



**Institut de Formation en  
Ergothérapie de Nevers**

**Université de  
Bourgogne**

# **DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE**

*Arrêté du 5 juillet 2010 modifié*

## **Session 1 – Promotion 2018-2021**

**Traumatisme crânien grave :  
Ergothérapie et réapprentissage des fonctions  
exécutives pour une réinsertion socio-  
professionnelle**

**Étudiant : LEGUILLON Romane**

**Directeur de mémoire : BRUNEL Marie-Gabrielle**

# NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma maîtresse de mémoire, Madame Marie-Gabrielle BRUNEL, pour son accompagnement, sa disponibilité ainsi que ses conseils durant cette année de réflexion et de recherche.

Je remercie également ma co-directrice de mémoire, Madame Christelle TARDY ainsi que l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers.

Je remercie les ergothérapeutes interrogés, qui ont pris le temps de répondre à mes questions et ont contribué à ce mémoire.

Mes remerciements vont également à Lina pour tes conseils et ta joie de vivre, merci à ma belle promotion d'avoir fait de ces trois ans des souvenirs inoubliables.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à mes amis, particulièrement Océane et Marine, mes parents et Mathis, pour leurs nombreuses relectures, leur soutien et leur présence dans ces années d'études.

## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Cadre théorique.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Le traumatisme crânien .....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Définition.....	3
1.1.2. Epidémiologie.....	3
1.1.3. Physiopathologie.....	3
1.1.4. Classification du traumatisme crânien .....	5
1.1.5. Troubles liés au traumatisme crânien.....	6
1.1.6. Troubles cognitifs.....	6
<b>1.2. L'ergothérapie dans la sphère traumatique .....</b>	<b>9</b>
1.2.1. Processus de rééducation .....	9
1.2.2. L'ergothérapie .....	10
<b>1.3. Réinsertion socio-professionnelle .....</b>	<b>14</b>
1.3.1. Définition.....	14
1.3.2. Réinsertion sociale .....	14
1.3.3. Réinsertion professionnelle.....	16
1.3.4. La prise en soin en ergothérapie.....	18
<b>2. Hypothèses .....</b>	<b>20</b>
<b>3. Présentation de la méthodologie.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Choix de la population .....</b>	<b>21</b>
3.1.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion .....	21
3.1.2. Prise de contact .....	22
<b>3.2. Outil de recueil de données .....</b>	<b>22</b>
3.2.1. Choix de l'outil.....	22
3.2.2. Guide d'entretien.....	23
3.2.3. Validation du guide d'entretien .....	25
3.2.4. Réalisation des entretiens.....	25
3.2.5. Limites et biais de l'outil de recueil.....	25
<b>4. Analyse des résultats.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1. Personnes interrogées.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2. Méthode employée .....</b>	<b>26</b>
<b>4.3. Analyse longitudinale .....</b>	<b>27</b>
<b>4.4. Analyse transversale.....</b>	<b>36</b>
4.4.1. Les mises en situation : une utilisation tout au long de la prise en soin ? .....	37
4.4.2. Social et professionnel : une combinaison possible en vue d'une réinsertion ? .....	41
<b>5. Discussion.....</b>	<b>45</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>49</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>51</b>

## Table des matières des illustrations

Figure 1 : Protection du cerveau .....	4
--	---

## Table des matières des tableaux

Tableau 1 : Présentation professionnelle des ergothérapeutes interrogés .....	26
---	----

## Introduction

Depuis le début de mon cursus en ergothérapie, j'ai toujours pensé que le thème de mon mémoire porterait sur les personnes ayant subi un traumatisme crânien grave. Un membre de ma famille a été touché par cette pathologie il y a quelques années et a eu des difficultés à se réinsérer socialement et professionnellement ; j'ai donc décidé de m'y intéresser davantage.

Aussi, lors d'un stage en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), plusieurs ergothérapeutes travaillaient avec des patients ayant eu un traumatisme crânien. La rééducation était l'un des premiers piliers pour favoriser la récupération. Pendant ce cursus, nous avons été confrontés aux troubles cognitifs du patient (troubles de planification et d'orientation spatio-temporelle). Il a fallu mettre en place des méthodes de compensation afin de pallier les déficiences cognitives qui persistaient malgré la rééducation. Le questionnement sur la méthode adéquate à mettre en place a été difficile.

Après avoir pris du recul sur la situation, il n'est pas sans dire que nous pouvons tous être potentiellement victimes d'un traumatisme crânien. C'est une population dont on parle souvent mais peu savent réellement les conséquences que cela entraîne. La cause principale étant les accidents de la voie publique : les campagnes de prévention de l'Etat ou des différentes associations seront à terme les moyens les plus utilisés pour réduire le nombre de traumatisés crâniens (1). D'après le Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé, le traumatisme crânien sévère cause des troubles avec de lourdes séquelles (2) ; c'est pour cela que j'ai décidé de m'intéresser à cette population. La prise en soin sera axée sur de nombreux aspects, signifiant une large intervention de l'ergothérapeute.

Ma réflexion s'est tout d'abord dirigée vers des questionnements sur le champ d'intervention de l'ergothérapeute ; le domaine dans lequel l'ergothérapeute peut exercer et dans quel type de structure. J'ai pu formuler ma question de départ :

**« Quels sont les champs d'intervention de l'ergothérapeute pour prendre en soin les traumatisés crâniens sévères ? »**

Lorsqu'une personne subit un traumatisme crânien grave, le choc est violent. Le cerveau se projette de côté en côté dans le crâne et des lésions apparaissent. Le traumatisme crânien est une partie importante et délicate de la santé publique (3). La cause principale est les accidents de la voie publique. Les troubles des fonctions cognitives sont une des plus lourdes conséquences de ce choc. Elles sont partiellement récupérables. Ces troubles cognitifs sont considérés comme un « handicap invisible » car d'après Erving Goffman en 1975, il s'agit d'un *handicap qui n'est pas apparent, ce qui revient, pour un individu, au fait d'avoir une limitation durable des possibilités d'interaction sans que l'entourage puisse comprendre* (4).

Les fonctions cognitives sont importantes pour effectuer toute tâche de vie quotidienne. Elles sont utiles pour permettre la communication, la perception de l'environnement, la concentration ou encore se rappeler les événements du passé (5). Les troubles des fonctions cognitives viennent donc bouleverser le projet de vie et l'environnement de la personne. C'est ainsi que la réinsertion socio-professionnelle entre en jeu. L'insertion socio-professionnelle est caractérisée par certains critères : la sortie du système éducatif, l'entrée dans la vie active, l'état adulte. La notion de projet de vie est également importante. C'est l'objectif de toute personne. La réinsertion socio-professionnelle d'une personne traumatisée crânien sévère révèle être une priorité (6).

Avec la collaboration des professionnels de santé médicaux et paramédicaux ainsi que sociaux, l'ergothérapeute pourra sans doute palier les troubles et co-construire un projet de vie basé sur les attentes du patient.

Pour commencer mon travail de recherche, je développerai les concepts et les informations clés permettant la compréhension de mes réflexions. Dans un premier temps je présenterai le traumatisme crânien, puis le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin d'un traumatisé crânien grave. Ensuite, j'expliquerai le concept de la réinsertion socio-professionnelle. Dans un second temps, la question de recherche sera exposée avec des hypothèses auxquelles je tenterai de répondre. Dans un troisième temps, j'exposerai ma méthodologie de travail qui servira à confronter la partie théorique à la pratique. Puis, j'analyserai les résultats obtenus pour ensuite interpréter les résultats et aboutir à une discussion sur la recherche.

## 1. Cadre théorique

### 1.1. Le traumatisme crânien

#### 1.1.1. Définition

Le traumatisme crânien est considéré comme un *traumatisme causant une destruction ou une dysfonction du système nerveux intracrânien*. La destruction ou le dysfonctionnement est causé par un contact brutal entre le tissu cérébral et la boîte crânienne (7).

#### 1.1.2. Epidémiologie

En France, peu de chiffres sont communiqués concernant le traumatisme crânien. Trop de critères sont à prendre en compte pour que les données soient globales et homogènes : l'année d'étude, la région géographique, les mesures préventives déjà mises en place et les méthodes d'études notamment. Néanmoins, dans chaque région, des études sont réalisées. Environ 150 000 personnes sont victimes de traumatisme crânien par an en France. Parmi ces chiffres, 20% sont considérés comme traumatisme crânien grave (8). Au niveau de l'incidence (c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas, dans une population et dans un temps donné) cela représente entre 150 et 300 / 100 000 habitants par an en France (9).

Le traumatisme crânien est provoqué principalement par des accidents de la voie publique, des chutes ou des accidents de sport. Les hommes âgés de 15 à 30 ans sont majoritairement touchés. Les enfants et les personnes âgées sont également des populations très touchées. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il faut savoir que les accidents de la voie publique sont la première cause de décès chez les jeunes garçons entre 15 et 19 ans dans le monde (10).

#### 1.1.3. Physiopathologie

Le système nerveux est un des moyens de communication de l'organisme humain. Le système correspondant à la conduction, à la transmission et au traitement des informations est le système nerveux central (SNC). Il comprend dans son ensemble le cerveau, le cervelet, la moelle épinière et les racines nerveuses (11).

Pour relier les informations, les cellules nerveuses appelées neurones jouent un rôle essentiel. Le neurone est composé d'un corps cellulaire et d'un axone qui conduit l'influx nerveux.



Le cerveau est protégé par trois couches : les os du crâne, les membranes appelées les méninges et le liquide céphalo-rachidien qui a le rôle d'isolant et d'amortisseur lors des chocs. Cela constitue la boîte crânienne (Figure 1) (12).

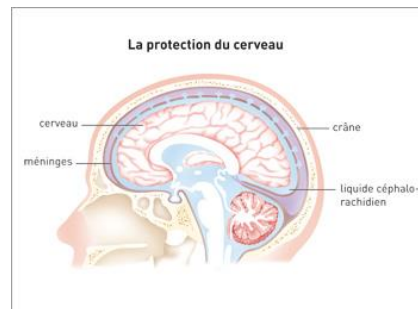


Figure 1 : Protection du cerveau

Le choc engendré par le traumatisme crânien peut provoquer différents types de lésions (3) :

- Les lésions focales qui sont majoritairement des contusions, c'est-à-dire une lésion sans plaie des téguments. Deux types de lésions focales peuvent se créer : les contusions et les hématomes.
  - Les contusions par coup : elles se trouvent au niveau de l'impact.
  - Les contusions par contrecoup : la blessure est à l'opposé de l'impact, dû à la projection du cerveau dans la boîte crânienne.
  - Les hématomes : ils sont la conséquence de la rupture des vaisseaux sous l'effet du choc. C'est une accumulation de sang soit dans le cerveau (hématome intra-cérébral), soit dans la boîte crânienne (hématome extra-dural) ou soit entre deux couches des méninges (hématome sous-dural).
- Les lésions diffuses provoquées par la décélération et l'accélération brutale du cerveau. Ces mouvements peuvent être causés lors d'un accident de la voie publique dans un véhicule avec un freinage ou une percussioin d'objet brutal. La tête effectue des mouvements vers l'avant et vers l'arrière de façon rapide et brutale. Cela entraîne l'étirement ou le cisaillement des axones à l'intérieur du cerveau. Cette action peut aller jusqu'à une perte de connaissance brève ou prolongée pouvant atteindre le coma et une inactivation des zones de contrôle et de traitement de l'information nerveuse.

Ces différents types de lésions sont la conséquence de la gravité du traumatisme et ainsi de la future prise en soin.

#### 1.1.4. Classification du traumatisme crânien

L'évaluation de l'état de conscience, dite Echelle de Glasgow (GCS), est un indicateur permettant d'orienter la prise en charge médicale et rééducative de la victime. L'indicateur de l'état de conscience permet de voir quels soins sont à prodiguer lors de la prise en charge. Il faut le considérer avec précaution car l'état médical est extrêmement variable au cours des quarante-huit premières heures après le traumatisme (13). Elle a été créée par Teasdale et Jennett en 1974 pour permettre d'établir la profondeur du coma du patient. Les critères mis en évidence sont l'ouverture des yeux (quatre modalités de réponse), la réponse verbale (cinq modalités de réponse) et la réponse motrice (six modalités de réponse). Suivant le résultat de cet entretien, le traumatisme crânien peut être classer en trois catégories. Le score maximal est 15.

- Le traumatisme crânien **léger** avec un score supérieur ou égal à 13 : cela correspond à une perte de connaissance brève (inférieure à une heure) et une amnésie post-traumatique inférieure à 24 heures. L'évolution est sans séquelle pour la plupart des victimes (80%) (14).
- Le traumatisme crânien **modéré** avec un score compris entre 9 et 12 : la durée de coma est variable et les séquelles sont présentes mais ont un plus faible retentissement sur les activités que le traumatisme crânien dit sévère (14).
- Le traumatisme crânien **sévère** avec un score inférieur ou égal à 8 : il est caractérisé par un coma qui peut durer quelques heures à quelques jours. Les séquelles ne sont pas à négliger et sont souvent présentes (14). Les activités de vie quotidienne, appelées AVQ, sont impactées ; cela nécessite souvent un réentraînement dû à des troubles cognitifs et/ou des aménagements dus à des troubles moteurs.

Dans cette étude, nous nous intéresserons aux personnes ayant un score inférieur ou égal à 8, c'est-à-dire les personnes ayant subi un traumatisme crânien sévère.

### 1.1.5. Troubles liés au traumatisme crânien

Le traumatisme crânien sévère, lésion concernée dans cet écrit, peut entraîner des séquelles importantes et durables. Les troubles varient selon la gravité du choc reçu. La personne est la plupart du temps dans un état de coma. Après le coma, la victime du traumatisme est généralement en phase d'éveil constituée de plusieurs étapes de la reprise de conscience. La personne reste confuse et une adaptation de l'environnement doit être réalisée pour favoriser les interactions (15). Dues au choc et à la localisation, les fonctions cognitives, comportementales et/ou motrices sont fortement altérées et leurs récupérations seront à évaluer. Les séquelles motrices peuvent être de l'ordre d'une hémiplégie, de troubles de l'équilibre, d'un syndrome cérébelleux et entraînent une diminution de l'autonomie. Elles représentent 10% des cas (16). Les troubles comportementaux représentent de lourdes séquelles pour le traumatisé crânien sévère. Les troubles sont l'irritabilité, la mauvaise humeur, la fatigue, la dépression, l'anxiété ou encore des accès de violence. L'apathie et la baisse de motivation peuvent aussi être des séquelles (17). Aussi, 67,8% des traumatisés crâniens auraient des troubles cognitifs (18). Ces déficiences majeures perturbent l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Également, dans certains cas l'évolution de la personne traumatisée crânien peut être le décès. L'évolution des troubles cognitifs est à prendre en compte chez un sujet traumatisé crânien grave.

### 1.1.6. Troubles cognitifs

Concernant les traumatisés crâniens sévères, les déficiences majeures sont cognitives et/ou comportementales (16). Les fonctions cognitives sont importantes pour effectuer toute tâche de vie quotidienne. Elles sont utiles pour permettre la communication, la perception de l'environnement, la concentration ou encore se rappeler les événements du passé. Les troubles cognitifs qui en résultent seront considérés comme un « handicap invisible » puisqu'il est difficile à discerner et ne se remarque pas visuellement. La récupération clinique sur le plan cognitif varie entre dix-huit mois et quatre années (13).

De plus, la conscience des troubles cognitifs peut être altérée, elle se nomme l'anosognosie. Elle touche 50 à 70% des personnes ayant un traumatisme crânien grave (13). C'est un frein important à la rééducation et à la réinsertion socio-professionnelle (17). D'après Bakchine en 1995, l'anosognosie est une

méconnaissance par le patient de l'existence d'un déficit ou la sous-estimation de son importance et de son retentissement (19). Les personnes anosognosiques ont des difficultés dans le travail de deuil notamment par rapport à la vie pré-traumatique. Selon Prigatano (20), ce phénomène d'absence de connaissance de la maladie a été démontré sur plusieurs patients ayant différentes pathologies dont des traumatisés crâniens graves.

Parmi les fonctions cognitives, l'attention, la mémoire, la vitesse de traitement des informations et les fonctions exécutives sont altérées lors d'un traumatisme crânien grave.

L'**attention** est un processus permettant la concentration d'une personne. Les troubles de l'attention se traduisent par des difficultés à suivre des conversations longues et à accéder au sens. Selon Vallat-Azouvi, l'alerte phasique, c'est-à-dire l'augmentation soudaine de l'activité mentale, ne représente pas de difficultés particulières en général chez un sujet traumatisé crânien grave (5). Cependant, le niveau de vigilance est réduit car un déficit d'attention soutenue est relevé. L'attention sur une longue période se traduit par une grande fatigabilité. La personne traumatisée crânienne grave est très sensible aux interférences extérieures. Cela suggère un déficit de l'attention sélective ; la capacité à orienter son attention vers un stimulus attendu et/ou d'ignorer des stimuli distrayeurs (5).

Le partage de l'attention pour effectuer deux tâches simultanément relève d'une grande difficulté (16), il est appelé concept d'attention divisée. Il a été démontré que lors d'une activité travaillant l'attention divisée, les patients pouvaient atteindre un niveau de performance égal à des sujets témoins si l'activité était automatisée. En revanche, sur des tâches plus complexes et contraintes par le temps, la charge mentale en mémoire de travail est augmentée et inversement les performances sont diminuées.

D'après une étude, cinq ans après le traumatisme, 69% des traumatisés crâniens sévères rapportent un ralentissement de la pensée et 60% des difficultés attentionnelles (5).

La **mémoire** constitue un des troubles cognitifs importants pour une personne victime de traumatisme crânien grave. L'amnésie post-traumatique est une des

plaintes les plus importantes du patient et de sa famille. Cette période correspond à des moments de confusion, de désorientation et d'incapacité à mémoriser. La période plus ou moins longue a une valeur pronostique majeure (21). Après cette phase, des déficits de la mémoire peuvent persister. La mémoire épisodique est altérée pour tout ce qui concerne les événements autobiographiques. Le retour dans le passé, autrement dit les souvenirs, est difficile et représente la première plainte du patient (5). Lors du traumatisme, les fonctions de traitement de la mémoire à long terme sont touchées et engendrent une difficulté d'apprentissage tout au long de leur vie. La mémoire de travail est, elle aussi touchée. La simultanéité des informations ou les raisonnements dans des tâches quotidiennes relèvent de la difficulté. La mémoire de travail joue un rôle central dans les habiletés cognitives complexes qui peut être corrélée aux fonctions exécutives. Ces plaintes sont très fréquentes de la part des personnes ayant eu un traumatisme crânien sévère.

La **vitesse de traitement** est souvent ralentie lors d'un traumatisme crânien sévère. Les patients ayant une cérébrolésion exécutent des activités plus lentement que la moyenne mais ne font pas plus d'erreurs lorsqu'il n'y a pas de temps imposé (5). Cela est également dû à la complexité de la tâche à réaliser. Il a été démontré dans certaines études que la sévérité du traumatisme crânien est proportionnelle à la vitesse de traitement des informations (21).

Le ralentissement persiste souvent et est un des facteurs de mauvais pronostic pour la récupération des fonctions cognitives à une certaine période post-accident (22).

Les **fonctions exécutives** permettent d'effectuer des activités de la vie courante sans difficulté et automatiquement. Les fonctions exécutives sont un « ensemble de processus cognitifs dont le rôle principal est de faciliter l'adaptation du sujet aux situations nouvelles et/ou complexes, quand les habiletés sur-apprises ne sont plus suffisantes » (16). D'après Vallat-Azouvi.C & al en 2012, les fonctions exécutives sont les capacités cognitives mises en avant dans la programmation, la régulation et la vérification d'un comportement dirigé vers un but. Elles permettent de formuler un objectif, de se rendre compte des conséquences à long terme et de déterminer les alternatives potentielles pour accomplir des tâches nouvelles ou complexes (23). 50 à 70% des traumatisés crâniens sévères ont des troubles des fonctions exécutives (19). Les fonctions exécutives sont composées de différentes

capacités : la planification, le raisonnement, l'inhibition, la flexibilité mentale, la mise à jour et le jugement. Ces fonctions sont essentielles dans la réalisation d'activités de vie quotidienne. Pour produire ces activités de vie quotidienne il faut avoir un comportement efficace et approprié au contexte : des mécanismes de contrôle. Si l'individu ne parvient pas à s'adapter à des situations inhabituelles ou nouvelles, les fonctions exécutives sont alors altérées. Les troubles de ces différentes fonctions sont appelés « syndrome frontal » ou encore « syndrome dysexécutif ». Cela se traduit par des difficultés à mobiliser les fonctions lors de nouvelles situations. L'adaptabilité est une capacité que le traumatisé crânien sévère a perdu partiellement ou totalement (16).

