute, ainsi que les analyses des postes de travail en entreprise permettent à la personne d'exprimer des choix d'activités, ses intérêts, ses capacités et ses difficultés. Ces différentes activités peuvent aider la personne à mettre en place des adaptations, mais également à pouvoir accepter de modifier leur projet de vie par exemple pour une activité non professionnelle telle que le bénévolat ou à se tourner vers des activités de loisirs pour retrouver un équilibre occupationnel, des routines sans occupations professionnelles pour les personnes qui ne peuvent retravailler, ou qui ne le souhaitent plus.

De par les réponses des personnes interrogées, nous pouvons donc valider notre seconde hypothèse au regard de l'échantillon de cette étude.

## *2. Perspectives*

Il serait intéressant d'envisager des actions concrètes sur les freins à la réinsertion professionnelle cités par les personnes interrogées. L'ergothérapeute pourrait avoir un rôle dans la valorisation de nouvelles activités, autre que le travail, comme occupation quotidienne contribuant à un équilibre occupationnel et favorisant la participation des personnes cérébrolésées. De plus, il serait pertinent de connaître le rôle que peuvent avoir les ergothérapeutes avant que la personne cérébrolésée n'intègre une UEROS, où l'attente est souvent longue, et les accompagnements mis en place auprès de ce public dans des dispositifs tels que les SAMSAH.

D'autre part, l'ergothérapeute aurait sa place, dans le maintien en emploi, tant dans la prévention que dans l'adaptation. « Par sa place au cœur de l'analyse de l'occupation humaine, l'ergothérapeute se situe en position privilégiée sur ce cheminement réflexif du maintien en emploi » (Guilloteau-Suire et Brochet, 2015, p.529). Mais également, pour sensibiliser les entreprises sur les possibles adaptations au poste de travail, leurs intérêts et en binôme avec les CIP informer sur les possibilités de financement. Comme l'exprime

Hernandez, « l'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (Hernandez, 2010).

Enfin, les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans le monde du travail, et dans les conditions de travail. Comme le pense Albanese (2016), il manque un maillon à la chaîne, et l'ergothérapeute apparaît bien placé pour pallier ce manque, car l'acteur à ajouter, devrait être :

« un acteur de terrain, ayant une connaissance du corps humain, de l'impact de l'environnement sur celui-ci, des modes d'apparition des limitations d'activité ou de restriction de participation sociale, des moyens de compensation existants, mais aussi du secteur de l'entreprise, de la législation du travail et des réseaux » (Albanese, 2016, p.38).

Cette place pour les ergothérapeutes au sein des entreprises est en train d'être reconnue en France, puisque l'Amendement n°327, déposé le vendredi 12 février 2021 et adopté en première lecture par l'Assemblée Nationale, vise à intégrer les ergothérapeutes dans les équipes pluridisciplinaires de santé au travail.

« La prévention en entreprise, les aménagements de postes de travail, les accompagnements de travailleurs en situation de handicap, autrefois effectués principalement par les médecins du travail, les ergonomes ou les infirmières de santé au travail, sollicitent de plus en plus les ergothérapeutes et de riches collaborations se développent ces dernières années » (ALBANESE, p. 347 dans Trouvé, 2016).

### 3. Plus-value professionnelle

Ce mémoire d'initiation à la recherche encourage l'ergothérapie à poursuivre son rôle dans la réinsertion professionnelle, et même, à accentuer sa place dans la sphère des occupations professionnelles, en agissant notamment sur le maintien en emploi et la prévention.

Cette recherche concourt à la professionnalisation, en octroyant les bases de la critique scientifique et de la veille professionnelle nécessaires à la pratique en ergothérapie, afin de se tenir informer et de développer des nouvelles pratiques professionnelles.

#### 4. Limites de l'étude

Cette recherche possède des limites, qu'il convient d'énumérer.

Tout d'abord, la taille de l'échantillon est peu représentative de l'ensemble des pratiques professionnelles, et nous ne pouvons généraliser les résultats obtenus. Le nombre d'enquêtés s'explique notamment par des refus en raison d'un manque de temps des professionnels, mais également, par le critère d'inclusion de la population d'études, à savoir le fait de travailler en UEROS. En effet, la Fédération des Associations Groupements et Établissements de Réadaptation pour les personnes en situation de Handicap (FAGERH), recense 35 établissements de type UEROS en France, ne comportant pas tous des ergothérapeutes et des conseillers d'insertion professionnelle. Cela réduit donc les personnes susceptibles de répondre à nos entretiens.

Certains professionnels contactés ont expliqué manquer de temps pour répondre à un entretien, certains nous ont précisé que la période sanitaire engendrait des contraintes organisationnelles qui les surchargeaient.

Par ailleurs, il nous faut noter que les enquêtés exercent tous au sein d'une UEROS portée par un CRP, nos résultats s'appliquent donc à ce type de structure uniquement. De fait, le fonctionnement, et surtout les ressources matérielles, notamment concernant les mises en situations, pourraient être différentes pour les structures portées par un établissement de soins, par exemple.



## Conclusion

L'ergothérapie dans la sphère des occupations professionnelles est un champ d'exercice où l'on retrouve peu de postes d'ergothérapeute. La littérature suit cette même courbe. Pourtant, il apparaît que le travail a constitué le premier champ d'intervention de l'ergothérapie Outre-Manche, mais également en France.

Notre recherche avait pour but de comprendre comment l'ergothérapeute – dans une relation interprofessionnelle avec les professionnels accompagnant les personnes cérébrolésées – pouvait favoriser et alimenter la participation dans les activités de la sphère professionnelle.

Nos quatre entretiens ont montré que l'ergothérapeute pouvait être complémentaire au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, par exemple avec des CIP. De plus, notre recherche a mis en lumière la nécessité d'une évaluation interprofessionnelle de la personne cérébrolésée dans l'accompagnement à la réinsertion professionnelle, concourant au diagnostic partagé, mais pas suffisante à elle seule pour la faciliter. En effet, d'autres facteurs entrent en jeu dans le retour à l'emploi, comme l'entourage de la personne cérébrolésée, son état psychologique et l'environnement professionnel.