Toutes ces fonctions cognitives peuvent être améliorées ou favorisées par l'ergothérapeute afin de répondre à un dysfonctionnement.

## 1.2. L'ergothérapie dans la sphère traumatique

### 1.2.1. Processus de rééducation

La prise en soin peut s'effectuer au sein de centre de rééducation post-traumatique. La rééducation est une stimulation des processus déficitaires. Afin de recueillir des données, le thérapeute doit faire passer des évaluations au patient. Tout rééducateur est apte de faire passer la Glasgow Out Scale (GOS) pour permettre de déterminer la gravité séquellaire du traumatisme crânien avant toute prise en soin. C'est une mesure pour évaluer le devenir de la personne en fonction de ses capacités et incapacités écologiques. Les thèmes évoqués sont le travail, la vie sociale et les loisirs, la famille et les amis (13). Selon les résultats, le patient peut être classé dans cinq catégories permettant d'avoir une évaluation objective du devenir du patient :

- GOS I : Récupération correcte : la victime a pratiquement récupéré en totalité ses capacités antérieures et peut retrouver une vie sociale et professionnelle correcte. Cette classification représente environ 20 à 30% des traumatisés crâniens graves 6 mois après leur accident (24).
- GOS II : Handicap modéré : la personne est indépendante et autonome dans ses activités mais certaines déficiences persistent. Le retour au travail se fera principalement en milieu protégé. Cela représente 15 à 20% des traumatisés crâniens.

- GOS III : Handicap sévère : le blessé est dépendant car il a des déficiences importantes que ce soit physique ou neuropsychologique. Son avenir peut être au sein du cadre familial ou en institution avec un suivi obligatoire. 7 à 15% des traumatisés crâniens sévères sont dans cette tranche de gravité séquellaire.
- GOS IV : Etat végétatif chronique : la personne est totalement dépendante et est souvent au sein de services spécialisés (notamment dans les services de rééducation Etat Végétatif Chronique [EVC] et Etat Pauci-Relationnel [EPR]). La victime peut ouvrir les yeux et a repris conscience mais aucune interaction peut être effectuée avec son environnement. Cela représente 2 à 4% des traumatisés crâniens sévères.
- GOS V : Mort : 50% des traumatisés crâniens graves décèdent sur le coup ou peu de temps après leur accident dû à une violence extrême.

L'échelle GOS prend en compte les incapacités et les perturbations des fonctionnements provoquées par le traumatisme (25). Le but de la rééducation est d'augmenter les capacités des fonctions exécutives et de compenser les déficits (16). A partir de ce classement, le thérapeute va définir si la rééducation des fonctions exécutives est primordiale ou non. Généralement, le travail des fonctions exécutives est intense et doit être la priorité pour les personnes classées en GOS I et II.

La rééducation d'un traumatisé crânien sévère demande le travail d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en soin de tous ses troubles. L'équipe devra construire des programmes de rééducation et un projet de vie avec les souhaits, les ambitions du patient et ses capacités. Une étude a prouvé que la rééducation était efficace sur le devenir fonctionnel et la réinsertion des patients après un traumatisme crânien (8).

### 1.2.2. L'ergothérapie

L'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes (26), en prenant en compte certains paramètres. Les déficiences du patient peuvent être de l'ordre motrices, sensorielles, cognitives ou comportementales.

Selon l'arrêté relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute du 5 juillet 2010, l'ergothérapeute intervient également en évaluant les activités rythmant le quotidien

de la personne. Il a pour objectif de diminuer l'impact des troubles de vie quotidienne et de pouvoir mesurer la généralisation des acquis et d'aider à les transférer de la rééducation à la vie quotidienne (26). L'ergothérapie a un très grand intérêt à la réalisation autonome des tâches de la vie quotidienne (27).

Afin de repérer les difficultés et les capacités du patient, l'ergothérapeute peut les évaluer dans l'environnement de la personne à travers une situation précise ou par des évaluations normées sur table.

Ainsi, l'ergothérapeute est un professionnel de terrain avec une approche concrète des besoins liés aux activités de la vie quotidienne (27). La personne est au centre de la prise en soin avec une importance accordée à son environnement (28), notamment à travers le modèle conceptuel de la Personne-Environnement-Occupation.

#### *1.2.2.1. Les fonctions exécutives*

Dans cette étude, ce sont les déficiences cognitives qui sont prises en compte et notamment les fonctions exécutives. D'après le modèle de Lezac en 1995 (29), quatre étapes sont primordiales pour modéliser le processus des fonctions exécutives : la formulation d'un but à court ou long terme, la planification ou l'organisation pour atteindre ce but, les capacités d'adaptation à des situations inhabituelles et le contrôle de la tâche pour arriver au but ou la mise en place de modifications. Lorsque le patient traumatisé crânien sévère rencontre une ou plusieurs difficultés à effectuer ces tâches cela se traduit par une situation de handicap.

#### *1.2.2.2. Les évaluations*

Afin d'évaluer les potentielles difficultés, les limitations d'activités, et de mettre des mots sur le handicap invisible, l'ergothérapeute peut avoir recours à des méthodes de mises en situation et à une observation qualitative (30). Cela permet de déterminer la capacité d'adaptation que peut avoir le patient (31). L'évaluation en situation écologique permet de mettre en place ou adapter une stratégie de compensation (31). Le terme « écologique » signifie le milieu dans lequel évolue la personne dans son quotidien (31).

Le patient est confronté à ses difficultés et à la réalité. L'ergothérapeute vérifie à travers cette méthode si le transfert des acquis est adapté. La prise en soin pour une



rééducation cognitive peut être composée d'une approche cognitive avec ce qui a été décrit précédemment : le transfert des acquis. L'approche pragmatique permet de se centrer sur la tâche écologique selon les objectifs posés par le patient. Cela permet d'évaluer la progression du patient (30). L'ergothérapeute peut proposer différentes évaluations au patient selon ce qu'il veut observer. D'après le Thiec (31), les plus utilisées sont l'Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie (EF2E) et le Test des Errances Multiples (TEM). L'EF2E consiste à réaliser un gâteau au chocolat et une omelette dans une cuisine à l'aide d'une recette détaillée. Une cotation est réalisée par le thérapeute tout au long du test. Cette évaluation permet à l'ergothérapeute d'identifier les troubles des fonctions exécutives et par la suite aider la personne à mettre en place des moyens de compensation. Par la suite, la réinsertion pourra être mieux appréhendée. Le TEM évalue les troubles des fonctions exécutives à travers des tâches de la vie quotidienne. Ce test est réalisé le plus souvent dans un milieu communautaire. Cela permet d'apprécier la capacité d'adaptation de la personne. L'ergothérapeute pourra à la suite de ce test mettre en place des stratégies compensant les déficits identifiés.

#### *1.2.2.3. Les activités de vie quotidienne*

D'après Azouvi, les activités de la vie quotidiennes sont « les tâches familières sollicitant des processus cognitifs tel que l'ordonnancement séquentiel des actions, sélection des objets et outils pour atteindre des buts pratiques » (13). D'après Pradat-Diehl, les activités de vie quotidienne, dites « activity of daily living » ne se résument pas qu'à la toilette, l'habillage, la prise des repas et les déplacements limités au domicile. Les activités complexes de vie quotidienne (« instrumental activity of daily living ») sont tout aussi importantes comme les déplacements à l'extérieur par les transports en commun ou la conduite automobile, les activités de loisirs, la gestion du budget, l'intégration scolaire ou professionnelle (32). L'utilisation d'outils permettant de s'organiser, la capacité d'exécuter ce qui est programmé ou la capacité de mobiliser les moyens de communication font partie intégrantes des activités instrumentales de la vie quotidienne (13).

Une personne ayant un traumatisme crânien sévère est souvent limitée dans l'élaboration des tâches de la vie quotidienne. Le but de la prise en soin est tout d'abord d'évaluer les capacités et les incapacités grâce à des outils. L'échelle d'autonomie de

Katzin (IADL), la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) ou l'échelle de Barthel peuvent être des outils dont l'ergothérapeute se sert pour l'évaluation. D'après une étude, Hoofien démontre que les traumatisés crâniens graves ne retrouvent pas une autonomie optimale dans les activités de la vie quotidienne (33). Les perturbations dans les AVQ évoquent des dysfonctionnements des fonctions exécutives et ainsi des restrictions de participation (13). Augmenter les capacités des fonctions exécutives et compenser les déficits lorsque cela est nécessaire relèvent du champs d'action de l'ergothérapeute (16). L'ergothérapeute est en mesure de déterminer les habitudes de vie de la personne à travers le discours de la victime ou de l'entourage. Le réapprentissage des habitudes de vie se fait par le biais de mises en situation au quotidien.

#### *1.2.2.4. Les moyens de compensation*

L'ergothérapeute pourra être amené à utiliser une approche holistique dans un second temps pour une « reconstruction » et la réinsertion socio-professionnelle (34). L'approche holistique relève de l'holisme, c'est-à-dire « qui s'intéresse à son objet comme constituant un tout ». L'approche holistique prend en compte la personne dans sa globalité. La mise en place des moyens de compensation est aussi un champ de compétences de l'ergothérapeute : cela consiste en la mise en place de stratégies cognitives pour compenser l'effet du ralentissement et éviter au patient de se trouver dans une situation contrainte temporelle difficile à gérer (35). L'aménagement de l'environnement peut être utilisé comme moyen de compensation (des plannings, agendas ou check-list peuvent être conseillés par l'ergothérapeute sous réserve d'un besoin et d'une utilisation adaptée).

Plusieurs thérapeutes sont en charge d'améliorer les fonctions cognitives en service de rééducation ou de réinsertion. Les principaux sont : le neuropsychologue et l'ergothérapeute (8). Le neuropsychologue va orienter sa prise en charge sur une rééducation cognitive brute avec des évaluations et des exercices neuropsychologiques aidant le patient à améliorer ses capacités mnésiques ou attentionnelles. L'ergothérapeute va se servir de ce travail pour l'appliquer sur des activités concrètes ; activités de vie quotidienne. Les troubles cognitifs sont abordés de deux manières différentes (neuropsychologique et ergothérapique), cela permet

d'avoir une prise en soin globale. La pluridisciplinarité est essentielle pour mener le projet de vie du patient à bien.

La personne ayant subi le traumatisme crânien sévère passe par la phase de coma, de rééducation, puis par celle du retour à domicile en ayant perdu les repères mis en place avant l'accident. Souvent, la personne n'a plus de projet de vie, le retour à la réalité que ce soit de l'ordre social ou professionnel est souvent difficile seul. Pour cela, la victime peut être accompagnée par des professionnels afin de mettre en place des moyens pour réussir à se réinsérer dans la société et dans le monde du travail.

### 1.3. Réinsertion socio-professionnelle

#### 1.3.1. Définition

Les conséquences du traumatisme crânien grave peuvent avoir des répercussions dans la vie quotidienne, sur la qualité de vie et sur la réinsertion professionnelle (5). En effet, les difficultés principales des traumatisés crâniens graves sont la réintégration au sein de leur vie de famille, la réintégration professionnelle et la reprise des activités de loisirs antérieures à l'accident. Les victimes sont souvent jeunes et en période tremplin pour trouver du travail ainsi que leur place dans la société. Le traumatisé crânien grave a alors besoin d'un environnement social, familial ou professionnel stable et organisé (16).

Cinq facteurs favorisant la réinsertion ont été établis (36) :

- La motivation du blessé
- La conscience et l'acceptation suffisante de son handicap
- La stabilisation émotionnelle
- Le parent ou référent professionnel disponible
- La « reconstruction » de l'identité

La réinsertion est un pilier pour la reconstruction du patient victime d'un traumatisme crânien grave (37).

#### 1.3.2. Réinsertion sociale

L'aspect social est très important pour tout individu. L'ergothérapeute est un intervenant incontournable dans le processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale (30). Pour les victimes de traumatisme crânien grave, la

réinsertion sociale reste un problème, en particulier au niveau de l'autonomie sociale (38). Nous entendons par *autonomie sociale* la capacité à ne dépendre de personne, c'est-à-dire être indépendant (« indépendance matérielle ou intellectuelle ») (39).

Au retour d'hospitalisation, la personne peut retourner dans son environnement. Le retour peut s'effectuer en collaboration avec la famille. La famille reste généralement importante tout au long de la réadaptation et de la réinsertion du traumatisé crânien (22). La famille est considérée comme actrice du rétablissement de la personne. Le retour au domicile avec les différentes activités de vie quotidienne peut être encadré par la famille (22).

Vivre hors de chez ses parents, avoir une relation conjugale, avoir des loisirs ou encore trouver un travail sont des difficultés. Ces difficultés peuvent se traduire par des effets néfastes sur la personne et son entourage comme le suicide, le chômage ou la toxicomanie (40). Également, s'assumer financièrement est quelque chose de fondamental dans une vie d'adulte. Or, certains patients ont besoin d'une aide financière ou d'une protection juridique car ils ne sont plus en mesure de gérer le côté administratif ou de prendre des décisions (41). La personne traumatisée crânien grave a des difficultés à le faire en sortie de rééducation et au retour au domicile (36).

De plus, les loisirs permettent à la personne d'accéder à un environnement social. D'après Montreuil (36), un tiers des blessés n'ont aucun loisir extérieur. Pour ceux ayant des loisirs avant l'accident, une baisse de motivation est constatée pour les pratiquer de nouveau.

Les troubles de la communication peuvent être un des facteurs à l'origine d'un isolement social. Le traumatisé crânien sévère a des troubles de la construction de discours en rapport avec le syndrome dysexécutif et cela constitue un handicap social. Le manque d'initiative d'aller vers les autres, d'avoir peur que la conversation soit trop compliquée ou longue sont aussi des facteurs à l'isolement social. Une corrélation entre les différents troubles que peut engendrer un traumatisme crânien grave (fatigue mentale, manque de flexibilité, désorganisation conceptuelle, planification difficile ou encore des difficultés d'attention, de mémoire) et l'isolement social peut être établie (41). Tous ces paramètres sont à prendre en compte et peuvent rendre difficile

l'adaptation des personnes et de leur entourage à des situations complexes. Les projets de vie sont donc adaptés à la personne.

Si la personne traumatisée crânien grave a une autonomie restreinte et qu'elle souhaite rester au domicile, des professionnels comme le réseau Traumatisme Crânien (TC), le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) peuvent intervenir pour gérer les gestes de la vie quotidienne. La personne ayant subi le traumatisme crânien grave peut donc prétendre à une réinsertion sociale en milieu de droit commun.

### 1.3.3. Réinsertion professionnelle

Sur le plan professionnel, le fait de ne pas être considéré comme dans la « norme » sociale est un critère de désillusion et de démotivation pour les personnes ayant un traumatisme crânien grave (18). La reprise du travail est importante et est une source de motivation pour beaucoup de personnes. Entre 35 et 50% des traumatisés crâniens graves retrouveraient un emploi (42). La moyenne d'arrêt est environ de deux ans. Au-delà de cinq ans sans exercice professionnel, la reprise est très faible. Les facteurs influençant la reprise du travail sont nombreux et décrits par Crépeau et Scherzer en 1993 : l'âge, le sexe (masculin), avoir une situation professionnelle antérieure à l'accident, séquelles physiques et cognitives peu invalidantes, état affectif positif, peu de troubles du comportement (pas de consommation de drogue au préalable). Également, si un ralentissement cognitif persiste de manière chronique, cela constitue un facteur de mauvais pronostic pour les capacités de retour au travail à distance de l'accident (5).

Pour favoriser la réinsertion socio-professionnelle, après la lésion cérébrale, une prise en soin dès la phase de rééducation est recommandée (43).

En structure MPR, l'équipe pluridisciplinaire a pour but de limiter les handicaps du patient et préparer la sortie dans l'optique d'une réinsertion. La prise en soin doit avoir pour but d'intégrer sa famille, la vie au domicile, le travail et les loisirs dans un projet de vie adapté (44). La sortie après des mois d'hospitalisation est un moment tant attendu mais à la fois délicat pour le patient et sa famille. C'est à ce moment qu'ils découvrent les difficultés de la vie quotidienne. Afin de continuer un suivi régulier, un

réfèrent professionnel peut avoir en charge la personne victime du traumatisme crânien. Aussi, sur le plan médical ou psychique, des consultations peuvent être effectuées dans une structure MPR.

Également, des unités d'insertion socioprofessionnelle dans des centres de rééducation existent : COMETE (COMmunication Environnement Tremplin vers l'Emploi). C'est un réseau qui est intégré dans différents centres de rééducation fonctionnelle en France. Cela permet dès la phase de prise en soin la préparation de la réinsertion sociale et professionnelle pour éviter que la personne ayant subi un traumatisme ne soit trop longtemps mise à l'écart de l'emploi. D'après une étude du CREDOC en 2003 (45), les patients pris en charge par COMETE avaient deux fois plus de chances de retrouver du travail que les autres trois ans après leur sortie du centre de rééducation.

Les patient suivis par les équipes COMETE déclarent avoir été aidés concernant la vie quotidienne et professionnelle (46).

Aussi, un accompagnement dans la réinsertion professionnelle des personnes cérébrolésées peut être proposé environ deux ans après le traumatisme crânien. Ce sont des établissements médico-sociaux pour l'évaluation et la réinsertion spécifiques aux traumatisés craniocérébraux : les Unités d'Evaluation et de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS). Ces unités d'évaluation sont chargées d'identifier les potentielles difficultés et d'élaborer un programme de réentraînement à la vie sociale et professionnelle (37). Ce programme est divisé en trois phases : la phase d'évaluation (rencontre avec l'équipe pluridisciplinaire pour traiter les difficultés sociales, médicales, psychologiques, neuropsychologiques, fonctionnelles et professionnelles), la phase de réentraînement qui a pour objectif de limiter voire réduire les conséquences des troubles dans les activités de vie quotidienne et la phase d'élaboration du projet de vie comprenant les évaluations de contrôle pour permettre une réinsertion réussie. La prise en soin est soit individualisée ou collective, adaptée à chaque personne. Cela dure en moyenne vingt-quatre semaines et débouche le plus souvent sur des préconisations ou des formations (43).

### 1.3.4. La prise en soin en ergothérapie

#### 1.3.4.1. *Une approche holistique de la personne*

Le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) de Law et al (*Annexe 1*) a été mis en forme en 1996. Il permet de mettre en relation la personne et l'environnement et d'expliquer les comportements par l'étude de l'environnement (28). Différents concepts sont mis en évidence dans ce modèle. La personne est au centre et est définie comme un individu unique assumant des rôles qui changent selon leur signification, leur importance et leur durée. Également, chaque composant de l'environnement a sa place. Le concept d'occupation regroupe les activités, des tâches quotidiennes aux occupations. Cela permet de contribuer aux besoins de soins personnels, d'expression et de réalisation de soi (28). L'équilibre entre ces différents composants favorise la performance occupationnelle. Les restrictions occupationnelles sont identifiées. Le thérapeute ainsi que le patient sont tous les deux acteurs de cette identification. Également, les forces et les faiblesses de la performance occupationnelle sont précisées. Celles-ci sont mises en évidence grâce à l'analyse des conditions environnementales de la personne, des occupations et des caractéristiques personnelles. Dans un autre temps, il est nécessaire de rassembler toutes les informations recueillies et d'élaborer un plan d'intervention afin de pallier aux troubles de la personne (28).

Aussi, le modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P) peut être corrélé au PEO. Évaluer la personne en début de prise en soin est essentiel, la mesure canadienne du rendement occupationnel peut être un outil complémentaire pour permettre d'identifier les problèmes, de les hiérarchiser par ordre d'importance et de connaître la satisfaction du patient (28). Le MCRO-P prend également en compte la personne, l'environnement et l'occupation en précisant davantage les domaines observés et évalués.

La performance occupationnelle est le résultat entre la personne, l'environnement et l'occupation. C'est l'aboutissement de l'engagement de la personne dans son activité.

#### 1.3.4.2. *La recherche de la performance occupationnelle*

Le modèle PEO permet à l'ergothérapeute d'avoir un choix d'intervention dans différentes situations sans avoir de limitation sur les caractéristiques de la personne. Ce modèle est une ressource pour l'ergothérapeute et peut compléter ses données

avec les mesures du MCRO pour étayer les problèmes. Grâce au PEO, nous allons pouvoir approfondir l'importance d'un réapprentissage des fonctions exécutives chez une personne traumatisée crânien sévère dans le but d'une réinsertion socio-professionnelle.

Les caractéristiques personnelles incluent les domaines affectif et cognitif. Concernant l'aspect affectif de la personne traumatisée crânien grave, elle présente souvent des troubles en ce qui concerne le contrôle des émotions et des troubles du comportement (irritabilité, mauvaise humeur, fatigue, accès de violence) (5). L'aspect cognitif est également beaucoup impacté notamment pour les fonctions exécutives avec un discours désorganisé et incohérent (16).

Les conditions environnementales sont de l'ordre du social qui représente une dimension délicate et difficile à retrouver pour une personne ayant un traumatisme crânien sévère. Le rapport à l'autre n'est plus perçu de la même manière (5). Le domaine institutionnel est également important pour avoir un soutien à l'emploi ou aux procédures des services juridiques. Le passage dans des structures spécialisées est primordial.

L'occupation, si l'on fait le lien avec le MCRO-P élaboré par l'Association Canadienne des ergothérapeutes, est défini en trois dimensions : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Deux dimensions parmi l'occupation peuvent être corrélées au sujet de cette étude. La productivité peut être mis en lien avec l'activité professionnelle et ainsi la réinsertion professionnelle. Également, les loisirs peuvent être liés à la réinsertion sociale des traumatisés crâniens graves.

La performance occupationnelle peut être mise en valeur lorsque la personne a trouvé le juste équilibre avec son environnement et ses occupations significatives et significatives. La performance occupationnelle chez les personnes ayant un traumatisme crânien sévère et voulant se réinsérer socio-professionnellement, est l'aboutissement d'un projet professionnel et d'un environnement social adéquat et valorisant pour la personne.

De plus, la prise en charge peut être individualisée ou collective et surtout adaptée à la personne. L'ergothérapeute se penche sur les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent la capacité d'agir (47). Dans cet axe de travail là, l'environnement du patient est mis en avant pour faciliter la réinsertion sociale et



professionnelle. Pour que la prise en charge soit globale et complète, le travail devra être mené en équipe.

Ainsi, l'ergothérapeute a un champ d'intervention large dans les structures de réinsertion. Il peut se concentrer sur la rééducation cognitive de la personne, sur l'autonomie dans les activités de vie quotidienne, sur l'adaptation à de nouveaux environnements ou sur l'autonomie dans les activités de vie sociale. La récupération des fonctions exécutives peut être améliorée par la pratique ergothérapique.

En parallèle ou après l'étape de rééducation, le patient traumatisé crânien grave doit formuler ses objectifs de vie sociale et professionnelle pour pouvoir se réinsérer dans la société. L'ergothérapeute a des possibilités d'intervenir dans ce domaine dans des structures spécialisées (UEROS, SAMSAH, FAM, ESAT<sup>1</sup>, post-rééducation...).

C'est à partir de ces concepts et théories que j'ai pu poser ma question de recherche :

**En quoi l'ergothérapeute participe activement au réapprentissage des fonctions exécutives dans le processus de réinsertion socio-professionnelle pour les victimes de traumatisme crânien sévère ?**

## 2. Hypothèses

Grâce à la question de départ et aux recherches qui en découlent, des hypothèses ont pu être dégagées afin de répondre à la question de recherche.

Les hypothèses qui émergent sont les suivantes :

- Hypothèse principale : la mise en place de stratégies de compensation permettrait de palier le handicap après un traumatisme crânien grave.
- Hypothèse secondaire : la mise en place de programme de rééducation cognitive serait bénéfique.

---

<sup>1</sup> ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

### 3. Présentation de la méthodologie

Tout d'abord, les notions théoriques pour contextualiser le sujet ont été posées. Puis dans cette partie, la pratique ergothérapique sera mise en avant.

De plus, le pronom personnel « je » sera utilisé dans cette partie car c'est l'aboutissement de mon travail sur le terrain.

Cette recherche, à titre indicatif, a un caractère hypothético-déductif. Effectivement, j'ai pu effectuer de nombreuses recherches qui m'ont permis de formuler une problématique et d'apporter des hypothèses.

Ma recherche interroge le rôle de l'ergothérapie dans un processus de réinsertion socio-professionnelle pour les traumatisés crâniens sévères. Et particulièrement, en quoi l'ergothérapeute participe au réapprentissage des fonctions exécutives pour favoriser cette réinsertion.

Afin de répondre à la question de recherche et aux hypothèses citées précédemment, des recherches concrètes auront lieu. C'est ainsi que la théorie sera comparée aux données qualitatives recueillies auprès des professionnels. Cette recherche s'inscrit dans le paradigme phénoménologique car c'est une analyse de pratique.

#### 3.1. Choix de la population

##### 3.1.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Afin de répondre à la question de recherche de la manière la plus précise, j'ai dû sélectionner les participants. J'ai souhaité intégrer à ma recherche :

- Des ergothérapeutes diplômés travaillant en France
- Des ergothérapeutes exerçant avec des personnes ayant un traumatisme crânien sévère
- Des ergothérapeutes ayant des connaissances sur la réinsertion socio-professionnelle
- Des ergothérapeutes exerçant en UEROS ou dans des unités COMETE

En revanche, j'ai également établi des critères de non-inclusion. Je n'ai pas souhaité inclure dans ma recherche :

- Des personnes ne possédant pas de diplôme d'ergothérapie

- Des personnes n'exerçant pas l'ergothérapie en France
- Des ergothérapeutes n'ayant jamais exercé avec des personnes ayant un traumatisme crânien grave

### 3.1.2. Prise de contact

Afin de réaliser la phase expérimentale de ce sujet, j'ai contacté plusieurs structures. Dans un premier temps, j'ai recherché les établissements ayant des UEROS ou des unités COMETE ; grâce au site internet des établissements de réadaptation professionnelle en France<sup>2</sup> et également COMETE<sup>3</sup>. Après avoir répertorié les structures dans un tableau Excel, j'ai contacté les secrétariats pour obtenir les mails des ergothérapeutes. J'ai effectué ces démarches du 20 décembre 2020 au 29 janvier 2021. Entre ces dates, j'ai envoyé un mail à vingt ergothérapeutes, j'ai eu quatre réponses positives. Un ergothérapeute a refusé et quinze ergothérapeutes ne m'ont pas répondu.

J'envisageais au minimum quatre retours d'expériences auprès d'ergothérapeutes travaillant en UEROS ou en unité COMETE car cela représente un panel minimal pour un travail de recherche significatif. Cela a été respecté car je me suis entretenue avec quatre ergothérapeutes travaillant en UEROS.

## 3.2. Outil de recueil de données

### 3.2.1. Choix de l'outil

Deux possibilités sont envisageables pour recueillir des données : le questionnaire et l'entretien. L'entretien paraît être l'outil le plus pertinent. L'utilisation de l'entretien permet le contact direct avec les personnes interrogées. Les interactions sont enrichissantes et constructives et permettent de récolter le maximum d'informations. L'entretien permet aussi d'observer les comportements. Celui-ci se déroulera en présentiel ou en visio-conférence.

Plus particulièrement, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs. Cela permet de poser des questions ouvertes qui seront préparées en amont. Ces

---

<sup>2</sup> <https://www.fagerh.fr>

<sup>3</sup> [www.cometefrance.com](http://www.cometefrance.com)

échanges permettent d'ouvrir le sujet et à la fois de recadrer l'interviewé lorsqu'il y a digression : cela dynamise l'échange.

L'objectif de ces différentes questions est de comprendre la pratique ergothérapique durant une prise en charge de traumatisme crânien grave et de mieux appréhender le réapprentissage des fonctions exécutives dans un processus de réinsertion socio-professionnelle.

Également, je chercherai à savoir si l'ergothérapie est un outil clé dans la réinsertion socio-professionnelle, ici, des traumatisés crâniens graves.

### 3.2.2. Guide d'entretien

Pour faciliter la passation des entretiens auprès des ergothérapeutes, l'élaboration d'un guide d'entretien est nécessaire. Cela consiste à rédiger au préalable des questions auxquelles devront répondre les ergothérapeutes (*Annexe 2*).

Tout d'abord, j'ai repéré les grands thèmes de l'étude mis en évidence grâce au modèle conceptuel choisi, le PEO. Puis, selon les recherches bibliographiques et les hypothèses de recherche, neuf questions ouvertes ont été construites. Les thèmes abordés sont dans un ordre précis mais peuvent être traités différemment selon la pertinence des réponses de l'interviewé. Également, des phrases de reformulation ont été écrites pour réexpliquer au mieux la question à l'interlocuteur en cas de non-compréhension.

Afin d'introduire le sujet de l'étude, une vérification des critères d'inclusion a été réalisé en demandant le parcours professionnel de l'ergothérapeute. Dans un second temps, le thème de la recherche a été rappelé pour pouvoir poser les conditions de l'entretien. Ensuite, les neuf questions ont été posées.

Les thèmes choisis sont en lien avec le modèle conceptuel Personne-Environnement-Occupation. Les voici :

- Thème 1 : Traumatisme crânien et troubles cognitifs

La première question traite de la proportion de personnes ayant des troubles cognitifs dans le service où l'ergothérapeute interrogé travaille. L'objectif de cette question est de connaître le réel impact des troubles cognitifs chez un traumatisé crânien grave.

- Thème 2 : Troubles des fonctions exécutives

La seconde question concerne la prise en charge ergothérapique d'un traumatisé crânien grave ayant des troubles des fonctions exécutives. Cela permet d'observer les différentes manières d'accompagner les patients dans leurs difficultés.

La troisième question traite des activités thérapeutiques mises en place pour améliorer la récupération des fonctions exécutives. Le but à travers cette question est de connaître les axes de travail de l'ergothérapeute et d'établir les objectifs pour chaque activité.

- Thème 3 : Environnement du cérébrolésé : professionnel et social

La question suivante concerne le lien entre les activités thérapeutiques proposées et le projet professionnel de la personne. L'objectif de cette question est de savoir si l'ergothérapeute se préoccupe de la mise en place des activités thérapeutiques du projet professionnel souhaité par le patient.

La question suivante s'axe sur l'environnement social du traumatisé crânien grave. Cela permet de ressortir l'importance ou non de l'ergothérapie dans l'aspect social de la rééducation. De plus, le but est de savoir si la performance occupationnelle est atteinte et équilibrée.

- Thème 4 : Accompagnement en ergothérapie

La sixième question traite des difficultés rencontrées lors de la prise en soin ergothérapique des traumatisés crâniens graves. L'objectif de cette question est de repérer les notions difficiles à aborder chez une personne ayant subi un traumatisme crânien grave.

La question suivante concerne l'intervention en pluridisciplinarité pour l'accompagnement des personnes traumatisés crâniens graves. Cette question permet de savoir si l'ergothérapeute est en lien avec d'autres professionnels et plus particulièrement le neuropsychologue.

- Thème 5 : Réinsertion

La huitième question s'axe sur la revalorisation du patient dans la prise en charge ergothérapique. Cela permettra de savoir si c'est un des objectifs en ergothérapie. Si la revalorisation est améliorée par les patients, la performance occupationnelle sera atteinte.

La dernière question concerne la place de l'ergothérapie dans la réinsertion socio-professionnelle. Cela permet d'avoir des regards différents sur la place de l'ergothérapie actuelle dans la société et ainsi de mettre en avant ou non la place de l'ergothérapeute au sein de structures spécialisées dans la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens graves.

Pour conclure l'entretien, une question générale est posée afin de s'assurer que l'interviewé n'ait pas d'autres informations à me communiquer. Des remerciements pour les réponses apportées et le temps accordé sont formulés.

### 3.2.3. Validation du guide d'entretien

Après la conception du guide d'entretien, l'authenticité des questions doit être vérifiée si possible avant la réalisation des interviews auprès des ergothérapeutes sélectionnés. J'ai expérimenté mon guide d'entretien auprès d'un étudiant ergothérapeute et à une personne n'ayant pas de connaissances approfondies sur l'ergothérapie pour la syntaxe des questions. Suite à ces essais, cela m'a permis d'effectuer des ajustements concernant certaines formulations de questions ou d'approfondir le questionnement de certains thèmes.

### 3.2.4. Réalisation des entretiens

Etant dans un contexte sanitaire particulier et des situations géographiques trop éloignées, le recueil des informations n'a pu se faire qu'en distanciel et par voie téléphonique. Ainsi, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable. Au préalable, le formulaire de consentement des interviewés a été rempli, signé et renvoyé. Le recueil des informations et leur conservation permettra une retranscription précise et facilitera l'analyse. De plus, les ergothérapeutes qui ont été interviewés étaient sur leur lieu de travail. Les jours et heures des entretiens ont été choisis par les ergothérapeutes interrogés.

### 3.2.5. Limites et biais de l'outil de recueil

L'entretien présente des limites. La population interrogée est restreinte puisqu'il n'y a eu que quatre ergothérapeutes interviewés. Ce nombre de réponses ne peut pas permettre une généralisation des pratiques. De plus, la faible existence d'unité de

réinsertion en France et le nombre restreint d'ergothérapeutes travaillant dans ces unités limitent mes recherches.

Cette méthode demande du temps pour la réalisation et l'analyse ainsi qu'une disponibilité totale de ma part afin de fluidifier la discussion. La durée de l'entretien étant longue, la fatigue peut provoquer un manque de concentration. Également, la personne interrogée peut être influencée par la tournure de phrases que j'ai employé et donc biaiser la neutralité des propos.

## 4. Analyse des résultats

### 4.1. Personnes interrogées

La première question de l'entretien concerne la présentation professionnelle afin de vérifier les critères d'inclusion (Tableau 1). Afin de respecter l'anonymat, les ergothérapeutes interrogés seront nommés E1, E2, E3 et E4.

*Tableau 1 : Présentation professionnelle des ergothérapeutes interrogés*

<b>Ergothérapeute</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Structure</b>	UEROS	UEROS	UEROS	UEROS
<b>Expérience dans la structure</b>	6 ans et demi	17 ans	17 ans	1 an et demi
<b>Année d'obtention du diplôme</b>	1999	1991	2001	2018
<b>Durée de l'entretien</b>	30 minutes	45 minutes	30 minutes	31 minutes

### 4.2. Méthode employée

Lors de la phase de réalisation des entretiens, j'ai pu effectuer quatre entretiens auprès d'ergothérapeutes exerçant en UEROS et prenant en charge des personnes ayant un traumatisme crânien grave. Après avoir réalisé ces entretiens par téléphone et les avoir enregistrés, une retranscription écrite mot pour mot de chacun d'eux sur un logiciel de traitement de texte a été réalisée. Puis, j'ai lu chaque verbatim recueilli afin d'intégrer toutes les notions qui ont été abordées lors des entretiens.

Par la suite, des tableaux ont été réalisés avec quatre lignes. Celles-ci reprennent la question, le corpus, le codage et la catégorisation pour les neuf questions. La

conception du corpus « est précédé d'investigations empiriques » (48). Cela correspond aux verbatims retranscrit.

Le codage permet de transformer, effectué selon des règles précises, des données brutes de texte d'après Laurence Bardin (49). Cela permet d'aboutir à une représentation du contenu. D'après Holsti, « le codage est le processus par lequel les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu » (49).

Après avoir relevé les éléments importants du corpus et mis entre guillemets dans la partie codage, la partie catégorisation a été réalisée. Cela consiste à effectuer « une classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre d'après des critères préalablement définis » (50). Les catégories sont en corrélation avec les recherches bibliographiques faites en amont de la partie méthodologique et d'analyse. Pour cela, j'ai regroupé les différentes informations mises en valeur dans la partie codage par thèmes liés au cadre théorique.

### 4.3. Analyse longitudinale

L'utilisation de l'analyse catégorielle semble pertinente face au sujet traité. Cette technique d'analyse fonctionne donc par opérations de découpage du texte en unités puis en classant ces unités en catégories selon des regroupements analogiques (51) (*Annexe 3*). Les mots mis entre guillemets correspondent aux termes exacts cités par les ergothérapeutes lors des entretiens. Une analyse de chaque réponse de E1 sera effectuée, puis de E2, E3 et E4. Les personnes intégrant l'UEROS sont considérées comme des « stagiaires ».

#### Entretien n°1

Selon E1, les traumatisés crâniens graves dans le service UEROS ont tous des « troubles cognitifs ». E1 met en avant le fait de commencer la prise en soin par un « module d'évaluation de cinq semaines », et ensuite un « module de réentraînement ». L'élément qui ressort est « la prise de conscience des difficultés » de la personne pour trouver un projet adapté à ses capacités. E1 décrit les « évaluations » passées au cours de la prise en soin. Des « mises en situation pour compléter » celles-ci seront réalisées. E1 s'axe sur « des mises en situation de vie quotidienne », notamment le « bilan du profil des AVQ » et des « activités de vie



quotidienne complexe ». Le travail de la « concentration ou de la patience » est fait à partir de mises en situation. Également, E1 met en valeur la mise en place d'aides techniques, appelées « les orthèses mentales ». Des entretiens sont réalisés tout au long de la prise en soin pour tenir compte de la conscience des difficultés et l'évolution du projet du patient. E1 participe aussi à un « module de réentraînement » qui dure cinq semaines. Le travail est basé sur les difficultés du patient. Des « ateliers sur la compréhension du cerveau » et de la cérébrolésion sont menés avec la neuropsychologue. E1 utilise des exercices sur les fonctions cognitives, la planification, des « exercices papiers-crayons » ou des mises en « situation concrètes » comme les « recettes de cuisine ou les courses » pour améliorer les capacités exécutives.

E1 met en avant la corrélation entre les activités thérapeutiques et le projet professionnel en amenant cela par des mises en situation pratiques se rapprochant de l'objectif professionnel afin de « mettre en évidence les difficultés » rencontrées. L'utilisation d'ateliers avec différentes « formations » (« horticulture, mécanique, secrétariat, vente, cordonnerie, maroquinerie ») est proposée afin de s'orienter professionnellement en fonction de ses capacités cognitives. L'accompagnement de la personne dans le projet est essentiel selon E1. Lorsque le stagiaire n'est pas en mesure de choisir un projet selon ses capacités, E1 l'accompagne à la « non-reprise professionnelle » avec des « activités occupationnelles » ou du « bénévolat ».

L'environnement social est important dans le projet de la personne d'après E1. Notamment, « la famille ou les proches » peuvent être au centre de la prise en soin en participant à différentes étapes du projet. Lorsque le projet professionnel est favorable, « l'employeur peut être en contact » avec l'UEROS. E1 peut être amené à proposer un accompagnement et/ou une compréhension de la lésion cérébrale auprès de l'employeur.

Durant la prise en soin d'un traumatisé crânien grave, E1 rencontre des difficultés. « L'anosognosie » représente un obstacle car l'aboutissement du projet va être inadapté. La « fatigabilité de la personne » représente une limite selon E1 car trouver un poste de quelques heures et s'adapter au milieu ordinaire est difficile. La Covid-19 semble être un frein à l'acceptation de « stages » ou de visites pour les patients et peut mettre en difficulté E1 dans l'accompagnement sur le long terme. « L'adhésion »,

pour E1, est élémentaire pour trouver des « solutions » afin « d'améliorer la qualité de vie » qui est le « but ultime » de la prise en soin.

La prise en soin est rythmée grâce à l'équipe pluridisciplinaire travaillant « beaucoup ensemble », qui est composée d'un « neuropsychologue », « des chargés d'insertion professionnelle » qui sont en collaboration avec E1 pour se compléter sur les observations, les aménagements et/ou le projet professionnel. Des « éducateurs spécialisés, assistantes sociales, psychologue du travail » collaborent également avec E1.

E1 constate que le stagiaire arrivant à l'UEROS a « une estime de soi basse ». E1 travaille cet « objectif » tout au long de la prise en soin en « valorisant » le patient et en étant « bienveillant ». Mettre en évidence les « capacités » permet d'appuyer sur ce qui est positif. Aussi, l'effet de « groupe » améliore l'estime de soi.

E1 conclut sur le fait que l'ergothérapie a sa place dans « l'évaluation » et le travail de « l'autonomie dans la vie quotidienne ». L'ergothérapie, d'après E1, a une place aussi dans le « réentraînement » et « la compensation » des troubles grâce à des « aides techniques ». E1 exprime le fait que « la formation de l'entourage ou de l'employeur sur les difficultés » rencontrées par les traumatisés crâniens graves relève de la profession de l'ergothérapeute. E1 met en avant la « complémentarité » des diverses professions pour permettre la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens graves.