Notre étude a par ailleurs, démontré que les mises en situation professionnelle, sous le regard interprofessionnel, favorisent la participation de la personne cérébrolésée.

L'ergothérapeute a une place au sein des UEROS pour accompagner la personne cérébrolésée vers la réinsertion professionnelle mais il agit également en faveur de la réinsertion sociale.

La profession doit également prendre son essor dans le monde plus large du travail, sur des projets de prévention au travail et de maintien en emploi. Le travail représente une des occupations principales dans la vie d'un adulte et l'ergothérapeute, maître de la science de l'occupation, se doit d'agir dans cette sphère. Son expertise des situations de handicap, au cœur des activités, serait complémentaire au travail des acteurs qui gravitent dans ce domaine.

## Références bibliographiques

*L'ensemble des références bibliographiques a été réalisé selon les normes APA 7<sup>ème</sup> édition, en s'appuyant sur : Citer selon les normes de l'APA.* (s. d.). Bibliothèques - Université de Montréal. Consulté 7 mai 2021, à l'adresse <https://bib.umontreal.ca/citer/styles-bibliographiques/apa?tab=3280>

Aballea, P & du Mesnil du Buisson, M-A. (2017). La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, TOME I et II. Inspection générale des affaires sociales. [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-025R\\_Tome\\_I.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-025R_Tome_I.pdf).  
[https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-025R\\_Tome\\_II.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-025R_Tome_II.pdf)

*AFTC Gironde - Site officiel.* (s. d.). <https://aftc-gironde.org/site/traumatisme-cranien-et-cerebrolesion-acquise/de-la-reeducation-a-la-reinsertion/la-reinsertion/>

Aktouf, Omar. (2006). Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique. <https://doi.org/10.1522/cla.ako.met>

Albanese, J-B. (2016). Environnement de travail et santé. Dans E. Trouvé (dir.). Agir sur l'environnement pour permettre les activités. De Boeck Supérieur.

ANFE. (2014, décembre). Rapport final de l'accompagnement par le CATEL de l'ANFE. *Enquête nationale sur la démographie et les activités des ergothérapeutes en France.* [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/03/ANFE-CATEL-Enquete\\_nationale\\_ergos-Rapport\\_final-VF-230415.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/03/ANFE-CATEL-Enquete_nationale_ergos-Rapport_final-VF-230415.pdf)

AOTA. (2009). Tips for worktransitions –Newlyunemployed. American Occupational Therapy Association Tip Sheet. Bethesda, États-Unis d'Amérique : The American OccupationalTherapyAssociation.<https://people.bu.edu/kjacobs/Unemployed%20Tip%20Sheet-1.pdf>

Arveiller, J. (2014). Travail thérapeutique et insertion dans l'emploi. Quels liens ?. *Pratiques en santé mentale*, 60e année(3), 7-12. <https://doi.org/10.3917/psm.143.0007>

Aubret, J. (2013). L'évaluation des compétences.  
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/ualberta/detail.action?docID=5693232>

Bandura, A., Lecomte, J., Carré, P., & De Boeck Supérieur (1986-2015). (2019). Auto-efficacité : Comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie (pp133-184). De Boeck supérieur.

Barbot, J. (2012). 6 – Mener un entretien de face à face. Dans : Serge Paugam éd., L'enquête sociologique (pp. 115-141). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.  
<https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0115>

Beaud S. et Weber F., *Guide l'enquête de terrain*, La découverte, coll. Repères, Paris, 1998.

Bellagamba, D., & Sohier, A. (2018). *Developing a descriptive framework for “occupational engagement”*. Un article paru en 2017, rédigé par Karen Morris et Diane L. Cox [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V4N2.109>

Bonnet, J. (2005). Interprofessionnalité et complexité : Une tentative de compréhension et d'articulation des cultures et des pratiques professionnelles liées à la santé. Dans : Martine Aubert éd., *Interprofessionnalité en gérontologie* (pp. 29-56). Toulouse, France:Érès.  
<https://doi.org/10.3917/eres.outat.2005.01.0029>

Bréban-Cailleau, V. (2017). Le concept d'ergonomie. Dans E. Trouvé. (dir.). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De Boeck Supérieur.

CAOT, ACE. (2015). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie et la santé au travail*.  
<http://www.caot.ca/document/4204/L>

Caire, J.-M. (2018). *Engagement, occupation et santé*. ANFE.

Centre de Réadaptation de Mulhouse. (s.d). ERGOKIT®. handipacte-grandest.  
<https://www.handipacte-grandest.fr/images/acteurslocaux/crmergokit.pdf>

CogniFit. (s. d.). Lésion Cérébrale. Consulté 8 janvier 2021, à l'adresse <https://www.cognifit.com/fr/lesion-cerebrale>

Coma. (s. d.). Inserm - La science pour la santé. Consulté 7 mai 2021, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/coma>

Combessie, J. (2007). II. L'entretien semi-directif. Dans : Jean-Claude Combessie éd., *La méthode en sociologie* (pp. 24-32). Paris: La Découverte.

CRLC, *Les séquelles possibles – Centre Ressources Lésion Cérébrale*. (s. d.). Consulté 30 avril 2021, à l'adresse <http://www.crlc.be/la-lesion-cerebrale-acquise/les-sequelles-cognitives/>

Debordeaux, D. (1994). Désaffiliation, disqualification, désinsertion. *Recherches et Prévisions*, 38 (1), 93-100. <https://doi.org/10.3406/caf.1994.1668>

Der FMH-Zentralvorstand. (2018). L'interprofessionnalité. *Bulletin des médecins suisses*, 99(44), 1522-1523. <https://doi.org/10.4414/bms.2018.17278>

Dubar, C. (2015). Chapitre 4 - La socialisation comme construction sociale de la réalité. Dans : C. Dubar, *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles* (pp. 79-102). Paris : Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.duba.2015.01.0079>

Dumez, H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Le Libellio d'AEGIS*, 7(4-Hiver), 47-58.