### Entretien n°2

Selon E2, les stagiaires entrant en UEROS ont « tous des troubles cognitifs ». La prise en soin à l'UEROS a lieu « trois ans après la lésion cérébrale ». Pour E2, « la prise de conscience » des difficultés est essentielle. Pour cela, E2 « confronte » les stagiaires à des « tâches concrètes » et des « mises en situation ». La prise en soin se fait en « trois phases » : « la phase d'évaluation » pour que la prise de conscience se fasse, la « phase de réentraînement » où des « moyens de compensation » sont mis en place et « la phase d'orientation » où le « projet » est défini. Tout d'abord, E2 « axe » la prise en soin « sur l'estime de soi » afin de mettre la personne « à l'aise » au sein du service. Ensuite, des évaluations sous forme de mises en situation sont

utilisées ; cela peut être sous forme de « tâches de la vie quotidienne ». La réalisation de « repas » serait un exercice évaluant les fonctions exécutives d'après E2 où les « dysfonctionnements » exécutifs seront identifiés. E2 utilise des « mises en situation » individualisées pour permettre au patient d'identifier ses difficultés et analyse ensemble les étapes d'organisation et l'énergie dépensée. Des « fiches projets » sont utilisées pour analyser les activités. E2 propose des « outils d'organisation » en posant « les étapes » avec le patient par écrit avant de réaliser l'activité concrètement. Une complémentarité avec la « neuropsychologue » du service est observée lors d'ateliers sur le fonctionnement du « cerveau » où des « exemples » concrets sont apportés par E2. Des notions sur le « comportement » sont aussi travaillées avec les patients autour de groupe de parole et « d'analyse » de situation. La « communication » est également abordée par E2 car elle est importante et essentielle au sein de l'UEROS ainsi qu'à la sortie. Selon E2, les activités proposées doivent pouvoir aider à gérer son « quotidien ». Des activités thérapeutiques « écologiques » sont effectuées, comme les « déplacements », les « courses » dans d'autres communes pour travailler l'adaptation. E2 peut également intervenir « à domicile » pour observer « l'organisation, la gestion du ménage ou du courrier ». A l'UEROS, les activités sont orientées en fonction « de la personne ».

Également, E2 peut proposer des activités en lien avec le projet professionnel du stagiaire. Grâce aux « mises en situation », E2 va pouvoir déterminer « les difficultés de la personne » pour ensuite permettre de viser un type d'emploi en « lien avec le psychologue du travail ». L'évaluation en amont des « capacités attentionnelles, mnésiques et organisationnelles » est très importante pour déterminer le projet. Le type de milieu, « ordinaire », « protégé » ou « ESAT », est identifié. Aussi, E2 recueille des « données sur le parcours de la personne » pré-accident afin de faire une « projection sur le futur ». E2 « interroge le génogramme » pour recueillir des « métiers » qui pourraient intéresser le patient. Ce travail est corrélé avec la « chargé d'insertion professionnelle » qui détermine le projet. E2 peut revoir avec le patient le projet s'il est dans le « déni ou anosognosique ». E2 exprime le fait qu'une reprise professionnelle est « rare » dans un milieu ordinaire après un traumatisme crânien grave.

Tout au long de la prise en soin, l'environnement social est inclus. E2 est formé à la « thérapie familiale » et « reçoit les familles » en entretien. Cela peut être le « conjoint » ou les « parents ». E2 insiste sur le droit de « parole de l'entourage ».

D'après E2, être en contact avec les « racines » familiales permet aux professionnels de « rentrer un peu plus dans leur façon de voir le monde ».

Au cours de la prise en charge des traumatisés crâniens graves, E2 rencontrent des difficultés. « L'anosognosie » est un point important. Pour E2, une « récupération naturelle » serait plus adéquate et non forcée pour éviter tout « heurt ». « L'internat » est également un autre frein car les relations fluctuent entre les patients. D'après E2, le comportement est un aspect compliqué à gérer : « le soir si c'est shooter dans les boîtes et taper sur sa compagne c'est pas la peine ». Selon E2, ce « n'est pas simple dans la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens graves ».

Pour faire face aux difficultés, E2 travaille avec « une équipe pluridisciplinaire » avec « des discussions tous les vendredis ». Le « psychologue du travail », « l'éducateur » font parti de l'équipe. E2 travaille avec le « neuropsychologue » qui, lui, est « rarement dans le concret » avec les personnes. D'autres postes sont en « vacation » comme « une psychomotricienne », « un médecin psychiatre » et « une médecin MPR ».

Aussi, E2 intègre dans sa prise en soin la valorisation du patient. Arrivé à l'UEROS, la personne peut être « échouée dans son estime de soi ». C'est pour cela que E2 met en avant les capacités lors des activités thérapeutiques. L'effet de groupe est également un moyen de parler de soi. La « revalorisation » peut se faire lors des « repas en groupe », la « confiance » en soi se gagne au fur et à mesure « en faisant à manger, en observant les autres ».

E2 conclut sur le fait que l'ergothérapie a un rôle « central » dans la réinsertion socio-professionnelle. « La vie quotidienne » est un axe important dans la réinsertion et l'ergothérapie y est spécialisée. La lésion cérébrale touche toutes les composantes de la personne et l'ergothérapie y répond bien d'après E2. E2 s'occupe également de la « régularisation de permis de conduire » et de « la coordination » avec les médecins « sur les aspects médicaux ». Selon E2, l'ergothérapie a un lien avec « tous les corps de métier ». E2 se sent « bien placée pour tester, réentraîner les fonctions exécutives » car c'est un métier de « terrain ». E2 met en avant le fait que la neuropsychologie et l'ergothérapie sont « complémentaires » et que les « choses » qu'ils « observent se corroborent toujours ».

### Entretien n°3

E3 met en avant que « tous les stagiaires » à l'UEROS ont des « troubles cognitifs ». Ces « difficultés cognitives » viennent « perturber le projet ». E3 explique le fonctionnement de sa prise en charge ergothérapeutique. La phase « d'évaluation » pendant « un mois » est importante avec « la passation du Test des Errances Multiples » en collaboration « avec la neuropsychologue ». Des « outils plus pratico-pratiques comme la cuisine ou des ateliers manuels » sont utilisés par E3 pour « tester l'organisation, la planification ou la prise d'initiative ». « Cette évaluation permet » « de cibler » « les axes d'amélioration » et de « proposer un plan de réentraînement ». Lors de cette phase, la prise en charge peut être « individuelle » ou « en groupe ». Des « séquences » sont proposées par E3 et la « neuropsychologue » pour « comprendre les fonctions exécutives » et les troubles que la lésion cérébrale entraîne. Selon E3, des « activités concrètes » font partis de l'accompagnement et permettent de se concentrer sur des « suivis de consignes » ou des « recettes ». Des ateliers sont réalisés en fonction des « centres d'intérêts » de la personne. D'après E3, dès que la prise de « conscience » des troubles a été atteinte, le patient peut se « fixer des objectifs » et « travailler la méthodologie ». Lorsque le stagiaire rencontre des difficultés, E3 peut mettre en place des « moyens de compensation » notamment avec des « outils » comme des « agendas, des tableaux, des listings de tâches ». Passer par la « phase écrite » avant la réalisation d'une activité peut être considéré comme un moyen de compenser ses difficultés. Afin de réentraîner les « fonctions exécutives », E3 met en place des « groupes projet ». E3 passe tout d'abord par des « séances d'informations collectives pour comprendre et aborder les difficultés » afin de travailler « l'anosognosie ». E3 remarque que les patients commencent les activités sans prendre conscience des différentes étapes qu'il faut franchir. E3 insiste donc sur le fait de « se questionner », « répartir les tâches » en amont avant de « se lancer dans l'exécution ». L'« encouragement à la prise de notes » et à l'acquisition d'une « méthode » est du ressort de E3. E3 propose des activités en « groupe » comme « les repas », la création « d'un escape-game » pour pouvoir poser un objectif, « planifier » des étapes ou « gérer les contraintes liées à l'environnement ». E3 propose un suivi « individuel » dépendant « des projets » de chacun, en s'axant sur « ce qui est difficile » et en les préparant si un « stagiaire » « doit partir en stage ».

Aussi, E3 essaie de mettre en place des activités thérapeutiques en lien avec le projet professionnel du patient. Bien que l'UEROS n'ait « pas tous les ateliers qui le

permettent », E3 travaille au maximum sur les « difficultés » du patient. « Redonner des automatismes » dans le quotidien du stagiaire « va les équilibrer » pour E3. « La routine » peut « aider » les patients ayant des « difficultés sur le plan exécutif », tout en veillant à ne pas atteindre « l'ennui ». « Le lien avec le projet » professionnel peut parfois faire « avancer » les patients sur « la prise de conscience » de leurs troubles. E3 peut parfois « utiliser les ateliers pour qu'ils puissent ressentir les choses et qu'ils puissent percevoir qu'il y a quelque chose qui dysfonctionne pour éviter l'échec ». Selon E3, « l'acceptation de leur handicap est primordiale ».

Au cours de l'accompagnement, E3 « rencontre systématiquement les familles » pour pouvoir mettre en place une « nouvelle forme d'organisation » en insistant sur les « capacités » et les « difficultés » du patient lorsqu'il retournera au domicile. Une « visite à domicile » peut être réalisée pour permettre de « se rendre compte de la gestion du quotidien ». De plus, E3 peut être en lien avec « l'entreprise et les « collègues » de travail de la personne si elle est toujours salariée. E3 va effectuer une « visite d'entreprise » pour pouvoir « faire de l'information » auprès de l'employeur, « voir les points de blocage » et mettre en place si besoin « un tutorat ». E3 peut « préconiser » des aides techniques favorisant la prise de poste.

« L'anosognosie » des personnes traumatisés crâniens graves représente une difficulté pour E3. Cela peut être « long », « douloureux », « peut générer de l'impulsivité » et représenter un « frein » au travail.

Afin de pallier les difficultés et d'accompagner au mieux les patients, E3 est entouré d'une équipe pluridisciplinaire. E3 « travaille beaucoup avec la neuropsychologue sur des groupes d'informations ». Le binôme avec « la psychologue du travail » traite des « aspects de l'insertion » et « de l'adaptation au poste » professionnel. « Des collègues ergothérapeutes » accompagnent E3 dans la prise en soin des traumatisés crâniens graves se focalisant sur « la vie quotidienne » et le « projet d'insertion dans le milieu protégé ». « L'assistante sociale » et E3 travaillent ensemble pour « les thématiques en lien avec l'insertion ».

La revalorisation « peut » représenter un objectif dans la prise en charge des traumatisés crâniens graves. E3 constate que lorsque les patients arrivent à l'UEROS

ils sont « touchés par un parcours de vie compliqué ». Pour cela, E3 fait ressortir « les compétences » de chacun lors « d'ateliers » ; ainsi, le patient se sent « valorisé ».

E3 conclut que l'ergothérapie a « une place très technique » au sein de la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens graves. E3 met en avant la nécessité « d'accompagner » la personne « jusqu'à la mise en situation, jusqu'au projet ». E3 constate la présence de « trois ergothérapeutes » dans l'équipe, ce qui permet de dire que l'ergothérapie a « un rôle majeur ». E3 a un rôle « d'action », de « terrain » mais aussi « d'analyse ». E3 évoque également la position des neuropsychologues qui « ont envie d'aller sur le terrain ». Pour E3, « l'ergothérapie a vraiment sa place », « que ce soit sur l'évaluation, sur les ateliers ».

#### Entretien n°4

E4 explique que tous les patients entrant dans le service UEROS ont « des troubles cognitifs ». « 90% » de ces personnes ont des troubles « des fonctions exécutives ». L'accompagnement des traumatisés crâniens graves en ergothérapie commencent par une « phase d'évaluation » durant « six semaines ». E4 évalue la personne lors des « activités non routinières » par « l'observation ». Lors des activités, E4 remarque la façon dont le patient utilise ses fonctions de « planification », « d'inhibition » ou de « flexibilité ». E4 utilise également des bilans « standardisés » comme le « AMPS dans la partie des habiletés opératoires ». E4 utilise des « situations concrètes non routinières » et « systématiquement significatives ou significatives pour la personne ». Cela est réalisé lors de la « phase de réentraînement qui dure vingt semaines ». Lorsque la personne est en difficulté, E4 peut être amené à utiliser des « stratégies de compensation » afin de « contourner les troubles des fonctions exécutives ». E4 essaie de « passer par l'écrit », à l'aide de « schémas », de « dessins », de « cartes mentales » pour « visualiser les étapes avant d'arriver au but ». Selon E4, « l'auto-observation » et le passage par le « questionnement » est important car cela permet d'« activer des fonctions diverses du cerveau pour permettre de contourner la difficulté pour parvenir à l'objectif ». E4 « aide » le patient « à trouver les erreurs », « aide à la planification », à « vérifier » les tâches d'une activité et si la démarche est « transférable dans d'autres activités non routinières de la personne ». Si les fonctions exécutives sont altérées et sont irrécupérables, la mise en place d'« aides techniques » peut être effectuée ; des « agendas », des « alarmes », des

conseils dans la « prise de notes ». E4 fait part également des problèmes « de l'environnement » que peuvent rencontrer les traumatisés crâniens graves. E4 fait en sorte que « l'environnement soit favorable à l'utilisation des fonctions exécutives » en « limitant les distracteurs ». E4 met en place des activités thérapeutiques « signifiantes » « mais non routinières ». D'après E4, les activités doivent avoir « du sens pour la personne » et qu'elles soient « transférables dans son quotidien ». La « préparation des repas » ou la prise des « transports en commun » peuvent être des exemples. E4 effectue aussi « des ateliers sur la connaissance de soi », « la compréhension du handicap » et « la conscience des troubles ».

E4 fait un lien entre les activités thérapeutiques et le projet professionnel de la personne. Des « objectifs » sont « posés entre la personne et l'équipe ». La corrélation est importante car le fait de « se déplacer jusqu'à l'emploi » ou « maîtriser son quotidien afin de pouvoir arriver à l'heure à son emploi » peut faire partie d'une activité en particulier. Les « activités thérapeutiques » peuvent être « à visée pour l'emploi ».

L'environnement social est pris en compte dans l'accompagnement d'une personne traumatisée crânienn grave. Un « lien avec l'employeur ou les collègues » peut être effectué si la personne est en « arrêt de travail ». « Les proches de la personne » sont intégrés au projet ; « conjoint, enfants, voisins » « sont invités » « au premier entretien » si « la personne le désire » et « au moment où l'on passe le contrat de parcours ». E4 peut également faire de la « sensibilisation au handicap de la personne » aux proches pour « l'acceptation du handicap » de la personne.

Aussi, E4 ressent quelques difficultés dans la prise en soin des traumatisés crâniens sévères. « Le transfert des acquis dans la vie de tous les jours » n'est pas évident. « Le maintien » « dans le temps de tout ce qui a pu mettre en place » est compliqué. Tout au long de l'accompagnement, des « rebondissements » dans les projets professionnels peuvent exister. La personne peut être « recontactée » et l'UEROS peut « lui proposer de revenir travailler son projet si c'était son besoin ». L'« anosognosie », le « déni » ou la « non-connaissance d'eux-mêmes » représentent un frein pour E4 dans les activités thérapeutiques proposées et dans la réinsertion. « La temporalité est très importante dans l'acceptation ».

Afin de palier à ces difficultés, E4 travaille « tout le temps » en pluridisciplinarité. E4 souligne l'aide importante du « chargé d'insertion » pour indiquer ce que l'on peut



« travailler » « avant qu'il rentre en stage ». « Le neuropsychologue » est également « d'une grande aide sur l'identification des troubles et des répercussions et qui travaille beaucoup aussi sur l'acceptation du handicap de la personne ». E4 explique que « sans la levée de l'anosognosie c'est difficile de faire avancer quelqu'un ». Des « binômes » sont souvent formés pour animer des « ateliers de groupe ». Chaque professionnel a des « objectifs en commun » mais avec des « moyens différents ».

E4 « entend » par « revalorisation » « que le stagiaire soit satisfait de ce qu'il fait ». D'après E4, « la revalorisation on la stimule chez l'autre mais on lui dit pas si on est satisfait de lui ou pas ». E4 cherche à « constamment mettre en valeur » ses stagiaires et « sans juger ».

E4 conclut que l'ergothérapie « est indispensable dans la réinsertion socio-professionnelle de toutes les personnes en situation de handicap » et notamment les « traumatisés crâniens graves ». Les « fonctions » « cognitives ou motrices » « impactent tous les domaines de la vie », du « travail », des « relations avec les autres », dans le « quotidien ». L'ergothérapie est une profession qui « touche à ces domaines ». E4 trouve « indispensable » d'avoir une « vision holistique » dans sa prise en soin. L'ergothérapie, selon E4, a « un rôle central » « en évaluant et mettant en situation les stagiaires à travers les activités non routinières ». E4 se « base » sur « l'action pour pouvoir aider la personne à observer ses capacités et ses difficultés ». « L'objectif final » de E4 « est de rendre la personne la plus autonome possible dans son quotidien et dans sa future vie professionnelle ». E4 « cherche à ce que le stagiaire ait atteint un équilibre occupationnel », c'est-à-dire « le balancement entre » les « capacités » de la personne.

#### 4.4. Analyse transversale

L'analyse transversale a pour but de croiser les données recueillies grâce aux entretiens réalisés en amont. La création de thèmes et de sous-thèmes permet de hiérarchiser les informations collectées. Plusieurs ergothérapeutes ont donné des éléments similaires ou opposés. C'est à partir de ces éléments, qu'une analyse en lien avec la littérature pourra être effectuée.

#### 4.4.1. Les mises en situation : une utilisation tout au long de la prise en soin ?

Selon les quatre ergothérapeutes, les mises en situation sont utilisées tout au long de la prise en soin d'un traumatisé crânien grave. C'est une façon efficace et relevant des compétences de l'ergothérapeute d'améliorer les capacités de la personne lorsqu'elle a des troubles des fonctions exécutives. Les mises en situation sont utilisées pendant plusieurs phases selon les thérapeutes interrogés.

##### 4.4.1.1. *L'évaluation : un préalable*

La phase d'évaluation varie entre quatre et huit semaines selon les modes de prise en soin des professionnels interrogés.

Les quatre ergothérapeutes ont recours aux mises en situation pour évaluer les capacités et incapacités de la personne. L'évaluation est ainsi considérée comme écologique car elle s'effectue dans le milieu reproduit à l'identique du stagiaire. Certains utilisent ces mises en situation dès la phase d'évaluation pour que les stagiaires puissent prendre conscience de leurs séquelles cognitives. La confrontation aux tâches de la vie quotidienne basées sur des situations concrètes est l'outil permettant d'observer le stagiaire.

Certains évaluent le stagiaire sur une activité inconnue afin d'observer les dysfonctionnements. D'autres se rejoignent sur le fait que la phase d'évaluation permet de cibler les axes d'amélioration et permet la prise de conscience des difficultés de la personne. Différentes activités sont proposées par les ergothérapeutes interrogés pour pouvoir observer la façon d'utiliser les fonctions exécutives telles que la planification, l'organisation, l'inhibition ou la flexibilité.

Les ergothérapeutes interrogés s'appuient sur des évaluations différentes : les habitudes de vie, le TEM et le Assessment of Motor and Process Skills (évaluation des habiletés motrices et opératoires, AMPS).

D'après Le Thiec (31), le Test des Errances Multiples est très utilisé en ergothérapie pour évaluer les troubles des fonctions exécutives et ainsi avoir une notion des capacités et incapacités de la personne dans un environnement inconnu. Ce type de bilan favorisera la construction du plan d'intervention tout au long de la prise en soin pour une personne ayant un syndrome dysexécutif.

#### *4.4.1.2. Exercices papier-crayon versus mise en situation écologique : deux visions qui s'affrontent*

Après la phase d'évaluation, vient celle du réentraînement. Certains ergothérapeutes emploient l'outil papier-crayon pour améliorer les fonctions cognitives et notamment la planification. En revanche, E2 ne souhaite pas utiliser cet exercice mais les situations concrètes seulement.

D'après Chevignard (52), les tests ou exercices dits « papier-crayon » n'évaluent pas complètement le syndrome dysexécutif. Une évaluation et des mises en situation écologiques viendraient compléter le processus de rééducation cognitive.