Durkheim, E. (1894). Les règles de la méthode sociologique. *Revue Philosophique De La France Et De L'Étranger*, 37, 465-498. <http://www.jstor.org/stable/41075966>

Ergo-Kit. (s. d.). *ergotherapie-partages.com*. <http://www.ergotherapie-partages.com/evaluation/ergo-kit/>

Friedland, J. (2001). Puiser dans la sagesse du passé : Réflexion sur le retour au travail et les relations interpersonnelles. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(5), 266-271. <https://doi.org/10.1177/000841740106800502>

Galand, B. (2011). Chapitre 17. Avoir confiance en soi. Dans : Étienne Bourgeois éd., *Apprendre et faire apprendre* (pp. 255-268). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.brgeo.2011.01.0255>

Gauthier, B. (2006). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*. Presses de l'Université du Québec.

Goffman, E., & Kihm, A. (1963). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*.

Guilloteau-Suire, N. et Brochet, N. (2016). Aménager l'environnement de travail : exemple d'une démarche d'accompagnement en ergothérapie. Dans E. Trouvé (dir.). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De Boeck Supérieur.

Hatano-Chalvidan, M. (2016). Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? *Forum*, 2(2), 8-16. <https://doi.org/10.3917/forum.148.0008>

Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.003>

Hervy, B. (2005). L'interprofessionnalité : vers une vision globale ou une pratique englobante ? Dans : Martine Aubert éd., *Interprofessionnalité en gérontologie* (pp. 67-79). Toulouse, France:Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.outat.2005.01.0067>

Heutte, J. (2019). Chapitre 3. Le flow : la psychologie de l'expérience optimale. Dans J. Heutte, *Les fondements de l'éducation positive* (pp. 153-233). Paris : Dunod.

Izard, M.-H., & Nespoulous, R. (Éds.). (1998). *Expériences en ergothérapie : Onzième série*. Sauramps médical. 72-92.

Janvier, B. (2017). Conduite et situation de handicap. 17. <https://centarpents.fr/wp-content/uploads/2019/01/Conf%C3%A9rence%20sur%20le%20DCA.pdf>

Jasmin, E. (Éd.). (2019). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. Presses de l'Université du Québec.

Jodelet, D. (2003). 1. Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans : Denise Jodelet éd., *Les représentations sociales* (pp. 45-78). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045>

Kalfat, H., & Gonzalez, L. (2006). L'évaluation en ergothérapie : Quelles possibilités et quelles règles ? *ErgOTHérapies*, *ErgOTHérapies*, 15-19.

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome IV (4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

L'accord OETH. (s. d.). <https://www.oeth.org/a-propos-d-oeth/l-accord-oeth>

Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs*, 5(5), 59-90. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0059>

Le Gall, C., Lamothe, G., Mazaux, J.-M., Muller, F., Debelleix, X., Richer, E., Joseph, P.-A., & Barat, M. (2007). Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés : Résultats à cinq ans du réseau UEROS–Aquitaine. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(1), 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2006.06.007>

Lourdais, M. (2004). Accompagnement lors du retour à l'emploi : la réinsertion socioprofessionnelle d'un patient traumatisé crânien. *Ergothérapie*, 17-32.

Meirieu, P. (2005). *Si la compétence n'existait pas, il faudrait l'inventer*, 12.<http://meirieu.com/ARTICLES/competence-eps.pdf>

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

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

Morris, K., & Cox, D. L. (2017). Developing a descriptive framework for “occupational engagement”. *Journal of Occupational Science*, 24(2), 152-164. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1319292>

Mucchielli, A. (2015). L'Identité individuelle et les contextualisations de soi. *Le Philosophoire*, 1(1), 101-114. <https://doi.org/10.3917/phoir.043.0101>

N'Da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. l'Harmattan.

Olivier de Sardan, J.-P. (2000). Le « je » méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue Française de Sociologie*, 41(3), 417. <https://doi.org/10.2307/3322540>

Oppenheim-Gluckman, H. (2017). Lésion cérébrale acquise et identité. Dans : Simone Korff-Sausse éd., *Handicap : une identité entre-deux* (pp. 127-140). Toulouse, France: ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.korff.2017.01.0127>

Oppenheim-Gluckman, H. (2018). La psychanalyse face aux patients avec une cognition lésée. Dans : Catherine Bergeret-Amssek éd., *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien* (pp. 51-63). Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.berge.2018.01.0051>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (Mai 2016). *Évaluation du fonctionnement au travail des personnes ayant une déficience physique. Guide de l'ergothérapeute*.<https://www.oeq.org/DATA/NORME/11~v~guideevalfonctdefphys.pdf>

Paugam, S. (2012). 1 – S'affranchir des prénotions. Dans : Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 5-26). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0005>"

Perrenoud, P. (1995, juin). Des savoirs aux compétences De quoi parle-t-on en parlant de compétences ? [Résumé de la communication]. 15<sup>e</sup> colloque de l'association québécoise de pédagogie collégiale. Rivière-du-Loup, Canada. [https://educ.info/xmlui/bitstream/handle/11515/3870/perrenoud\\_9B71\\_actes\\_agpc\\_1995.pdf?sequence=1](https://educ.info/xmlui/bitstream/handle/11515/3870/perrenoud_9B71_actes_agpc_1995.pdf?sequence=1)

Pichene-Houard, A. (2014). Regards croisés France – Belgique – Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail. Séminaire de recherche action dans le cadre du congrès Santé Travail de Lille, 2 et 3 juin 2014. *Références en santé au travail*, 140, 95-102.

Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives [\*]. *Recherche en soins infirmiers*, 2(2), 33-49. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0033>

Riutort, P. (2013). La socialisation : Apprendre à vivre en société. Dans : P. Riutort, *Premières leçons de sociologie* (pp. 63-74). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.

Roy, S., Durand, M.-J., Corriveau, H., & Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. (2011). *L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique : Guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes*. IRSST.

Roy, S. (2014). *Élaboration d'un guide de pratique pour l'évaluation des capacités reliées au travail d'une clientèle présentant une déficience physique*. <https://core.ac.uk/download/pdf/51339202.pdf>



Royer, D. (2002). Qu'en est-il de la « valeur travail » dans notre société contemporaine ? *Empan*, no46(2), 18-25. <https://doi.org/10.3917/empa.046.0018>

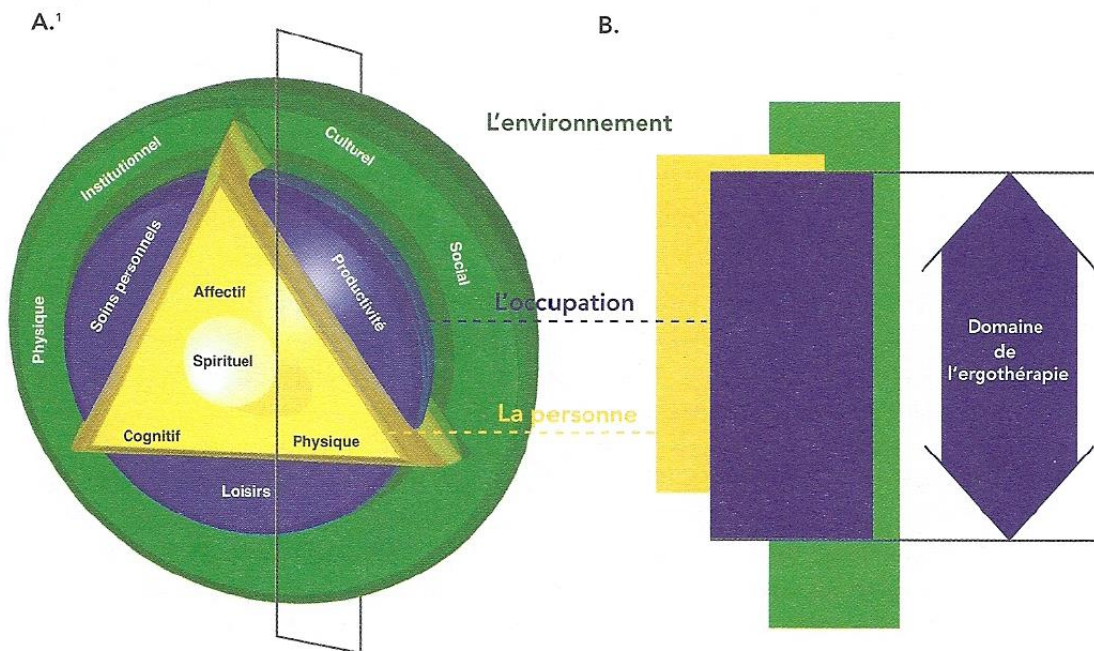
Travail, M. du, l'Insertion, de l'Emploi et de, Travail, M. du, & l'Insertion, de l'Emploi et de. (2021, mai 12). *Emploi et handicap : La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/rqth>

Wolf, L., Ripat, J., Davis, E., Becker, P., & MacSwigga, J. (2010). Application d'un cadre relatif à la justice occupationnelle. *Actualités ergothérapiques*, 12.1, 15-18. [https://caot.in1touch.org/document/3949/AE\\_Jan\\_10.pdf#page=15](https://caot.in1touch.org/document/3949/AE_Jan_10.pdf#page=15)

## **Annexes**

Annexe I : Le MCREO.....	II
Annexe II : Guide d'entretien.....	III
Annexe III : Présentation des personnes interrogées.....	VII
Annexe IV : Tableau d'analyse des résultats .....	VIII

## Annexe I : Le MCREO



A<sup>1</sup> : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Annexe II : Guide d'entretien

Thèmes	Indicateurs	Questions principales <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Questions de relance</i></li> </ul>
Population enquêtée / Rôles	Parcours professionnel	Quel a été votre parcours professionnel ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplôme, années d'expériences, secteur d'exercice</li> </ul>
	Motivation, lien personnel avec l'environnement de travail	Comment avez-vous fait le choix de travailler dans ce secteur professionnel ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur ce poste en particulier ?</li> <li>• Cet environnement de travail était-ce une découverte ?</li> </ul>
	Fonctionnement de travail actuel / selon la structure	Pouvez-vous m'expliquer quelles sont vos missions de travail actuelles ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Points clefs de votre fiche de poste</li> <li>• Objectifs généraux / spécifiques</li> <li>• De quels outils d'évaluation disposez-vous ?</li> </ul>
Compréhension des éléments du sujet	Réinsertion professionnelle	Pouvez-vous me dire comment vous définissez le terme "réinsertion professionnelle" ?
	Désinsertion pro	Comment est évoquée (ou non) la désinsertion professionnelle ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous déjà entendu ce terme ?</li> <li>• Qu'évoque-t-il pour vous ?</li> </ul>
Population	Profil des usagers	Quels sont les profils des personnes