Les ergothérapeutes interrogés utilisent les mises en situation comme moyen pour atteindre les objectifs fixés par l'ergothérapeute et le patient ; le réentraînement passe par la réalisation des tâches concrètes de la vie quotidienne. Les mises en situation peuvent être la cuisine, les courses, la prise de transport en commun dans d'autres villes que celle du stagiaire pour tester les fonctions exécutives du traumatisé crânien grave. Le suivi de consignes, le respect d'une recette, l'organisation du plan de travail et l'optimisation de son énergie sont des exemples de travail des fonctions exécutives d'après certains ergothérapeutes interrogés. Au cours des mises en situation, certains ergothérapeutes demandent au patient de détailler les étapes de l'activité, de s'auto-observer, d'analyser l'activité pour pouvoir optimiser son organisation ou son énergie. Deux ergothérapeutes mettent en avant que les situations concrètes proposées dépendent de la personne. Certains ergothérapeutes ont semblé important de préciser que les ateliers soient choisis en fonction des activités significatives de la personne.

D'après une étude réalisée en 2009 auprès de douze personnes ayant eu un traumatisme craniocérébral (53), l'approche centrée sur la personne serait bénéfique pour ces derniers. L'utilisation d'activités significatives pour le patient augmenterait la motivation, leur satisfaction et leur engagement dans la prise en soin. L'activité significative peut être corrélée au modèle Personne-Environnement-Occupation car il est focalisé sur la personne et prend en compte les spécificités occupationnelles et environnementales de la personne. Si l'ergothérapeute prend en compte les activités significatives, la personne sera engagée dans les tâches demandées et ainsi la performance occupationnelle augmentera.

Certains travaillent sur les difficultés mises en évidence et s'adaptent progressivement au stagiaire en fonction de ses progrès. Les difficultés sont propres à chacun, elles peuvent être de l'ordre attentionnelles, du suivi de consignes ou de la prise d'initiative. A l'inverse, E4 se base sur les atouts du stagiaire traumatisé crânien grave pour construire son plan d'intervention. Les mises en situation peuvent également servir d'acceptation du handicap et ainsi de prendre conscience des difficultés qu'occasionnent le traumatisme crânien grave dans la vie quotidienne. Les ergothérapeutes interrogés ont évoqué qu'il fallait que la conscience des troubles se fassent le plus rapidement. S'il n'y a pas prise de conscience, des activités thérapeutiques sont proposées par la plupart des ergothérapeutes pour que les difficultés soient reconnues.

Pendant cette phase de réentraînement, tous les ergothérapeutes interrogés animent avec leur collègue neuropsychologue des ateliers sur le fonctionnement du cerveau, les difficultés que peut engendrer une lésion cérébrale, comment on réentraîne les fonctions exécutives et quelles sont les répercussions dans la vie quotidienne. L'ergothérapeute apporte à la présentation des exemples concrets sur des activités de la vie quotidienne.

#### *4.4.1.3. Des outils de compensation, est-ce efficace ?*

Après réalisation de mises en situation, les quatre ergothérapeutes ont repéré des difficultés sur certaines activités et peuvent être amenés à mettre en place des moyens ou des stratégies de compensation.

La plupart des ergothérapeutes interrogés proposent comme outil d'organisation l'énumération des différentes étapes de l'activité à l'écrit avant de les exécuter. D'après E3, les traumatisés crâniens graves démarrent une activité sans avoir conscience des étapes qu'il faut atteindre pour réaliser celle-ci. Cela permet de mettre en place une méthodologie et de pouvoir se fixer des objectifs en ayant déjà formulé les moyens dont il faut se servir. Selon certains ergothérapeutes, le détail des étapes permet de se questionner sur d'autres possibilités et de s'assurer que la démarche choisie soit transférable pour d'autres activités. Selon l'Inserm (54), une activité de la vie quotidienne peut être difficile à exécuter sans aide. Une tierce personne peut être

considérée comme une compensation des difficultés pour inciter la personne à effectuer une tâche ou à organiser les étapes.

Des aides matérielles sont parfois conseillées. Afin de compenser les troubles organisationnels et attentionnels, la prise de note peut être un outil indispensable d'après certains ergothérapeutes.

La plupart des ergothérapeutes interviewés mettent en place des aides techniques pour compenser les troubles des fonctions organisationnelles comme l'agenda, les alertes téléphoniques ou les listings de tâches. Comme le signifie Piet-Robion (34), l'aménagement de l'environnement du traumatisé crânien grave réduit l'impact des déficits sur la vie quotidienne. Piet-Robion propose une liste non exhaustive d'aides techniques pour compenser les troubles comme des check-lists, agenda ou planning.

Certains ergothérapeutes mettent en avant que l'environnement dans lequel s'entoure la personne doit être adapté et les distracteurs doivent être limités. Cela est valable pour que ce soit propice au travail des fonctions exécutives.

En outre, le traumatisme crânien grave peut avoir comme séquelle la conscience des troubles altérée. Ainsi, il peut être difficile d'établir un contrat thérapeutique avec une personne ne cautionnant absolument pas ses troubles (55). Pour aider cette conscience des troubles, les activités thérapeutiques sont majoritairement choisies en fonction du projet professionnel de la personne, selon les quatre ergothérapeutes interrogés. Les mises en situation ou ateliers se rapprochent de l'objectif professionnel fixé pour mettre en évidence les difficultés et ainsi préparer les stagiaires aux contraintes professionnelles, rapportent la plupart des ergothérapeutes. D'après Katz (56), l'anosognosie est un frein face à l'adoption de stratégies compensatoires impactant les résultats de la réadaptation. D'après certains ergothérapeutes interrogés, la conscience des troubles est travaillée notamment lorsque l'on sait que la reprise en milieu professionnel ordinaire va être limitée. Les ergothérapeutes interrogés mettent en place des moyens de compensation à condition que la personne traumatisée crânien grave soit en capacité d'admettre et mesurer ses difficultés.

#### 4.4.2. Social et professionnel : une combinaison possible en vue d'une réinsertion ?

Comme vu précédemment, avant toute réadaptation professionnelle ou sociale, les ergothérapeutes ont évoqué l'acquisition de la conscience des troubles au cours de la prise en soin à l'UEROS. La personne ayant subi un traumatisme crânien sévère peut intégrer une UEROS afin de retrouver une autonomie sociale et professionnelle en passant par une réadaptation cognitive (38). Tous les ergothérapeutes interrogés interviennent dans la réinsertion sociale et professionnelle en fonction des besoins de chacun.

D'après Gilles et al (55), la méconnaissance des troubles cognitifs chez une personne traumatisée crânien grave freinerait la rééducation ainsi que la réinsertion socio-professionnelle et persisterait des années après l'accident.

D'après Law (28), si la personne traumatisée crânien grave emploie ses ressources construite en unité de réinsertion, la performance occupationnelle sera atteinte après mobilisation de sa participation sociale et de son identité professionnelle.

##### 4.4.2.1. *Du cercle familial à la revalorisation*

Les ergothérapeutes interrogés essaient de tenir compte de l'environnement social afin d'adapter la prise en soin de la personne traumatisée crânien grave. Les quatre ergothérapeutes rencontrent systématiquement au moins une fois la famille, les aidants ou les amis pour pouvoir échanger sur la prise en soin à l'UEROS.

D'après Dell Orto et Power (57), le traumatisé crânien grave a des « difficultés à préserver ses relations conjugales, parentales et avec son entourage afin de lutter contre l'isolement social et bénéficier d'un maximum de ressources informelles de soutien ». Le lien avec les familles est réalisé par la plupart des ergothérapeutes pour apporter des informations sur l'accompagnement au quotidien des personnes cérébrolésées et proposer des aménagements lors du retour au domicile.

Des visites à domicile sont effectuées par certains thérapeutes afin de se rendre compte de la gestion du quotidien avant l'accident en recueillant des éléments de la famille. L'organisation du quotidien, le ménage, la gestion du courrier peuvent être réalisés au domicile grâce à des mises en situation écologiques. En 1988 (58), certains auteurs décrivent la participation sociale comme la réintégration aux activités de la vie

normale. Cette dernière est décrite comme une réorganisation des caractéristiques physiques, psychologiques et sociales de la personne lui permettant de réaliser les activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute intervient dans ce retour à la vie sociale car c'est un élément clé de l'équilibre occupationnel d'une personne (28). Le terme « occupation » dans le modèle PEO, représente un groupe d'activités et de tâches pour lesquelles l'individu s'engage afin de répondre à ses besoins de soins personnels, d'expression et de réalisation de soi (28). La plupart des ergothérapeutes interrogés dans le cadre de l'étude répondent à ces besoins via les activités.

Le sentiment d'appartenance à une communauté est un facteur essentiel de la participation sociale (57). Selon E1, l'évolution en groupe est primordiale car le comportement est une répercussion du traumatisme crânien grave. E2 rejoint cette idée en évaluant les habiletés sociales. Le but de la prise en soin est d'améliorer les moyens de communication entre les individus et professionnels.

Selon une étude décrite par Gilles et al (55), l'isolement peut être levé grâce à la mise en place de séances en groupe. A la suite de ces séances, les patients sont à la recherche d'interactions sociales, ce qui semble avoir un impact positif sur leur comportement (55).

La plupart des ergothérapeutes interrogés relatent que l'estime de soi des stagiaires est basse à leur arrivée. Ce sont souvent des personnes isolées, en manque de confiance à cause d'un parcours compliqué dû à des séquelles physiques, sociales, familiales ou professionnelles.

Selon Koskinen (59), les personnes traumatisées crâniens graves ont besoin d'un soutien de la part des professionnels pour pouvoir reprendre leurs habitudes de vie et se construire une participation sociale satisfaisante selon leurs choix de vie.

Tous les ergothérapeutes interrogés ont un objectif en lien avec la revalorisation du stagiaire au cours de la prise en soin. Le groupe est un moyen permettant de reprendre confiance en soi, de retrouver une vie sociale, d'échanger autour de projets valorisants. Les quatre ergothérapeutes utilisent la valorisation des compétences du stagiaire afin d'être bienveillant.

#### *4.4.2.2. L'identité professionnelle : un tremplin vers la réinsertion*

La venue des traumatisés crâniens graves à l'UEROS est avant tout pour bénéficier d'aides de professionnels pour se réinsérer professionnellement dans la société. Au début de la prise en soin, certains ergothérapeutes interrogés mentionnent les difficultés de la conscience des troubles ; l'anosognosie. La question se pose avant de lancer des projets professionnels afin de ne pas mettre en échec le stagiaire lors de stages. En fonction de l'évolution de la personne, le projet professionnel se dessinera. Des visites de poste en entreprise sont effectuées par la plupart des ergothérapeutes interrogés. L'entourage professionnel est associé à la prise en soin si la personne était déjà en poste lors de l'accident.

A travers les activités, certains ergothérapeutes testent les capacités d'apprentissage et d'évolution du patient pour cerner les aptitudes dans un corps de métier en particulier.

L'ergothérapeute participe à la construction du projet de vie du patient. Après l'amélioration des capacités exécutives grâce au plan de réentraînement ou d'éléments compensatoires, la personne peut formuler un projet professionnel. A partir des mises en situation écologiques professionnalisantes, le stagiaire est dirigé vers un type d'emploi en particulier. Au fil du temps, l'ergothérapeute recueille les occupations significatives de la personne et repère les capacités (28). L'ergothérapeute et l'équipe pluridisciplinaire orientent le stagiaire vers une activité professionnelle. Le stagiaire peut alors développer son identité professionnelle et satisfaire son équilibre occupationnel (28).

L'identité professionnelle, d'après Fray (60), est une composante de l'identité globale de la personne et se développerait sur la base de l'identité personnelle par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale. L'UEROS, comme le disent certains ergothérapeutes interrogés, est un lieu permettant de retrouver ses repères et de se re-construire personnellement à travers les tâches de la vie quotidienne.

Les quatre ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire qu'une prise en soin individuelle, afin de choisir le métier, est nécessaire mais qu'un élan collectif favorise la reconstruction professionnelle. Selon Fray (60), l'expérience des autres et le partage des connaissances facilitent et accélèrent le processus d'identité professionnelle.

Certains ergothérapeutes interrogés interviennent également lorsque la reprise professionnelle n'est pas envisageable. Les ergothérapeutes accompagnent le



stagiaire sur de nouveaux projets comme des activités occupationnelles. L'identité professionnelle ne sera pas comblée mais un type d'occupation viendra satisfaire les besoins de la personne et permettra une productivité bénévole (61).

Concernant la construction du projet professionnel, certains ergothérapeutes se mettent en lien avec l'équipe pluridisciplinaire pour orienter le stagiaire soit vers un milieu professionnel ordinaire, protégé ou vers du bénévolat.

#### *4.4.2.3. Pluridisciplinarité : l'ergothérapeute s'y retrouve-t-il ?*

Tous les ergothérapeutes interviewés évoquent le fait de travailler en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire dès qu'ils le peuvent. D'après Eusop-Roussel (37), les équipes d'accompagnement en UEROS sont pluridisciplinaires avec des formateurs, des ergothérapeutes, des psychologues et des neuropsychologues. Certains ergothérapeutes prévoient des réunions en équipe pour transmettre les informations les plus pertinentes toutes les semaines. La communication entre les différents professionnels permet de partager les savoirs ainsi que les observations faites auprès des patients ; la prise en soin est adaptée et optimale (62).

Le neuropsychologue est au cœur de la collaboration avec tous les ergothérapeutes interrogés. Les ergothérapeutes s'accordent à dire que les résultats des évaluations des neuropsychologues se recoupent avec les mises en situation des ergothérapeutes. D'après Bayen, le neuropsychologue effectue des bilans standardisés et quantitatifs tandis que l'ergothérapeute effectue des évaluations écologiques pour les mises en situation de la vie quotidienne (8).

Les autres professionnels qui ressortent de la collaboration avec les quatre ergothérapeutes sont le psychologue du travail et les chargés d'insertion professionnelle.

E2 et E3 mettent en avant l'importance du psychologue du travail pour la réalité et les compétences requises au poste de travail envisagé par le stagiaire.

E1 et E4 soulignent la collaboration avec le chargé d'insertion permettant certains aménagements du poste de travail. L'ergothérapeute et le chargé d'insertion anticipent les difficultés du stagiaire et les travaillent avant d'intégrer des stages professionnalisants. La plupart des thérapeutes travaillent avec une assistante sociale. Certains collaborent avec un éducateur spécialisé.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de différents professionnels selon les UEROS. Cette diversité permet de faire des comparaisons sur les liens et les atouts de chaque profession. A travers l'expérimentation, nous pouvons constater que le champ d'intervention de l'ergothérapeute est complémentaire des autres thérapeutes en unité de réinsertion socio-professionnelle.

## 5. Discussion

L'objectif de cette étude est de démontrer la place de l'ergothérapeute dans un service de réinsertion pour des traumatisés crâniens graves ayant des troubles des fonctions exécutives. A travers ce sujet, nous avons pu établir des liens entre la théorie et l'approche expérimentale.

### **Une place pour l'ergothérapie ?**

L'ergothérapie est considérée comme la profession touchant toutes les dimensions de la personne. La corrélation avec le modèle PEO peut être établie car il permet d'avoir une vision holistique. La personne est entourée de son environnement et de ses occupations significatives pour atteindre l'équilibre occupationnel.

*D'après E4, « L'ergothérapeute clairement il cherche à ce que le stagiaire il ait atteint un équilibre occupationnel je dirai, c'est vraiment le balancement entre toutes ses capacités. »*

Selon la plupart des thérapeutes interrogés, l'ergothérapeute y répond très bien pour une personne en situation de handicap. Les quatre ergothérapeutes expliquent que ce métier est fondé sur la pratique. Les différents troubles sont constatés sur « le terrain » grâce aux situations concrètes.

Tous les ergothérapeutes estiment avoir un rôle essentiel dans l'évaluation et le réapprentissage des troubles des fonctions exécutives grâce aux mises en situation. Les troubles cognitifs impactent les domaines de la vie quotidienne et l'ergothérapie permettrait selon certains ergothérapeutes de favoriser l'autonomie dans les activités liées au travail ou dans l'organisation du quotidien.

*D'après E3, « nous sommes là pour donner les explications, pour aider le patient à mieux comprendre au travers d'exemples très concrets, de mieux comprendre comment ils fonctionnent et d'accompagner jusqu'à la mise en situation, puis au projet. »*

L'ergothérapeute serait à même d'évaluer le retentissement des troubles des fonctions exécutives sur les activités de la vie quotidienne. L'évaluation et l'observation des troubles doivent se réaliser dans des milieux le plus naturel possible de la personne afin d'objectiver le besoin en entraînement (63). D'après des études, certains tests de simulation et de situation de vie quotidienne offrent la possibilité pour l'ergothérapeute de cibler les difficultés passées inaperçues avec des tests de type papier-crayon (63). Les mises en situation écologiques permettent à la personne de retrouver des habitudes et de se projeter dans le quotidien à la sortie du stage en UEROS. Selon les quatre ergothérapeutes, l'ergothérapie est au centre de la prise en soin car ce sont les activités de la vie quotidienne qui sont favorisées au cours des vingt-six semaines.

A la suite des mises en situations écologiques, le patient peut retrouver une forme d'autonomie grâce au réentraînement. Si cela n'est pas possible, l'ergothérapeute est apte à mettre en place des aides techniques ou des stratégies pour compenser les difficultés de la personne. Le terme « aide technique » signifie tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriquée spécialement ou existant sur le marché, destinée à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap (26). Adopter une méthodologie adaptée en écrivant les étapes d'une activité ou d'une recette, avant de l'exécuter, peut être un outil. Au niveau matériel, des outils d'organisation ou du maintien de l'attention peuvent être proposés selon les troubles de la personne.

*D'après E1, « on a aussi notre place dans le réentraînement, dans la compensation, on va conseiller des aides techniques, on va conseiller d'autres façons de faire »*

L'environnement est un aspect à prendre en compte avant de mettre en place un moyen de compensation. Les distracteurs sont de préférence à bannir car ils viennent parasiter l'attention et la concentration de la personne. Un patient ayant un

syndrome dysexécutif a des troubles de l'inhibition et sera en difficulté. Adapter son environnement est considéré comme une stratégie de compensation.

A l'UEROS, des stratégies ou des aides techniques de compensation peuvent être mises en place en amont des stages professionnalisants afin de préparer au mieux la personne aux contraintes professionnelles.

Malgré les différents outils mis en place par les ergothérapeutes, des difficultés sont rencontrées au cours de la prise en soin. L'anosognosie est évoquée par les quatre ergothérapeutes. Ce trouble, au-delà du déni, entraîne la mise en place de projets inadaptés et est un frein au travail. Les ergothérapeutes proposent des activités thérapeutiques écologiques ou non pour provoquer un électro-choc sur les capacités et incapacités de la personne dans telle activité ou tel métier. Plus la conscience des troubles est acquise par la personne et plus le projet social et professionnel sera facilement exécutable.

Après avoir pris conscience de ses troubles, avoir été évalué et commencé les programmes de réentraînement, le traumatisé crânien sévère est apte à être confronté à des situations professionnelles concrètes. En fonction de l'identité professionnelle pré-accident, la personne sera orientée différemment. Le stagiaire peut émettre des idées de projet professionnel où l'ergothérapeute, en lien avec ses collègues, pourra proposer des mises en situations de travail en adéquation avec les capacités exécutives, comportementales et motrices. L'ergothérapeute accompagne la personne traumatisée crânien grave dans les tâches de la vie quotidienne afin de les transférer vers l'emploi ; tel que l'organisation, le respect des consignes ou l'optimisation de son énergie. L'ergothérapeute améliore les capacités exécutives afin de permettre à la personne de retrouver un poste de travail adapté et ainsi une identité professionnelle. Néanmoins, les personnes traumatisées crâniens sévères ne retrouvent pas toujours d'emploi à proprement parlé. Du bénévolat ou des activités occupationnelles peuvent être proposées par l'ergothérapeute en fonction des activités signifiantes de la personne.

En vue d'une réinsertion, l'ergothérapeute favorise aussi la participation sociale du traumatisé crânien grave. Certains ergothérapeutes interrogés interviennent auprès de l'entourage de la personne traumatisée crânien grave. Le comportement est analysé

au fil des semaines du stage, la communication entre les stagiaires et les professionnels est attentivement analysée. Des difficultés comportementales sont relevées par certains ergothérapeutes avec quelques relations difficiles ou une dégénérescence du comportement le soir avec de l'impulsivité. Un lien avec les familles est souvent effectué pour que la personne maintienne un contact avec la vie extérieure.

Les quatre ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire que l'ergothérapie a une place centrale, définie, technique et indispensable dans la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens graves.