accompagnée par les professionnels interrogés		<p>accompagnées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont leurs séquelles principales de la cérébrolésion</li> <li>• Questionnez-vous leurs parcours de vie et de soin avant leur entrée en structure ?</li> </ul>
<p>Engagement occupationnel</p> <p>Activités signifiante / significative</p>	<p>Sens de l'activité pour la personne accompagnée</p> <p>Prise en compte de facteurs personnels</p>	<p>Questionnez-vous le sens du travail pour la personne ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissez-vous le parcours professionnel de la personne avant son admission dans votre structure ?</li> <li>• Les valeurs accordées au travail ?</li> <li>• Les séquelles de la cérébrolésion sur le travail ?</li> </ul> <p>Quels intérêts présentent la connaissance de ces éléments sur le retour à l'emploi ?</p>
<p>Participation</p> <p><i>repose sur activités dans environnements sociaux (au sens sociétale) + degré d'implication dans les décisions</i></p>	<p>Activités signifiante et significative dans la sphère professionnelle</p>	<p>Comment identifiez-vous les activités / tâches de travail qui ont un sens / suscite un intérêt particulier chez la personne ?</p>
	<p>Choix laissés à l'usager</p>	<p>Quels choix sont laissés à l'usager dans votre accompagnement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a-t-il des éléments imposés ? Pourquoi ?</li> </ul>
<p>Population accompagnée</p>	<p>Freins à la réinsertion professionnelle</p>	<p>Quelles peuvent être les difficultés rencontrées par le bénéficiaire lors de votre accompagnement sur le plan de la réinsertion professionnelle ?</p>

Pratique professionnelle	Moyens d'actions	<p>Quels sont les moyens mis en œuvre pour accompagner le retour à l'emploi de la personne cérébrolésée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la durée moyenne d'accompagnement ?</li> <li>• Comment s'arrête l'accompagnement ?</li> </ul>
	Mise en situation	<p>Réalisez-vous des mises en situation de la personne cérébrolésée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel en est le but ?</li> <li>• Comment se déroule-t-elle ?</li> <li>• Comment est choisie la mise en situation ?</li> <li>• Quels éléments sont analysés ?</li> </ul>
Interprofessionnalité	Degré d'habitude	<p>Avez-vous déjà travaillé en interprofessionnalité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel était le contexte ?</li> <li>• Depuis combien d'années travaillez-vous en interpro ?</li> </ul> <p>Depuis combien de temps travaillez-vous avec vos collègues actuels ?</p>
	Eléments de communication	<p>Comment échangez-vous avec l'ergo ou le CIP dans le cadre de la réinsertion professionnelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel format ?</li> <li>• Quelle fréquence ?</li> </ul>
	Complémentarité	<p>Quelles sont les compétences apportées par l'ergo ou CIP, complémentaires à votre pratique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les éléments que vous transmettez nécessairement ?</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les informations dont vous avez besoin de la part de votre collègue (Ergo ou CIP) pour votre travail ?</li> </ul>
	Limite de l'interprofessionnalité	<p>Quelles difficultés rencontrez-vous dans le lien interpro ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels éléments peuvent manquer dans ces échanges ?</li> </ul>
Compléments d'information		<p>Avez-vous des remarques supplémentaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des points non abordés qui vous semblent importants / pertinents ?</li> </ul>

### Annexe III : Présentation des personnes interrogées

<b>Personnes interrogées</b>	<b>Lieux d'exercice</b>	<b>Expérience professionnelle</b>
<p>CIP 1 (Femme) Entretien d'une durée de 1h24</p>	<p>UEROS portée par un CRP</p>	<p>Diplôme en 1995, maîtrise administration économique et sociale. Expérience de 20 ans en insertion professionnelle, 4ans en UEROS, méconnaissance du handicap /lésion cérébrale avant ce poste.</p>
<p>Ergo 1 (Femme) Entretien d'une durée de 42 min 35</p>	<p>UEROS portée par un CRP</p>	<p>DE Ergo en 2006 Expérience 8 ans en rééducation fonctionnelle A effectué un stage dans une structure de ce type, et un mémoire sur l'expertise des traumatismes crâniens.</p>
<p>Ergo 2 (Femme) Entretien d'une durée de 53 min 42</p>	<p>UEROS portée par Association comprenant un CRP, un Centre de préorientation, une MAS, un ESAT.</p>	<p>DE ergo 2016 DIU Traumatismes crâniens en 2018 Travaille depuis novembre 2016. Intérêt lors de mes cours, expérience de cette population en stage et un stage réalisé en UEROS</p>
<p>CIP 2 (Femme) Entretien d'une durée de 1h07</p>	<p>UEROS portée par un CRP</p>	<p>Licence droit économie gestion et marketing en 1986 Formation de formateur Formation de responsable pédagogique 23ans d'expérience variée : chef de produits en marketing, formateur, consultante en cabinet de recrutement pour cadres supérieurs, responsable activité tertiaire agence de travail temporaire, et responsable de 3 centres de formation Chargée de projet socioprofessionnel depuis 7ans sur cette UEROS, mais depuis 12ans au sein de l'UEROS (a débuté comme formatrice des matières générales)</p>



Annexe IV : Tableau d'analyse des résultats

Présentation des entretiens avec les ergothérapeutes :

Indicateurs	Entretien Ergo 1	Entretien Ergo 2
<p><b>Complément information personne interrogée</b></p>		<p>« Mon premier poste » Ce qui me plaît c'est : « Poste permettant des mises en situation concrètes, et lien avec équipe pluridisciplinaire, c'est intéressant d'avoir des regards croisés » « Chaque UEROS fonctionne un peu à sa façon, donc il y avait beaucoup de choses à découvrir ».</p>
<p><b>Missions</b></p>	<p>Evaluer les capacités des personnes et définir les objectifs et activités de réentraînement au travail</p>	<p>Evaluer avec la personne ses habitudes de vie, son environnement et les situations de handicap rencontrées depuis l'accident / la maladie.</p> <p>Définir ensemble les objectifs que la personne souhaite poursuivre et l'accompagner.</p> <p>Propositions d'ateliers en lien avec les objectifs (avec ergo ou AMP)</p> <p>Préconiser des AT / Aménagement / aide humaine</p> <p>Mises en situation, VAD et Demandes de PCH selon les situations</p>

		<p>Accompagnement pour la vérification de l'aptitude à la conduite (en lien avec les neuropsychs du service et selon les situations une auto-école)</p> <p>Repérage trajets, notamment pour les stages (lorsque nécessaire, pas systématique)</p> <p>Référente de parcours en binôme avec un autre collègue, faire le lien avec les familles et les partenaires (samsah par exemple) selon le souhait de la personne</p>
<b>Outils d'évaluation</b>	<p>Bilans standardisés= Jamar, box and blocks, nin hole peg, ERGO KIT, + tous les basiques (articulaire, spasticité...)</p> <p>Bilans maison= Activités de vie Journalières, praxies, réalisation d'un gâteau et entretien du domicile.</p>	<p>Entretien, évaluation globale du MS et MI, Pudue Pegboard (mais peu utilisé), MCRO, mises en situation diverses</p>
<b>Utilisation du terme « désinsertion professionnelle »</b>	<p>« Je ne l'ai même jamais entendu ».</p> <p>J'imagine que c'est : « genre placardisation » au travail, ou « pas d'employabilité pour un poste donné »</p>	<p>« Nous ne l'employons pas ici. » Pour moi c'est « Le risque de s'éloigner totalement de l'emploi ».</p>
<b>Caractéristiques de la population accompagnée par les professionnels</b>	<p>Majoritairement des hommes, autour de 35ans, ayant déjà travaillé avant la blessure ou même depuis mais sans stabilité. Les séquelles sont principalement d'ordre cognitivo-comportementales.</p>	<p>Personnes jeunes ayant un petit niveau scolaire et n'ayant jamais travaillé / des personnes en emploi au moment de leur accident ou leur maladie / des personnes désinsérées de l'emploi depuis plusieurs années (suite à l'accident ou</p>

<b>interrogés</b>		<p>qui ne travaillaient déjà pas au moment de l'accident ou la maladie)</p> <p>Les séquelles principales sont les troubles neuropsychologiques, fatigabilité</p>
<b>Difficultés réinsertion</b>	<p>En période covid : trouver un stage !</p> <p>Les troubles cognitifs accentuent les difficultés à faire un choix</p> <p>Difficulté à accepter le changement de poste en lien avec la situation de handicap</p>	<p>Fatigabilité, surcharge cognitive, difficultés à prendre des initiatives, troubles du comportement</p>
<b>Sens de l'activité pour la personne</b>	<p>« Plutôt fait par la psychologue ».</p> <p>« Je demande uniquement le dernier emploi de la personne »</p> <p>Ces éléments sont importants car le choix de projet de la personne sera plus adapté, afin de viser un poste pérenne (santé, employabilité...)</p>	<p>Plus fait par psychologue chargée de l'insertion professionnelle et neuropsychologue.</p> <p>Cela permet, de pouvoir éventuellement proposer des adaptations : aides techniques, temps partiel, milieu adapté (EA, ESAT), sensibilisation du milieu professionnel.</p> <p>J'interroge la personne et j'utilise parfois en complément une liste des intérêts qui énumère un certain nombre d'activités</p>

<b>Implication dans les décisions par la personne cérébrolésées</b>	<p>La personne est libre d'adhérer ou de refuser à nos propositions.</p> <p>Classiquement, nous avons un programme établi, avec des ateliers "obligatoire" mais finalement facultatif s'ils n'en voient pas d'intérêt (par exemple : groupe de parole alors que la personne le fait en extérieur depuis longtemps déjà)</p>	<p>Les référents de parcours font en sorte d'adapter au mieux le planning de la semaine aux intérêts de la personne.</p> <p>Les activités imposées concernent notamment les internes qui sont obligés de participer / réaliser des activités liées à l'entretien de leur chambre et des espaces collectifs de l'hébergement.</p>
<b>Pratique professionnelle : moyens d'actions</b>	<p>Différents ateliers de réentrainement au travail et rdv en individuel avec l'équipe pluripro, notamment le CIP.</p>	<p>Entretiens avec les référents de parcours, réunions de synthèse, rdv avec les psychologues chargées de l'insertion professionnelle, mises en situation en ateliers manuels, ateliers cognitifs, stages en entreprises, mises en situation en lien avec le quotidien (parfois préalable à l'emploi) ou avec l'emploi visé (ex : cuisine, présentations)</p>
<b>Mise en situation</b>	<p>Oui, évaluation gâteau par exemple : mieux cerner le profil professionnel de la personne sur la sphère cognitive (organisation, suivi de consigne...)</p> <p>Pendant le réentrainement : évaluer sur un poste de travail (notamment si compatible vers un ESAT, car le temps d'attente est long pour un stage)</p>	<p>Oui, pour évaluer la personne au plus près de la réalité. La mise en situation est choisie avec la personne en fonction du projet et de ce qu'on veut évaluer.</p> <p>Cela permet d'analyser : Difficultés liées à la personne (physique, cognitif, psychique, comportemental, sensoriel, fatigabilité...), à son environnement (accessibilité et</p>

	Cela dépend du métier envisagé, mais on essaie d'être au plus proche de la réalité du terrain dans la limite de nos moyens. On analyse les aspects physiques, cognitifs, comportementaux.	besoin en compensations), ses habitudes de vie. Prise d'initiative, planification, réalisation, vérification...
<b>Interprofessionnalité : apport</b>	Le CIP connaît la réalité des postes, de l'employabilité, des partenaires et employeurs. Je transmets le potentiel physique et les aménagements de poste (pas nécessairement : toujours en fonction du stagiaire). J'ai besoin du CIP qu'il m'informe de la réalité du terrain (ex récent : temps pour monter dans une grue)	Pas de CIP, mais 2 collègues psychologues chargée de l'insertion professionnelle. Cela m'apporte les connaissances du monde du travail, des études et possibilités concrètes d'insertion dans les entreprises du secteur. Je transmets le bilan ergo avec le diagnostic ergo. Et j'ai besoin de mes collègues chargées d'insertion pro : Parcours pro, intérêts évoqués, possibilités concrètes en termes de lieu de stage et d'emploi.
<b>Interprofessionnalité : limites</b>	Je n'en vois pas, excepté nos emplois du temps chargés qui rendent compliqués l'organisation et les temps d'échanges.	Principalement le manque de temps.
<b>Compléments d'information</b>	« Vous vous êtes centrée sur le duo CIP/Ergo, mais l'UEROS est un travail très riche en professionnel, et il est nécessaire que chacun s'exprime sur les potentiels de la personne (psychologue, neuropsychologue, éducateur spécialisé...) »	Aucune