### **Limites**

En prenant du recul, certains biais sont apparus dans l'optique de répondre à la question de recherche.

Dans la partie méthodologie, je n'ai interrogé que quatre ergothérapeutes. Afin de prendre en compte mon écrit dans la littérature, il aurait fallu avoir un échantillon plus important.

Parmi les ergothérapeutes interrogés, tous travaillent en UEROS. Mes critères d'inclusion permettaient d'inclure des ergothérapeutes travaillant en unité COMETE mais aucune réponse favorable n'a abouti. D'autres ergothérapeutes étant dans des structures ayant une unité de réinsertion socio-professionnelle auraient pu diversifier les résultats et mon analyse aurait pu être plus complète. Une comparaison aurait pu être effectuée entre plusieurs pratiques professionnelles ergothérapeutiques.

De plus, lors de certaines passations d'entretiens, j'ai pu me rendre compte de la redondance de la question 2 et de la question 3. En effet, certains ergothérapeutes avaient déjà répondu à la question 3 dans la précédente.

Concernant la méthodologie qualitative, les entretiens se sont déroulés par téléphone. Or, lors d'une passation d'entretiens, il est important d'analyser les comportements pour ne pas interpréter certaines citations de la personne interrogée. La passation des quatre entretiens par téléphone peut représenter un biais à ma recherche.

## Perspectives de recherche

Suite aux expérimentations, des résultats se sont dégagés. L'ergothérapeute est un professionnel de santé important dans la réinsertion d'une personne victime d'une pathologie. Son intervention est marquée par trois domaines bien distincts mais se rejoignant pour avoir une prise en charge optimale : l'évaluation, le réentraînement et la compensation. L'ergothérapeute est accompagné d'une équipe pluridisciplinaire permettant de croiser les prises en charge et les résultats. A travers la réinsertion sociale et professionnelle se profile les activités de la vie quotidienne.

Au vu des thèmes abordés précédemment dans ma recherche, l'autonomie dans les activités de vie tel que le travail ou les occupations a été détaillée. Cependant, le thème de la conduite automobile, activité instrumentale de vie quotidienne cité par l'ergothérapeute 2 lors de l'entretien, n'a pas été abordé dans la littérature et les débats de cette recherche. La conduite automobile est un critère favorisant la reprise sociale et professionnelle (64). Cependant, en France, peu de personnes connaissent la législation sur le permis de conduire après une affection médicale tel qu'un traumatisme crânien (65). D'après l'Arrêté du 31 août 2010, le traumatisme crânien fait partie intégrante de la liste des affections incompatibles avec le maintien du permis de conduire (66). La personne voulant revalider son permis de conduire doit effectuer des examens médicaux, une consultation chez un médecin agréé et compléter un dossier sur le site du gouvernement. L'anosognosie ou les troubles dysexécutifs peuvent freiner la personne à régulariser son permis de conduire. L'ergothérapeute est-il en capacité d'accompagner le traumatisé crânien grave dans la reprise de la conduite automobile ? Le réentraînement des fonctions exécutives est-il bénéfique afin de reprendre la conduite automobile ?

## Conclusion

L'ergothérapeute est un professionnel de santé ayant pour objectif de favoriser l'autonomie et l'indépendance dans les activités de vie quotidienne d'une personne en situation de handicap. Après un traumatisme crânien grave, les rôles de la personne sont bouleversés et des difficultés sont constatées notamment dans le domaine professionnel et social suite aux séquelles. A partie de cela, une problématique a émergé : **En quoi l'ergothérapeute participe activement au réapprentissage des fonctions exécutives dans le processus de réinsertion socio-professionnelle pour les victimes de traumatisme crânien sévère ?** La phase expérimentale et

l'analyse des résultats permettent de valider les deux hypothèses de réponse émises. La mise en place de stratégies de compensation par l'ergothérapeute permet de palier le handicap après un traumatisme crânien grave. La mise en place de programme de rééducation cognitive est bénéfique pour les traumatisés crâniens sévères. L'ergothérapeute, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, y participe de la phase d'évaluation, en passant par le réentraînement jusqu'à l'orientation finale. Le travail est axé sur les fonctions exécutives.

De plus, les ergothérapeutes interrogés dans cet écrit et la littérature montrent que la mise en évaluation de tâches écologiques par l'ergothérapeute permet de favoriser la récupération et le réentraînement des fonctions exécutives du traumatisé crânien grave.

Pour finir, ce sujet de mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de développer mes connaissances sur le traumatisme crânien et d'acquérir une méthodologie de recherche et de rédaction. A travers les questionnements ayant émergé via un vécu familial et une situation de stage, j'ai pu comprendre les répercussions du traumatisme crânien grave dans le quotidien.

Par le biais des entretiens passés auprès d'ergothérapeutes, j'ai pu améliorer ma prise de parole à l'oral. Les passations d'entretien m'ont permis d'acquérir de l'assurance dans mon expression orale en vue d'une prise de poste en tant que future ergothérapeute.

L'expérience des ergothérapeutes en UEROS m'a permis de comprendre les étapes de prise en soin des traumatisés crâniens sévères. J'espère pouvoir à l'issue de mon diplôme exercer dans le champ de la réinsertion car les ergothérapeutes m'ont apporté diverses données de prise en soin et une vision holistique dans l'optique d'une réinsertion socio-professionnelle.

## Bibliographie

1. Santé Publique France. Etat des connaissances Epidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux, synthèse bibliographique [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/>
2. Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé. Programme d'actions 2012 en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires. Disponible sur: [http://www.crftc.org/images/Programme\\_ministere\\_d\\_actions\\_2012\\_en\\_faveur\\_des\\_traumatismes\\_craniens\\_et\\_des\\_blesses\\_medullaires.pdf](http://www.crftc.org/images/Programme_ministere_d_actions_2012_en_faveur_des_traumatismes_craniens_et_des_blesses_medullaires.pdf)
3. Azouvi P, Arnould A, Dromer E, Vallat-Azouvi C. Physiopathologie et neuropsychologie des traumatismes crâniens sévères. *Revue de neuropsychologie*. avr 2019;11:273-7.
4. Daure I, Salaün F. Le handicap invisible... ou le décalage entre ce qui se voit et la réalité. *Le journal des psychologues*. juin 2017;(348):22-7.
5. Vallat-Azouvi C, Chardin-Lafont M. Les troubles neuropsychologiques des traumatisés crâniens sévères. *L'information psychiatrique*. mai 2012;88:365-73.
6. Vultur M, Observatoire Jeunes et société. L'insertion sociale et professionnelle des jeunes désengagés analyse du programme d'intervention de La réplique [Internet]. Montréal: Institut national de la recherche scientifique, Urbanisation, culture et société; 2009 [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1984665>
7. Société de l'assurance automobile Québec. Le Traumatisme cranio-cérébral – Brochure à l'intention des familles et des personnes atteintes. 2003; Disponible sur: [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/Traumatisme\\_FR.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/Traumatisme_FR.pdf)
8. Bayen E, Jourdan C, Azouvi P, Weiss J-J, Pradat-Diehl P. Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien. *L'information psychiatrique*. mai 2012;88:331-7.
9. Masson F. Épidémiologie des traumatismes crâniens graves. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. avr 2000;19(4):261-9.
10. Organisation Mondiale de la Santé. Plus de 1,2 million de décès d'adolescents chaque année, presque tous évitables [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable#:~:text=Les%20accidents%20de%20la%20route,%C3%A9ducation%20et%20l%27appui%20social.>
11. Marr AL, Coronado VG. Central Nervous System Injury Surveillance Data Submission Standards—2002. :145.



12. Institut National du Cancer. Un organe bien protégé [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Tumeurs-du-cerveau/Le-cerveau/Un-organe-bien-protége>
13. Azouvi P, Forum (2014 : [Paris]) S de neuropsychologie de langue française, Vallat-Azouvi C, Aubin G. Traumatismes crânio-cérébraux. De Boeck Supérieur; 2015. 468 p.
14. UNATC. Mieux comprendre le TC [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.traumacranien.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58&Itemid=129](https://www.traumacranien.org/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=129)
15. Pr J. Luauté. Traumatisme cranio-encéphalique grave de l'adulte. De la réanimation à la réinsertion. Le concours médical [Internet]. janv 2016;138(1). Disponible sur: [http://www.crftc.org/images/articles/Traumatisme\\_cranio\\_encephalique\\_grave\\_de\\_l\\_adulte\\_De\\_la\\_reanimation\\_a\\_la\\_reinsertion\\_CMjanv2016.pdf](http://www.crftc.org/images/articles/Traumatisme_cranio_encephalique_grave_de_l_adulte_De_la_reanimation_a_la_reinsertion_CMjanv2016.pdf)
16. Picq C, Pradat-Diehl P. Approches médicale et neuropsychologique. Le journal des psychologues. avr 2012;(302):18-23.
17. Piolino P, Coste C, Agar N. Dysfonctionnements mnésiques et traumatisme crâniens sévère : étude de groupe, étude de cas. Des amnésies organiques aux amnésies psychogènes [Internet]. mai 2008; Disponible sur: [https://www.researchgate.net/profile/Pascale\\_Piolino/publication/271965259\\_DYSFUNCTIONNEMENTS\\_MNESIQUES\\_ET\\_TRAUMATISME\\_CRANIEN\\_SEVERE/links/54d7b1220cf25013d03b2d8b/DYSFUNCTIONNEMENTS-MNESIQUES-ET-TRAUMATISME-CRANIEN-SEVERE.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pascale_Piolino/publication/271965259_DYSFUNCTIONNEMENTS_MNESIQUES_ET_TRAUMATISME_CRANIEN_SEVERE/links/54d7b1220cf25013d03b2d8b/DYSFUNCTIONNEMENTS-MNESIQUES-ET-TRAUMATISME-CRANIEN-SEVERE.pdf)
18. Bourdillon F, Mazevet D, Pires C, Morin C, Ségouin S, Rufat P, et al. Caractéristiques médicales et sociales et trajectoires de soins des patients cérébro-lésés hospitalisés François Bourdillon, Dominique Mazevet, Christine Pires, Catherine Morin, Sylvie Ségouin, Pierre Rufat et Pascale Pradat-Diehl Dans Santé Publique 2008/2 (Vol. 20), pages 125 à 139. Santé Publique. févr 2008;20:125-39.
19. C Coste, N Agar, P Piolino. DYSFUNCTIONNEMENTS MNÉSIQUES ET TRAUMATISME CRÂNIEN SÉVÈRE. 2008 [cité 10 févr 2021]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.3550.8006>
20. Prigatano GP. Anosognosia: clinical and ethical considerations. Curr Opin Neurol. déc 2009;22(6):606-11.
21. Azouvi P. Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. La Lettre de médecine physique et de réadaptation. 1 juin 2009;25:66-8.
22. Chardin-Lafont M, François C, Cailleux V, Truelle JL. Troubles neuropsychologiques du traumatisé crânien grave - neuropsychological disturbances in severe traumatic brain injury. 2003;4.

23. M. Chevignard, C. Taillefer, C. Picq, P. Pradat-Diehl. Evaluation écologique des fonctions exécutives chez un patient traumatisé crânien. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. mars 2008;51(2):74-81.
24. AFTC28. GOS [Internet]. Disponible sur: <https://www.aftc28.fr/actions/gos>
25. Fayol P, Carrière H, Habonimana D, Preux P-M, Dumond J-J. Version française de l'entretien structuré pour l'échelle de devenir de Glasgow (GOS) : recommandations et premières études de validation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. mai 2004;47(4):142-57.
26. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Disponible sur: <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf>
27. Lefèvre-Renard G, Chagnard BV. Ergothérapie et vision : un regard sur la vie quotidienne. *Contraste*. 27 avr 2016;N° 43(1):177-200.
28. Morel M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck Supérieur; 2017. 276 p.
29. Chevignard M, Taillefer C, Picq C, Poncet F, Pradat-Diehl P. Évaluation du syndrome dysexécutif en vie quotidienne. In: *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* [Internet]. Paris: Springer-Verlag; 2006 [cité 13 déc 2020]. p. 47-65. Disponible sur: [http://link.springer.com/10.1007/2-287-34365-2\\_6](http://link.springer.com/10.1007/2-287-34365-2_6)
30. Profession ergothérapeute | SIFEF [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>
31. Le Thiec F, Jokic C, Enot-Joyeux F, Durand M, Lechevalier B, Eustache F. Évaluation écologique des fonctions exécutives chez les traumatisés crâniens graves: pour une meilleure approche du handicap. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 1 janv 1999;42(1):1-18.
32. Pradat-Diehl P, Peskine A, Chevignard M. Avant-propos. Pourquoi évaluer les troubles neuropsychologiques en vie quotidienne. In: Pradat-Diehl P, Peskine A, éditeurs. *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* [Internet]. Paris: Springer; 2006 [cité 13 mars 2021]. p. 1-5. Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/2-287-34365-2\\_1](https://doi.org/10.1007/2-287-34365-2_1)
33. Hoofien D, Gilboa A, Vakil E, Donovick PJ. Traumatic brain injury (TBI) 10-20 years later: a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning. *Brain Inj*. mars 2001;15(3):189-209.
34. Clémentine Piet-Robion, Françoise Joyeux, Corinne Jokic, Dans *Revue de neuropsychologie* 2019/4 (Volume 11), pages 279 à 287. Prise en soins des patients avec un traumatisme crânien : quelles rééducations cognitives ? Comment s'adapter ?

35. P. Azouvi. Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*. 2009;25(2):66-8.
36. Michèle Montreuil, Christophe Coupé et Jean-Luc Truelle. Traumatismes crâniens graves adultes : quel rétablissement ? *L'information psychiatrique*. avr 2012;88:287-94.
37. Eusop-Roussel E. Le réseau UEROS : pour l'évaluation et l'accompagnement à l'insertion socioprofessionnelle des blessés traumatisés crâniens. *La lettre du neurologue*. déc 2009;13(11):390-3.
38. Le Gall, Lamothe, Mazaux, Muller, Debelleix, Richer, Joseph, Barat + membres du réseau Aquitaine. Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés : résultats à cinq ans du réseau UEROS-Aquitaine. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168605406002005?via%3Dihub>
39. Alberola É, Dubéchet P. La notion d'autonomie dans le travail social. *Vie sociale*. 2012;N° 1(1):145-56.
40. Lefebvre H. Resilience and individualized community integration interventions for persons with traumatic brain injuries. 2 janv 2012 [cité 19 déc 2020]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6111>
41. Mazaux JM, Masson F, Levin HS, Alaoui P, Maurette P, Barat M. Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. déc 1997;78(12):1316-20.
42. Dehail, Rouleaud, Le Chapelain, Debelleix, Petit, Destailats, Capici, Joseph, Mazaux, Barat. Reprise du travail et qualité de vie des traumatisés crâniens graves : l'expérience d'une section d'observation et d'aide à l'insertion professionnelle [Internet]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168605498800111>
43. Élise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand et François Pommier. Du traumatisme crânien à la névrose traumatique. Les difficultés de la prise en charge pluridisciplinaire du patient en stage de réinsertion professionnelle, entre liaison, déliaison et rééducation. févr 2017; *Bulletin de Psychologie*(548):131 à 139.
44. Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires - APHP DAJDP [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdo01dgssd5ddgasphan3-b-n-2004-280-du-18-juin-2004-relative-a-la-filiere-de-prise-en-charge-sanitaire-medico-sociale-et-sociale-des-traumatises-cranio-cerebraux-et-des-tra/>

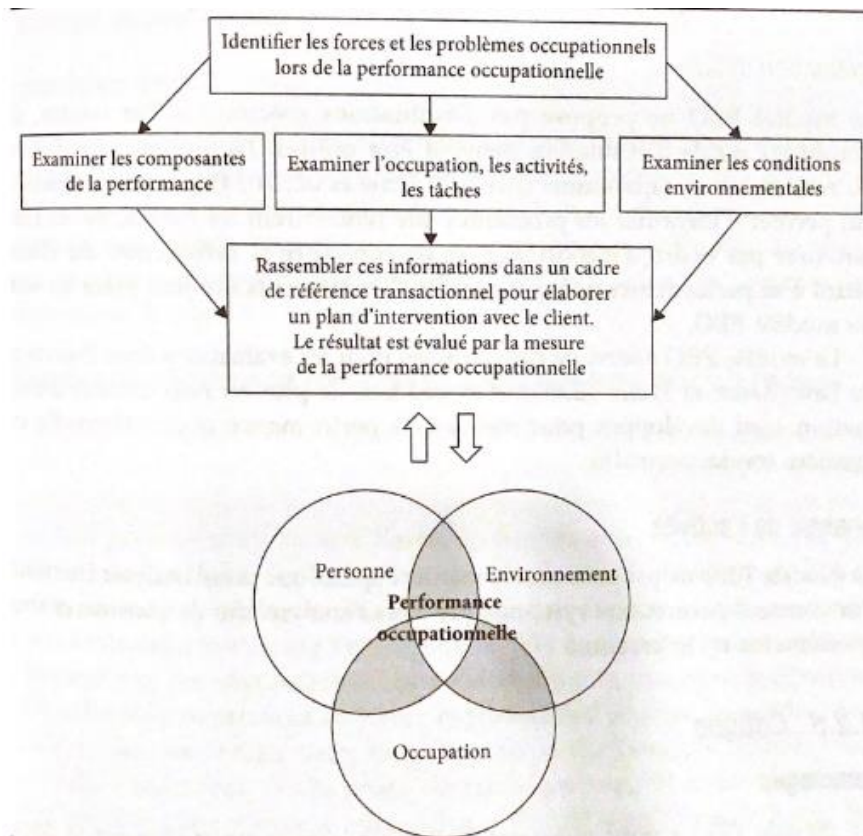
45. Loones A, Simon M-O. Etude sur la réinsertion sociale et professionnelle des personnes sortant d'établissement ou service sanitaire de médecine physique réadaptation (MPR) [Internet]. 2007 juin. Report No.: 250. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/etude-sur-la-reinsertion-sociale-et-professionnelle-des-personnes-sortant-detablissement-ou-service-sanitaire-de-medecine-physique-readaptation-mpr-1>
46. Méthode d'accompagnement dans la Démarche Précoce d'Insertion | Comète France [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cometefrance.com/methode>
47. La profession [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
48. Dany L. Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. :37.
49. Bardin L. Chapitre II. Le codage. Quadrige. 2013;134-49.
50. Bardin L. Chapitre III. La catégorisation. Quadrige. 2013;150-68.
51. Bardin L. Chapitre premier. L'analyse catégorielle. Quadrige. 2013;207-207.
52. Chevignard M, Taillefer C, Picq C, Pradat-Diehl P. Évaluation écologique des fonctions exécutives chez un patient traumatisé crânien. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 1 mars 2008;51(2):74-83.
53. Doig E, Fleming J, Cornwell PL, Kuipers P. Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury. *Am J Occup Ther*. oct 2009;63(5):559-68.
54. Vanier et al. - Les séquelles psychologiques des traumatismes craA.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2969/MS\\_1993\\_5\\_624.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2969/MS_1993_5_624.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
55. Gilles C, Lancelot C, Sellier C, Haye C, Kerloc'h J, Gall D. Métacognition : intervention thérapeutique autour de la conscience des troubles chez des patients souffrant de traumatisme crânio-cérébral grave. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*. 1 sept 2014;34.
56. Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A. Unawareness and/or denial of disability: implications for occupational therapy intervention. *Can J Occup Ther*. déc 2002;69(5):281-92.
57. Lefebvre H, Désilets M, Ndakengurukiye G, Université de Montréal, École de réadaptation, Université de Montréal, et al. La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme. Montréal: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; 2004.

58. Wood-Dauphinee SL, Opzoomer MA, Williams JI, Marchand B, Spitzer WO. Assessment of global function: The Reintegration to Normal Living Index. Arch Phys Med Rehabil. août 1988;69(8):583-90.
59. Koskinen S. Quality of life 10 years after a very severe traumatic brain injury (TBI): The perspective of the injured and the closest relative. Brain injury : [BI]. 1 sept 1998;12:631-48.
60. Fray A-M, Picoulet S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. Management Avenir. 2010;n° 38(8):72-88.
61. Simsolo L, Caire A-M, Hougron A. Trauma crânien et transdisciplinarité. Empan. 26 nov 2012;n° 87(3):67-73.
62. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Recherche en soins infirmiers. 10 juill 2014;N° 117(2):33-49.
63. Poncet F, Taillefer C, Chevignard M, Picq C, Pradat-Diehl P. Évaluations écologiques du syndrome dysexécutif: un défi de taille pour l'ergothérapie. Lett Med Phys Readapt. 1 juin 2009;25(2):88-98.
64. Paillat C, D'Apolito A-C, Massonneau (Neuropsychologue (UEROS-Ugecam), Médecin MPR et Erothérapeute (Comète) de l'Hôpital R.Poincaré - La reprise de la conduite automobile après un accident cérébral (Résurgences, numéro 47, juin 2013) [Internet]. Cabinet Meimon Nisenbaum. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.meimonnisenbaum.com/fr/nos-publications/handicap/id-161-paillat-c-d-apolito-a-c-massonneau-neuropsychologue-ueros-ugecam-medecin-mpr-et-erotherapie-comete-de-l-hopital-r-poincare-la-reprise-de-la-conduite-automobile-apres-un-accident-cerebral-resurgences-numero-47-juin-2013->
65. Arrêté du 20 avril 2012 fixant les conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire.
66. Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée - Légifrance [Internet]. [cité 7 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022816662/>

*Table des matières des annexes*

Annexe 1 : Modèle Personne-Environnement-Occupation.....	I
Annexe 2 : Guide d'entretien .....	II
Annexe 3 : Tableaux de l'analyse longitudinale .....	IV

Annexe 1 : Modèle Personne-Environnement-Occupation



Annexe 2 : Guide d'entretien

Thème	Questions	Rajout/Reformulation si manque d'information ou question non comprise
<b>Présentation</b>	Pouvez-vous vous présenter professionnellement ?	Quel est votre parcours professionnel ?
<b>Population</b>	Parmi les TC dans votre service, quelle est la proportion de personnes venant pour des troubles cognitifs ?	Et non moteurs, comportementaux, sensoriels
<b>Prise en charge</b>	Quelles sont pour vous les étapes de la prise en soin d'un traumatisé crânien grave ayant des troubles des fonctions exécutives ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisez-vous des <u>entretiens</u> au début ou au cours de la prise en charge ?</li> <li>- Effectuez-vous des <u>évaluations/bilans</u> pour faire le point sur les capacités/incapacités du patient au début/pendant/à la fin de la PEC ?</li> <li>- Faites-vous réaliser des tâches écologiques au patient ? (<u>mise en situation</u>)</li> <li>- Mettez-vous en place des <u>stratégies de compensation</u> adaptées pour le patient lorsqu'il a des difficultés à réaliser une tâche?</li> <li>- Mettez-vous en place des <u>aides techniques</u> ?</li> <li>- Avez-vous déjà utiliser des <u>programmes de rééducation cognitive</u> normé ou maison ?</li> </ul>
<b>Fonctions exécutives</b>	Quelles sont les activités thérapeutiques mises en place pour	Y a-t-il des <u>moyens d'adaptation</u> mis en place pour



	améliorer la récupération des fonctions exécutives ?	accentuer sur une récupération des fonctions ? (Pas de compensation : car ça n'améliore pas la récupération)
<b>Environnement professionnel</b>	Mettez-vous en corrélation les activités thérapeutiques et le projet professionnel de la personne ?	Faites-vous le lien avec le projet personnel de la personne ?
<b>Environnement social</b>	Tout au long de la prise en charge, prenez-vous en compte l'environnement social du patient ? (tout ce qui est famille, amis, collègues ?)	- Associez-vous l'entourage (famille, amis, collègues) à la prise en soin ? - Les loisirs sont-ils un point abordé pendant la prise en soin ?
<b>Ergo</b>	Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la prise en soin d'un TC pour des troubles cognitifs ?	
<b>Ergo</b>	Intervenez-vous en pluridisciplinarité concernant les troubles cognitifs d'une personne TCG ?	Si oui, comment ces professionnels interviennent-ils ?
<b>Valorisation</b>	La revalorisation du patient est-il un des objectifs de votre prise en charge ?	Travaillez-vous la valorisation avec le patient ? Indirectement ?
<b>Réinsertion</b>	Selon vous, quelle place a l'ergothérapie dans la réinsertion socio-professionnelle ?	Est-ce que chaque professionnel a sa place bien définie ?
<b>Autre</b>	Pour finir, avez-vous d'autres informations à me communiquer ?	

Annexe 3 : Tableaux de l'analyse longitudinale

<b>Question 1</b>	Parmi les traumatisés crâniens dans votre service, quelle est la proportion de personnes venant pour des troubles cognitifs essentiellement ?
Corpus E1	E1 : Euh.. tous, 100%. Là dans nos critères en fait, de sélection pour venir à l'UEROS il faut qu'il y ait des troubles cognitifs. Il peut y avoir des troubles moteurs aussi mais il y a forcément des troubles cognitifs plus ou moins importants.
Codage	« 100% » « Critère de sélection pour venir à l'UEROS, il faut qu'il y ait des troubles cognitifs »
Catégorisation	Troubles cognitifs

<b>Question 1</b>	Parmi les TC que vous avez dans votre service, quelle est la proportion de personnes venant pour des troubles cognitifs essentiellement ?
Corpus E2	E2 : Tous ont des troubles cognitifs ça c'est clair. Tous ont, on va dire un handicap moteur invisible dans le sens où c'est, c'est modique par rapport aux troubles cognitifs ça c'est vrai. Après euh, des personnes où il n'y a vraiment rien sur le plan physique c'est quand même assez rare, il y a toujours des petits problèmes soit d'équilibre, de manque de force, sur un côté. On accueille personne en fauteuil roulant, c'est-à-dire que handicap moteur est invisible la plupart du temps quoi, voilà. Et le handicap cognitif est prédominant.
Codage	« Tous ont des troubles cognitifs » « handicap cognitif est prédominant »
Catégorisation	Troubles cognitifs

<b>Question 1</b>	Parmi les traumatisés crâniens que vous avez dans votre service, quelle est la proportion de personnes venant pour des troubles cognitifs essentiellement ?
Corpus E3	E3 : Alors je n'aurai pas les statistiques sous les yeux, après je dirai que tous les stagiaires que nous recevons sont concernés par les troubles cognitifs. Pas uniquement des fonctions exécutives mais voilà que ce soit des troubles attentionnels, des troubles de la mémoire, tous ont des difficultés cognitives qui perturbent le projet et c'est bien souvent ces difficultés-là qui motivent l'orientation l'UEROS.
Codage	« tous les stagiaires sont concernés par les troubles cognitifs » « tous ont des difficultés cognitives qui perturbent le projet »
Catégorisation	Troubles cognitifs

<b>Question 1</b>	Parmi les traumatisés crâniens dans votre service, quelle est la proportion de personnes venant pour des troubles cognitifs essentiellement ?
Corpus E4	E4 : Alors je dirai 100%. Dans 100% des cas les fonctions cognitives ont été touchées. C'est vrai que ça n'arrive jamais qu'on ait uniquement des troubles moteurs dans le cas des TC graves qui du coup arrivent à l'UEROS. En tout cas moi je n'en ai jamais rencontré depuis deux ans, je ne sais pas si avant il y avait eu mais en tout cas moi vraiment 100%

	des personnes accompagnées ont des troubles cognitifs et je dirai dans 90% des cas des fonctions exécutives.
Codage	« 100% » « dans 90% des troubles des fonctions exécutives »
Catégorisation	Troubles cognitifs

<b><u>Question 2</u></b>	Quelles sont les étapes de la prise en soin d'un traumatisé crânien grave ayant des troubles des fonctions exécutives ; le cheminement en quelque sorte de votre prise en charge ?
Corpus E1	<p>E1 : Alors (réflexion), chez nous ils commencent tous par faire un module d'évaluation de cinq semaines avant tout. Euh.. et ensuite on propose des modules de réentraînement et en fait une des choses importantes pour qu'ils arrivent à atteindre leur objectif je pense que c'est la prise de conscience déjà de leur difficulté, avant tout ouais. Pour ensuite essayer de mettre en place, bah des moyens de compensation et puis trouver un projet aussi qui soit adapté à leurs capacités.</p> <p>E1 : Oui, on fait des évaluations pendant le module évaluation. Alors déjà on récupère les évaluations qui ont été faites avant, soit à l'hôpital, soit en centre de rééducation, soit une équipe mobile ou autre. Et puis on va essayer de compléter aussi, de compléter avec nos évaluations donc euh on est, dans l'équipe là il y a une ergothérapeute moi, il y a aussi des neuropsychologues, un éducateur spécialisé, des chargés d'insertion professionnelle, une assistante sociale, une psychologue, euh.. une secrétaire, un moniteur APA et en fait on va tous faire des évaluations, des mises en situation euh voilà pour, pour compléter au maximum les bilans, faire une espèce de photographie de la personne un peu sous tous les domaines. Et puis, l'avantage de l'UEROS c'est je pense aussi c'est qu'ils sont hébergés sur place donc on les voit évoluer aussi en groupe, euh les animateurs les voient le soir, voient aussi leurs comportements, leur euh.. la façon de euh.. la façon de se comporter avec les autres et etc. qui sont vraiment importantes pour les évaluations.</p> <p>E1 : Alors euh.. je fais déjà un bilan des habitudes de vie, un bilan fonctionnel assez rapide hein j'entre pas dans les détails comme en centre de rééducation. Et ensuite je fais des mises en situation de vie quotidienne, je m'inspire du profil des AVQ. Donc euh évaluation courses, cuisine, évaluation des activités de la vie quotidienne complexe. Voilà, et ensuite je participe aux évaluations, euh.. nous ce qu'on appelle les évaluations transversales, disons que parfois c'est moi, parfois c'est l'éduc, parfois ça peut être un autre professionnel, euh.. on fait ce qu'on appelle l'atelier 3D, c'est des, euh.. (réflexion), des jeux de construction qui permettent de voir, bah pleins de choses : la dextérité, la lecture d'un plan, la concentration, la patience, etc. Bon voilà il y a pleins d'autres évaluations parallèlement, donc il y a le film par exemple on leur projette un film et ensuite on leur donne un questionnaire pour évaluer ce qu'ils en ont compris et ce qu'ils ont mémorisé. Voilà donc ça, ça peut être moi mais aussi un autre professionnel. Il y a des évaluations tout au long, enfin des entretiens qui nous permettent de voir un peu où en est la personne, la conscience des difficultés et l'évolution du projet. C'est vrai que ça participe au, je pense à la progression de la personne et à l'atteinte de ses objectifs quoi, que les choses soient réévaluées régulièrement, discuter avec elle. Ça participe comme tout le monde à l'observation de la vie en groupe, de la vie sur le site etc.</p>

	<p>E1 : Euh oui. Euh.. alors il y a les tout ce qui est aide technique euh.. les orthèses mentales comme les jeunes appelle ça maintenant (rires), c'est tout ce qui est l'agenda, l'agenda téléphonique, ce genre de chose, les alertes téléphoniques etc. Et puis les aides techniques pour la vie de tous les jours aussi, bien sûr pour la cuisine, pour les déplacements, pour la mobilité, on fait ça aussi.</p> <p>E1 : Euh... en ergo moi je n'en n'utilise pas mais je sais que les neuropsyches en utilisent.</p>
Codage	<p>« module d'évaluation pendant cinq semaines »  « module de réentraînement ensuite »  « une chose importante est la prise de conscience de leur difficulté »  « pour mettre en place des moyens de compensation »  « et trouver un projet adapté à ses capacités »  « on fait des évaluations pendant le module évaluation »  « on récupère les évaluations qui ont été faites avant, soit à l'hôpital, soit en centre de rééducation, soit une équipe mobile »  « on va essayer de compléter avec nos évaluations »  « on va tous faire des évaluations, des mises en situation pour compléter au maximum les bilans, faire une espèce de photographie de la personne »  « on les voit évoluer aussi en groupe, leurs comportements qui sont vraiment importantes pour les évaluations »  « bilan des habitudes de vie, un bilan fonctionnel assez rapide »  « ensuite je fais des mises en situations de vie quotidienne, je m'inspire du profil des AVQ, donc évaluation courses, cuisine, évaluation des activités de vie quotidienne complexe »  « je participe aux évaluations transversales »  « on fait ce qu'on appelle l'atelier 3D, c'est des jeux de construction pour travailler la dextérité, la lecture d'un plan, la concentration, la patience »  « pleins d'évaluations parallèlement, le film par exemple »  « des entretiens qui nous permettent de voir un peu où en est la personne, la conscience des difficultés et l'évolution du projet »  « mise en place d'aide technique, comme les orthèses mentales : agenda, agenda téléphonique, alertes téléphoniques »  « les aides techniques pour la vie de tous les jours, pour la cuisine, les déplacements, la mobilité »</p>
Catégorisation	<p>Prise de conscience  Troubles cognitifs  Evaluations  Mises en situation  Vie quotidienne  Moyens de compensation  Aides techniques</p>
<b>Question 2</b>	<p>Quelles sont pour vous les étapes de la prise en soin d'un traumatisé crânien grave ayant des troubles des fonctions exécutives ; le cheminement en quelque sorte de votre prise en charge ?</p>

## Corpus E2

E2 : Alors nous c'est vrai qu'on intervient à peu près trois ans après la lésion cérébrale. Donc euh, moi mon impression parce que du coup comme j'ai pas travaillé en service neuro tout de suite après en fait, mon impression c'est que le, la prise de conscience des séquelles cognitives se fait un peu au moment où ils arrivent ici quand même. C'est-à-dire que, c'est vrai qu'il y a eu toute cette partie physique qui a été vu en rééducation, réadaptation, ils ont évidemment abordé les troubles cognitifs mais sans vraiment se sentir confronté à ça puisqu'ils ont évolué dans un environnement adapté, que ce soit à l'hôpital, au centre de rééducation ou dans la famille quand ils y retournent. Et que par contre quand on les confronte ici à des tâches un peu concrètes, puisque nous on est, on est basé principalement sur des mises en situation concrètes là sur l'UEROS, et là la prise de conscience se fait. Du coup euh, c'est vraiment, ouais la première partie du stage, parce qu'en fait le stage UEROS il y a trois phases. La phase d'évaluation qui chez nous dure longtemps justement parce qu'on a mesuré ce processus de prise de conscience, c'est important qu'il se fasse bien ; donc c'est la phase d'évaluation. Ensuite on a une phase de réentraînement, c'est là où on met en place des moyens de compensation et puis la phase d'orientation c'est-à-dire la définition du projet en fait. Mais cette première phase vraiment on s'applique beaucoup à faire en sorte que la prise de conscience soit douce mais réelle quoi en fait on va dire. C'est-à-dire il y a des gens ils arrivent ils sont globalement isolés depuis trois ans avec une confiance en eux qui est assez effondrée donc on va d'abord un peu axer sur l'estime de soi, la reprise de confiance et un peu après on va ou en même temps on va les confronter à la réalité par des propositions d'action concrète et là en fait ils vont se rendre compte que en effet mobiliser le cognitif c'est pas si simple en fait. Et si cette prise de conscience se fait après le reste j'ai envie de dire ça découle quoi, on arrive à mettre en place plus facilement des moyens de compensation, la clé est vraiment dans cette prise de conscience.

E2 : Oui mais alors moi je fais plus du tout de papier-crayon en fait, euh la personne rentre dans la, on va dire dans le collectif UEROS où du coup il va participer à toutes les tâches de la vie quotidienne, donc on va lui donner un planning, on travaille la notion d'agenda, on l'implique après progressivement dans la réalisation de repas, euh alors les fonctions exécutives elles sont quand même testées et de façon assez spécifiques. C'est-à-dire moi je les teste sur un repas qu'ils connaissent au départ pour les mettre à l'aise et après je les conduis sur des repas plus complexes et inconnus où du coup on va davantage aller chercher justement les dysfonctionnements des fonctions exécutives et puis pareil en fait on a beaucoup de temps de, donc là où on est en co-animation avec mon collègue éducateur où on leur propose des cibles dans le jardin, par exemple la réalisation d'un muret en rondins et en paillis ou euh ou alors là il y a quelqu'un qui a pour objectif d'organiser les outils au sein de notre atelier menuiserie, enfin voilà, on va essayer de trouver avec eux des cibles là où ils se sentent, là où ils ont quelques bases quand même et on va voir comment ils vont faire ça face à cette situation, comment ils vont justement s'organiser, planifier, prévoir ce qu'il faut, etc... On travaille finalement les fonctions exécutives en faisant et on évalue en faisant aussi.

E2 : Des mises en situation en quelque sorte, oui, on fait que ça parce qu'en fait, euh avec le temps on s'est dit, si on leur dit juste qu'ils ont des problèmes de fonctions exécutives ça fonctionne pas quoi en fait. Il faut qu'ils s'en rendent compte par eux-mêmes.

E2 : Alors, oui on a, alors de façon un peu transverse on a le GMC qu'on utilise. Toute l'équipe se saisit un peu de cet outil là. En fait on l'a décliné pour qu'il soit plus facile d'utilisation en fait selon les activités. Mais voilà après ça va s'appeler la « ligne de temps » en cuisine, avec toutes les étapes, les étapes cachées etc.. ça va s'appeler « la fiche projet » pour tout ce qui est activités manuelles au sens large, intérieures et extérieures. Parce que nous du coup on utilise le bâtiment et le jardin, comme ci ils étaient chez eux étant donné qu'ils peuvent être amenés à installer une étagère ou bien aller entretenir le potager, c'est vraiment comme une maison en fait. Comme si on était chez soi et on se retrouve face à un problème et comment on fait. Au départ on laisse faire, c'est-à-dire que c'est vrai que dans la prise de conscience au départ on suggère rien en matière d'organisation pour que la personne puisse se rendre compte en effet qu'elle pourrait s'y prendre autrement pour que ce soit moins énergivore, pour assurer la réussite et tout ça. Et puis après on propose ce fameux « outil d'organisation » en fait où on pose les étapes avec eux à l'écrit avant de passer à l'action en fait. C'est une partie plus entretien là du coup. Donc après l'idée c'est de le rendre un peu transversal, on leur montre petit à petit que cette façon de fonctionner peut s'adapter à toutes les activités et après bah euh on voit si la personne est capable de faire ça avec aide et puis après sans aide ou bien s'il y aura toujours une suppléance finalement pour cette organisation-là, auquel cas il fera partie de la phase d'orientation où on pourrait estimer qu'il y a besoin d'une aide humaine après pour la suite quoi.

E2 : Alors en fait on a aussi un atelier en fait avec la neuropsychologue, deux fois une heure par semaine. Donc on co-anime, alors en fait tout au départ elle elle faisait un enseignement on va dire théorique sur le cerveau et toutes ses fonctions et tout ça et puis moi j'avais cette partie plus manuelle à côté. Et puis on s'est rendu qu'ils étaient très intéressés par le fonctionnement du cerveau mais que finalement les informations étaient trop complexes et leurs parlaient pas beaucoup. Donc en fait la co-animation, c'est-à-dire que on va présenter chaque fonction du cerveau et moi je vais emmener des exemples qui sont issus de la vie à l'UEROS ou issus de leur vie extérieure et qu'ils vont rapporter mais qu'ils oublient de mettre à l'ordre du jour quand on fait la séance (rires). Et puis on va les travailler quoi en fait. Quelques fois lorsque l'on finit sur les fonctions exécutives on a la partie comportementale aussi : on glisse sur tout ce qui est habiletés sociales. Donc on peut très bien lors de cet atelier rapporter une situation qui s'est passée entre deux stagiaires et montrer comment, euh, comment se passe la communication, ce que ça sous-entend, d'avoir pris en compte le contexte, etc, comment ça demande beaucoup de travail au cerveau de traiter tout ça, comment on peut faire pour avoir une communication plus adaptée. On va se servir de la vie quotidienne, ce qui se sera passé entre eux, avec leur accord bien-sûr pour retraiter le sujet quoi. L'idée c'est de faire ses armes même en communication, c'est de faire ses armes ici à l'UEROS où en fait ils ont autour d'eux des gens qui peuvent comprendre pourquoi ça a dérapé pour pouvoir après mieux s'intégrer sur l'extérieur. Là je suis partie sur les aspects comportementaux mais le mercredi soir je fais un repas avec un des stagiaires et bah on peut reprendre vraiment ce qui s'est passé, faire une analyse d'activité finalement sur l'organisation qu'il a eu en cuisine et puis voir comment il aurait pu faire différemment pour que ce soit moins énergivore, ça permet d'être moins tendu, on arrive à poser une organisation, la double tâche, donc voilà on parle de tout ça en fait.