Présentation des entretiens avec les CIP :

Indicateurs	Entretien CIP 1	Entretien CIP 2
<p><b>Complément information personne interrogée</b></p>	<p>UEROS, portée par un CRP, fonctionne en module, dont les usagers peuvent faire intégralement ou non, d'une durée de 6mois maximum échelonnés sur 3ans.</p>	<p>Après avoir démissionné de mon poste de responsable de centre de formation, un des formateurs que j'employais m'a contacté pour m'informer qu'il existait un poste de formateur sur l'UEROS. Je ne connaissais pas le public accueilli à l'UEROS</p>
<p><b>Missions</b></p>	<p>Accompagner les personnes dans les habiletés requises à l'emploi            Lien avec les employeurs et Assistantes sociales            Référente du module 5 projet pro            Accompagnement via des entretiens, atelier de groupe animé en binôme parfois.            Mise en situation pratique professionnelle.            Travailler sur le projet, voir les compétences, outils de recherche d'emploi, valoriser les compétences.            Savoir parler de son handicap (avec neuropsychologie, ou ergo).            Recherche de stage ; suivi en stage, négociation de contrat</p>	<p>Accompagner des personnes cérébro-lésées dans leur projet professionnel/social            - Analyser les connaissances, compétences            - Concevoir des outils pédagogiques/ateliers en fonction des troubles exécutifs/cognitifs et projet professionnel            - Animer des ateliers (Techniques de Recherche d'Emploi, Dispositif de formation, Mesures/Aides pour l'emploi...)            - Accompagner les stagiaires dans l'emploi/formation (étude/aménagement de poste/aides...)            - Accompagner les entreprises dans le maintien à l'emploi (Agefiph, Fifph, Cap Emploi)            - Accompagner les entreprises dans le recrutement des personnes reconnues travailleur handicapé</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des partenariats avec les entreprises</li> <li>- Animer des réunions avec le PDITH (Programme départemental d'insertion pour travailleurs handicapés) sur le recrutement des personnes en situation de handicap</li> </ul>
<b>Outils d'évaluation</b>	Entretiens et mise en situation pratique professionnelle	Méthode TRICAM (bilan de compétences) / GARDNER (test intelligences multiples). Sites internet KLEDOU/STUDYRAMA/POLE EMPLOI. Prochainement Parcouréo
<b>Utilisation du terme « désinsertion professionnelle »</b>	<p>On ne parle pas de désinsertion, mais j'ai déjà entendu le terme.</p> <p>« Lorsque l'on peut travailler avec la personne, la médecine du travail, la CARSAT, et l'employeur sur le licenciement pour une inaptitude. C'est toujours plus simple, et la personne va mieux rebondir que lorsqu'on accompagne une personne qui a déjà été licencié, et qui n'a pas accepté.</p>	<p>La désinsertion professionnelle touche 80 % de notre public. A mon sens la désinsertion professionnelle, notion émergente et entendue je trouve en 2021, est liée à l'ensemble des facteurs susceptibles de provoquer, à court, moyen ou long terme, une perte d'emploi, difficulté d'accéder à l'emploi.</p> <p>En tant que chargée de projet lors des ateliers que j'anime j'essaie de mettre en avant que tout est possible si aménagement. Pour ceci, je m'aide énormément des ergothérapeutes avec lesquelles il est étudié, proposé des moyens pour compenser les difficultés.</p> <p>Elle entraîne des répercussions majeures autant pour les entreprises (perte de compétences stratégiques, baisses</p>

		d'activité ou de production, absentéisme, augmentation des cotisations santé, fragilité économique, nouveaux recrutements...) que pour le stagiaire UEROS.
<b>Caractéristiques de la population accompagnée par les professionnels interrogés</b>	<p>Manque confiance en soi, estime de soi, et peur de parler du handicap à un employeur, peur de retourner en emploi.</p> <p>Anosognosie et non acceptation de la personne actuelle. Difficile de faire le deuil de leurs capacités antérieures (et de leurs travail précédents).</p> <p>« Beaucoup ont repris trop rapidement leur travail, et ont essuyé un échec. »</p>	Troubles cognitifs et physiques. Le parcours est surtout questionné lors de l'entretien de préadmission.
<b>Difficultés réinsertion</b>	<p>Difficultés de prendre le temps</p> <p>Manque d'acceptation de la nouvelle personne, du changement de projet</p> <p>Manque de soutien familial combinés. « Les plus belles réussites de parcours sont lorsqu'il y a le soutien familial. »</p> <p>« ESAT qui ne propose pas de temps partiel, alors que le profil des personnes qui pourraient y travailler</p>	C'est principalement le décalage entre ce que la personne souhaite ou se pense capable de faire, et la réalité du terrain, ses exigences, ses problématiques d'organisation, de rythme.



	ne peuvent travailler à temps complet »	
<b>Sens de l'activité pour la personne</b>	<p>« Le sens du travail est questionné avec l'assistante sociale (plan économique, familial) et avec la psychologue ».</p> <p>« Les procédures d'indemnisation lorsqu'il y a eu un accident, peuvent complexifier le sens attribué au travail »</p> <p>« L'organisation en modules avec des interruptions est vraiment très intéressante pour le cheminement de la personne et pouvoir faire le deuil, accepter parfois de ne plus retravailler. »</p> <p>« Importance de l'entourage, selon qu'il soit bienveillant ou au contraire non-aidant »</p> <p>« Ici, les proches sont présents lors des synthèses à la fin de chaque module, avec l'accord de la personne accompagnée ».</p> <p>« On part toujours du parcours professionnel</p>	<p>Pour le lien cérébrolésion / travail, principalement je rassure toujours l'entreprise (ex : Mr X a des troubles de la mémoire mais il note afin de rien oublier...Me D avec une check list est opérationnelle sur telle activité).</p> <p>Pour ma partie, cela permet à l'entreprise de mieux comprendre et les adaptations sont plus faciles à mettre en place.</p> <p>On effectue des visites en entreprise, où les stagiaires peuvent voir et apprécier certaines tâches.</p>

	antérieur, des souhaits de la personne puis la MSP nous aide à comprendre et à faire réaliser à la personne : les compétences à valoriser, et celles à supprimer sur un CV ».	
<b>Implication dans les décisions par la personne cérébrolésées</b>	« On demande toujours à la personne ses envies, ce qu'elle aime. On ne fait que des suggestions, mais elle choisit ».	Le stagiaire est toujours acteur de son projet. Il n'y a aucune activité ou démarche qui est imposée.
<b>Pratique professionnelle : moyens d'actions</b>	« La personne l'entend rarement comme un bénéficiaire [cette interruption entre 2 modules], mais cela permet pourtant à la personne de faire le cheminement nécessaire pour envisager de nouveaux projets »	Principalement de la mise en situation professionnelle au sein du CRP, des stages, et des ateliers de groupe. Les moyens sont mis en œuvre via un travail tripartite : équipe pluri, employeur, et médecine du travail avec au milieu la personne cérébrolésée. L'accompagnement dure 6 mois mais on effectue un suivi sur 2ans.
<b>Mise en situation</b>	« Très utile d'être sur un site avec les plateaux techniques, pour observer beaucoup de choses, même si la personne ne se dirige pas vers ces activités, on peut observer d'autres compétences au travers de celles-ci. »	Permet d'évaluer les compétences psychosociales, et professionnelles puis de proposer des axes d'amélioration. Elles sont réalisées soit en entreprise soit sur le CRP. La MSP sont choisie en accord avec la personne selon les attentes.

<b>Interprofessionnalité : apport</b>	<p>« L'ergo me permet de comprendre les capacités, et les difficultés de la personne sur une activité de travail »</p> <p>« L'ergo m'apporte ses connaissances sur les adaptations de poste de travail »</p> <p>« Par exemple, on établit ensemble une liste de recommandation pour un futur employeur d'un usager, ou encore on se rend sur un lieu de travail pour analyser le poste »</p>	<p>Oui, lors des postes précédents avec d'autres professions que le médico-social.</p> <p>Selon moi, l'interprofessionnalité augmente la qualité de la prise en charge et favorise les échanges de ressources.</p> <p>Cela fait 12ans que je travaille avec ma collègue.</p> <p>Je ne peux construire le projet de vie sans l'ergothérapeute. L'ergothérapeute m'apporte expertise sur le plan physique, cognitif, moyens à mettre en œuvre.</p> <p>Je transmets essentiellement la description de poste, les attentes du stagiaire, récapitulatif de l'histoire de vie, et les observations faites lors des séances.</p>
<b>Interprofessionnalité : limites</b>	<p>« Les difficultés ne sont pas dans la relation ergo / CIP » Mais plutôt avec les employeurs, et l'entourage.</p>	<p>Aucun</p>
<b>Compléments d'information</b>	<p>RAS</p>	<p>Non</p>

## **ABSTRACT**

Le travail est une occupation importante dans la vie d'un adulte, et un vecteur d'intégration sociale, économique et symbolique d'une société occidentale. Une lésion cérébrale acquise, entraînent de nombreuses séquelles autant physiques, cognitives que psychiques, et impactent la participation de la personne dans sa sphère professionnelle notamment, pouvant mener jusqu'à une désinsertion professionnelle. L'ergothérapie, a sa place dans le champ de la réinsertion professionnelle, bien qu'encore peu développée, mais comment s'inscrit-elle dans une relation interprofessionnelle auprès des personnes cérébrolésées, sur la question de la participation dans la sphère professionnelle. Quatre entretiens qualitatifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes et de conseillers d'insertion professionnelle exerçant en UEROS (Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle) et mettent en lumière l'importance de la relation interprofessionnelle dans la réinsertion professionnelle de la personne cérébrolésée. Les professionnels s'appuient sur un diagnostic partagé, l'engagement occupationnel de la personne ainsi que sur des mises en situation de pratiques professionnelles, pour soutenir la participation dans la sphère professionnelle de la personne souffrant d'une lésion cérébrale acquise.

**Mots clés :** Lésion cérébrale acquise \_ Ergothérapie \_ Participation \_ Travail \_ Réinsertion professionnelle \_ Interprofessionnalité

---

Work is an important occupation in the life of an adult and a factor for social, economic, and symbolic integration in Western societies. An acquired brain injury, results in numerous physical, cognitive, and psychological consequences, and impacts the participation of people in their professional sphere, which can lead to occupational deintegration. Occupational therapy has its place in the field of professional reintegration, although that sector is still underdeveloped in occupational therapy, but how does it fit into an interprofessional relationship with the brain injured, on the issue of participation in the professional sphere. Four qualitative interviews were conducted with occupational therapists and professional integration counsellors practising in the Unit of Evaluation, Training and Social and Professional Orientation (UEROS in French) and highlight the importance of interprofessional relationship in the reintegration of the brain damaged persons. Professionals rely on a shared diagnosis, client's occupational engagement and on role-plays in work's situations, to support participation in the professional sphere of people suffering from an acquired brain injury.

**Key words:** acquired brain injury \_ occupational therapy \_ participation \_ work \_ professional reintegration \_ interprofessionality