Codage	<p>« intervention 3 ans après la lésion cérébrale »</p> <p>« la prise de conscience des séquelles cognitives »</p> <p>« confronte à des tâches plus concrètes, basées sur des mises en situation concrètes sur l'UEROS »</p> <p>« 3 phases »</p> <p>« phase d'évaluation qui dure longtemps pour que le processus de prise de conscience se fasse bien »</p> <p>« phase de réentraînement, là où on met en place des moyens de compensation »</p> <p>« phase d'orientation, la définition du projet »</p> <p>« gens qui arrivent isolés depuis 3 ans avec une confiance en eux effondrée »</p> <p>« on va s'axer sur l'estime de soi, la reprise de confiance, et en même temps les confronter à la réalité »</p> <p>« si cette prise de conscience se fait on arrive plus facilement à mettre en place des moyens de compensation »</p> <p>« la clé est vraiment la prise de conscience »</p> <p>« je ne fais pas du tout de papier-crayon »</p> <p>« participation à toutes les tâches de la vie quotidienne, planning, travail de la notion d'agenda, réalisation de repas »</p> <p>« test des fonctions exécutives sur un repas plus complexe et inconnu où on va chercher les dysfonctionnements des fonctions exécutives »</p> <p>« proposition avec l'éducateur de cibles où ils se sentent à l'aise, où ils ont quelques bases »</p> <p>« on va voir comment ils vont faire face à la situation, s'organiser, planifier, prévoir ce qu'il faut »</p> <p>« les mises en situation ça permet qu'ils se rendent compte eux-mêmes des problèmes des fonctions exécutives »</p> <p>« ligne du temps en cuisine, avec les étapes et étapes cachées »</p> <p>« fiche projet pour les activités manuelles au sens large »</p> <p>« utilisation du bâtiment et le jardin, comme s'ils étaient chez eux »</p> <p>« au début, savoir comment s'y prendre pour que ce soit moins énergivore »</p> <p>« on propose l'outil d'organisation, on pose les étapes avec eux à l'écrit avant de passer à l'action »</p> <p>« on montre que cette façon de fonctionner peut s'adapter à toutes les activités et après on voit si la personne est capable de faire sans aide ou non »</p> <p>« atelier avec la neuropsychologue, 2x 1heure par semaine »</p> <p>« fonctionnement du cerveau + des exemples issus de la vie à l'UEROS ou extérieure »</p> <p>« partie comportementale avec les habiletés sociales »</p> <p>« rapporter une situation passée entre deux stagiaires et l'analyser »</p> <p>« objectif de faire ses armes en communication »</p> <p>« mercredi soir, repas avec un stagiaire et faire une analyse d'activité sur l'organisation en cuisine, voir ce qu'il aurait pu faire différemment, moins énergivore, organisation, double tâche »</p>
--------	---

Catégorisation	Prise de conscience Mises en situation 3 phases de PEC à l'UEROS Estime de soi, confiance en soi Moyens de compensation (planning, agenda, participation aux tâches de la vie quotidienne) Test des fonctions exécutives sur un repas Fonctions exécutives Outils Comportement Communication
----------------	---

<b><u>Question 2</u></b>	<p>Vous en tant qu'ergo, quelles sont pour vous les étapes de la prise en soin d'un traumatisé crânien grave ayant des troubles des fonctions exécutives ; le cheminement en quelque sorte de votre prise en charge ?</p>
Corpus E3	<p>E3 : Alors le cheminement bah suit un petit peu l'organisation de l'UEROS, c'est-à-dire que je vais participer à l'évaluation sur un mois donc je vais plus spécifiquement m'intéresser aux fonctions exécutives avec la passation du Test des Errances Multiples avec la neuropsychologue et après je vais avoir d'autres outils plus pratico-pratiques comme la cuisine, les ateliers manuels où je vais tester d'autres aspects de l'organisation, de la planification, des prises d'initiative, toutes ces choses qui participent à l'évaluation des fonctions exécutives. Donc là on est vraiment sur des mises en situation, de la pratique. Ensuite, cette évaluation va nous permettre et me permettre de cibler ensuite les axes d'amélioration possibles et de proposer un plan de réentraînement plus spécifique en fonction des lésions et des séquelles détectées. Notamment le travail sur les fonctions exécutives où là le, la prise en charge va être de deux sortes, soit une prise en charge individuelle soit la participation au groupe sur les fonctions exécutives que l'on co-anime avec ma collègue ergothérapeute ou ma collègue neuropsychologue.</p> <p>E3 : Alors que ce soit en collectif ou en individuel, ça passe dans un premier temps par une information c'est-à-dire que je vais leur proposer une séquence sur mieux comprendre les fonctions exécutives, on s'inspire beaucoup des approches neuropsychologiques qui donnent, qui personnifient un petit peu les fonctions exécutives. Donc il va y avoir une ou deux séances de présentation de mieux comprendre les fonctions exécutives et puis ensuite ça va être de leur proposer des montages de projet ou de l'activité plus concrète pour qu'ils puissent acquérir de la méthode, pour qu'ils puissent mieux comprendre les domaines dans lesquels ils sont compétents et qu'ils vont devoir privilégier dans leur projet d'insertion et de mieux comprendre en gros les domaines où ils sont moins compétents et qui vont demander un petit peu plus de vigilance. Donc concrètement si j'ai une personne où je veux vraiment mettre en avant le côté « bon exécutant » et bien on va travailler plus sur du suivi de consigne, une recette ou un plan technique à l'atelier pour qu'ils puissent être plus dans de l'exécution et a contrario si je veux travailler plus sur la mise en œuvre de plan on va partir sur des montages de petits projets, voilà, des projets de sortie, des projets d'atelier, projets divers en fonction des personnes, ça va plus être en fonction des centres d'intérêts.</p>



	<p>E3 : Alors oui, une fois que l'on a fait le point avec le stagiaire et qu'il a bien conscience que bah là quand même cette étape là je suis un peu en difficulté et bien on va travailler beaucoup sur la méthodologie, d'essayer de fixer des objectifs à plus court terme, des étapes, d'essayer de passer par la phase écrite et qu'il puisse lister vraiment très précisément les différentes étapes pour ensuite pour les cocher, vérifier qu'elles soient faites. Après, ça va être variable si c'est une difficulté dans la gestion du temps, on peut se servir de time timer comme moyen de compensation, de petits outils de cet ordre-là. On peut se servir des agendas, après c'est tellement au cas par cas. Après voilà, en situation professionnelle clairement ça va être plus sur des listing de tâches, des tableaux, des choses comme ça.</p> <p>E3 : C'est ce que je vous disais, nous on, comme je travaille avec ma collègue neuropsychologue, on s'inspire beaucoup des approches des neuropsychos sur ces choses-là. On va utiliser aussi les ouvrages sur la remédiation qui passe par la connaissance, qui passe par le réentraînement par des exercices divers. Après, moi j'ai plus une expérience de terrain que de me raccrocher à telle approche ou telle approche. On ne suit pas exactement précisément un programme, on s'en inspire. A l'hôpital de jour ils ont des programmes bien plus structurés que nous parce que à l'UEROS nous avons des entrées permanentes de stagiaires donc on peut pas avoir un groupe fixe qu'on pourrait suivre comme ça sur dix séances ou sur tant de séances pour pouvoir progresser. Donc on va avoir, on va vraiment plus s'intéresser à la problématique de la personne que d'avoir une approche très rééducative. On est vraiment sur du, de l'adaptation donc euh à mon sens ce qui correspond moins à l'UEROS.</p>
Codage	<p>« évaluation pendant 1 mois »  « passation du Test des Errances Multiples avec la neuropsychologue »  « d'autres outils pratico-pratiques comme la cuisine, ateliers manuels où je vais tester l'organisation, la planification, les prises d'initiative »  « mises en situation »  « évaluation permet de cibler les axes d'amélioration et proposer un plan de réentraînement »  « prise en charge individuelle ou en groupe »  « proposition de séquences pour mieux comprendre les fonctions exécutives, inspire des approches neuropsychologiques »  « explorateur, détective, architecte, menuisier »  « proposition de montages de projet ou d'activités concrètes »  « travail du suivi de consigne, recette, plan technique »  « projets de sortie, d'ateliers, en fonction des centres d'intérêts »  « patient a conscience de ses troubles »  « travail sur la méthodologie, fixer des objectifs, passer par la phase écrite, lister des étapes »  « moyens de compensation »  « gestion du temps difficile time-timer »  « agendas, tableaux, listing de tâches »</p>
Catégorisation	<p>Evaluation  TEM  Mises en situation</p>

	Fonctions exécutives Conscience des troubles Moyens de compensation
--	---

<b><u>Question 2</u></b>	Quelles sont pour vous les étapes de la prise en soin d'un traumatisé crânien grave ayant des troubles des fonctions exécutives ; le cheminement en quelque sorte de votre prise en charge ?
Corpus E4	<p>E4 : Alors le cheminement c'est un peu le fonctionnement global de l'UEROS. C'est un stage qui dure sur six mois donc de vingt-six semaines. Ces vingt-six semaines sont découpées en trois phases. La première phase dure six semaines, c'est la phase d'évaluation. Donc là on rassemble tout ce que l'on a au niveau médical du parcours antérieur de soin mais en fait on refait des évaluations pour voir s'il y a eu des changements et aujourd'hui voir où en est la personne. Les six premières semaines sont essentiellement basées sur l'évaluation. Donc pour évaluer les fonctions exécutives, il y a une neuropsychologue dans l'équipe, donc il y a une évaluation systématique faite par la neuropsychologue sauf si le bilan date de moins d'un an. Mais en tout cas on s'appuie, on confronte nos évaluations avec celles de la neuropsychologue. C'est-à-dire qu'elle fait des évaluations neuropsychologiques, papier-crayon en entretien et nous on les évalue plutôt en activité, c'est-à-dire dans l'observation des activités non routinières de la personne quand du coup on évalue les fonctions exécutives c'est à travers cet outil que l'on évalue : l'observation. Ça peut être standardisé par le AMPS dans la partie des habiletés opératoires. On fait du lien avec les fonctions exécutives et aussi il y a des observations moins standardisées de l'activité en générale. C'est principalement en activité que l'on observe le fonctionnement, comment la personne utilise ses fonctions exécutives ou ne les utilise pas. On remarque aussi quand il y a la mémoire de travail qui ne fonctionne pas bien ou la planification qui n'est pas optimale pour organiser l'activité qu'il y a à faire, l'inhibition, la flexibilité. Donc ça c'est pour la partie évaluation. Ensuite dans la phase de réentraînement qui dure vingt semaines, donc c'est toujours pareil on utilise les situations concrètes non routinières mais par contre en réadapt c'est systématiquement des situations qui sont signifiantes et significatives pour la personne. En exemple concret ça peut être utiliser les transports en commun mais pas ceux de ma ville.</p> <p>E4 : Oui, pendant tout ça. C'est en fonction de ce qu'on identifie de ce qui a été touché dans les fonctions exécutives parfois elles sont toutes touchées parfois non. On s'appuie sur les atouts. Alors pour arriver à contourner les troubles des fonctions exécutives en activité c'est les stratégies de compensation. Ce qu'on utilise le plus c'est le passage par l'écrit ou par des schémas pour en fait visualiser les étapes avant d'arriver à mon but. Voilà le but, c'est partir du but et voir quelles étapes j'ai à réaliser pour y parvenir. Donc on les détaille, on peut soit passer par l'écriture, soit par la prise de notes sur informatique, par le dessin ou des cartes mentales. Après on se soucie aussi beaucoup de l'environnement, il faut limiter les distracteurs, que l'environnement soit favorable à l'utilisation des fonctions exécutives. Après c'est plutôt en lien avec la personne si travailler avec de la musique ça peut être un environnement favorable à l'expérimentation on l'utilise aussi. On fait en sorte que l'environnement soit propice au travail des fonctions. Donc la plupart du temps c'est un lieu calme et un lieu où j'ai de la place pour réaliser ce que j'ai</p>

	<p>besoin de faire. Et pendant l'activité, on pose énormément de questions, donc on parle un peu d'auto-observation en fait qui doit en activité se questionner sur ce que je suis en train de faire, pourquoi, est-ce qu'il y a d'autres possibilités et en fait par le questionnement on active des fonctions diverses du cerveau qui vont pouvoir permettre de contourner la difficulté pour parvenir à l'objectif. Donc notre rôle c'est de les aider à trouver les erreurs s'il y en a, de mettre en place des stratégies pour les contourner, dans le but d'obtenir une démarche si je détaille mes étapes, l'aide à la planification, me questionner les autres possibilités, sur vérifier ce que je viens de faire, si c'est bien ce que je voulais obtenir, est ce que j'ai réussi à faire ce que je voulais faire et donc cette démarche elle est transférable dans d'autres activités non routinières de la personne mais finalement s'il utilise la même démarche il pourra lui-même parvenir à résoudre les problèmes liés aux troubles des fonctions exécutives ou résoudre d'autres situations non routinières liées à l'objectif de réinsertion dans l'emploi. Pour le coup-là il y a aussi des choses qui sont transférables à l'emploi.</p> <p>E4 : Oui bien-sûr. Pour les fonctions exécutives un agenda, la prise de notes, l'utilisation d'alarmes, rien que passer par le support papier ou autre support pour expliciter sa pensée. Tout ça pour moi c'est également des moyens de compensation mais on peut aussi appeler ça des aides techniques.</p>
Codage	<p>« stage qui dure vingt-six semaines »  « découpées en 3 phases »  « phase d'évaluation pendant six semaines »  « évalue en activité, observation des activités non routinières de la personne »  « standardisé par le AMPS dans la partie des habiletés opératoires »  « en activité que l'on observe comment la personne utilise ses fonctions exécutives »  « remarque lorsque la planification n'est pas optimale pour organiser l'activité, l'inhibition, la flexibilité »  « phase de réentraînement qui dure 20 semaines »  « utilisation de situations concrètes non routinières, systématiquement des situations signifiantes ou significatives pour la personne »  « utilisation des transports en commun d'une autre ville »  « utilisation de stratégies de compensation »  « s'appuie sur les atouts »  « pour contourner les troubles des fonctions exécutives, passage par l'écrit ou par des schémas, visualiser les étapes avant d'arriver à mon but »  « aussi prise de notes sur informatique, par le dessin, cartes mentales »  « soucie de l'environnement, limiter les distracteurs, environnement soit favorable à l'utilisation des fonctions exécutives »  « environnement soit propice au travail des fonctions »  « lors de l'activité, pose des questions, auto-observation »  « par le questionnement on active des fonctions diverses du cerveau qui vont pouvoir permettre de contourner la difficulté pour parvenir à l'objectif »</p>

	<p>« aider à trouver les erreurs, mettre en place des stratégies pour les contourner, but d'obtenir une démarche si détail des étapes, aide à la planification, questionner sur d'autres possibilités, vérification, réussite, démarche transférable dans d'autres activités non routinières de la personne »</p> <p>« transférable à l'emploi »</p> <p>« mise en place d'aides techniques pour les fonctions exécutives : agenda, prise de notes, alarmes »</p> <p>« passer sur le support papier ou autre support pour expliciter sa pensée »</p>
Catégorisation	<p>Evaluation</p> <p>Mises en situation</p> <p>Fonctions exécutives</p> <p>Moyens de compensation</p> <p>Environnement</p>

<b>Question 3</b>	Concernant les fonctions exécutives, quelles sont les activités thérapeutiques mises en place pour améliorer la récupération ?
Corpus E1	<p>E1 : Euh.. alors, c'est pas évident comme question (rires). Donc je pense qu'il y a la prise de conscience et la compréhension des difficultés déjà qui font beaucoup dans la rééducation ensuite. Euh.. donc on a un module qui s'appelle le module métacognition parce qu'en fait on fonctionne par module, par module de réentraînement euh.. qui dure cinq semaines et qui sont euh..(réflexion) à chaque fois euh.. où les personnes elles reviennent à la maison entre les modules à un temps plus ou moins long. Et le module métacognition là on travaille vraiment sur la compréhension des difficultés donc y a des ateliers sur les différentes fonctions du cerveau, sur comment ça marche, qu'est ce qui peut être compliqué après une lésion cérébrale, comment, comment le travailler, quelles répercussions dans la vie quotidienne. Donc déjà à travers ce module euh.. bon ça leur permet d'un peu mieux cibler leurs difficultés. La plupart des gens, euh.. fin en tout cas ceux qu'ont un trouble exécutif participent à ce module-là. Donc y a toute cette partie-là. Ensuite, on propose aussi des exercices justement qui permettent de travailler un peu euh.. sur les fonctions cognitives, sur la planification, etc. C'est-à-dire papier-crayon, ça peut être aussi des mises en situation un peu concrète, recette de cuisine courses, fin un peu tout ce qu'on peut faire dans la vie quotidienne.</p>
Codage	<p>« module métacognition »</p> <p>« module de réentraînement qui dure cinq semaines »</p> <p>« travail sur les difficultés »</p> <p>« ateliers sur les fonctions du cerveau, comment ça marche, qu'est ce qui peut être compliqué après une lésions cérébrale, comment le travailler, quelles répercussions dans la vie quotidienne »</p> <p>« exercices sur les fonctions cognitives, la planification »</p> <p>« papier-crayon, mises en situation concrètes, recette de cuisine courses, tout ce qu'on va faire dans la vie quotidienne »</p>
Catégorisation	<p>Travail sur les difficultés</p> <p>Ateliers sur les fonctions du cerveau pour la compréhension</p> <p>Exercices sur les fonctions cognitives</p> <p>Mises en situation</p> <p>Exercices papier-crayon</p>

<b><u>Question 3</u></b>	<b>En ergothérapie, quelles sont les activités thérapeutiques mises en place pour améliorer la récupération des fonctions exécutives ?</b>
Corpus E2	<p>E2 : Alors donc vie quotidienne ça va être, euh (réflexion 6 secondes), ça va être le repas thérapeutique. C'est vraiment un super outil d'évaluation et de réentraînement. Après je dirai qu'il y a aussi comment ils vont intégrer, tout ce qu'on leur demande dans la participation à la vie ici, c'est-à-dire qu'il y a le ménage, s'organiser aussi pour gérer leur linge. On leur demande au maximum de tout faire en fait parce que comme on, c'est vrai qu'on dit souvent qu'une UEROS c'est pour dessiner un projet professionnel, pour nous c'est pas totalement ça. C'est vraiment de réussir à mettre en place un projet de vie globale, donc il faut que la personne puisse travailler mais aussi vivre à côté, gérer son quotidien et puis même avoir encore un peu d'énergie pour euh, pour avoir éventuellement des activités de loisirs. Donc c'est vrai qu'on les met vraiment en charge de tout, il y a toute cette gestion du quotidien, en plus des activités qu'on leur propose et là du coup il y a l'activité en tant que telle et après il y a comment je fais pour que du coup dans ma journée, dans ma semaine j'arrive jamais à un niveau de fatigue extrême, on parle beaucoup du planning, la gestion des activités, des activités ressourçantes ou énergivores au contraire et comment on va pouvoir réguler pour pas s'épuiser mais réussir à faire des choses quand même et être content de soi. Donc on a des ateliers avec la neuropsychologue là-dessus. Après on a tout ce qui est déplacements, donc bah ça va être le premier déplacement ça va être celui qui va être un entraînement pour aller jusqu'au magasin et qui leur permettra de faire des courses tous seuls après, c'est du classique ça, réaliser un trajet en bus etc. Les bilans écologiques on en fait aussi, en fait dans les communes environnantes mais là on va le faire si ça a un sens dans le projet professionnel de la personne plus en fait. Euh, on peut aller aussi à domicile, ça arrive aussi d'aller voir directement sur place tout ce qui est organisation, gestion du ménage, du courrier, voir un peu comment ça se passe. Sinon toutes les activités dont je vous ai parlé relatives à l'entretien du logement, mais au sens large c'est-à-dire s'il y a un robinet qui fuit je fais comment, là c'est pas très fonctionnel cet espace là comment on peut le ré-aménager, on peut leur faire faire des ; mais toujours pareil ayant à la fois le bénéfice quel est l'intérêt de leur faire ça, est-ce que c'est l'évaluation, le réentraînement en terme de vie quotidienne ou est-ce que c'est un objectif semi-professionnel, on veut tester des compétences particulières en fait. En fonction, si on a un aménagement d'un local à faire, on peut pour l'un lui demander d'énumérer ce qu'il serait bien d'avoir et de faire un rapport sur papier, pour l'autre de faire un logiciel type Sketchup voilà selon. Donc après c'est hyper adaptable et c'est difficile d'en faire la liste parce que c'est vrai qu'il n'y a pas de choses trop standard, ça dépend de la personne.</p>
Codage	<p>« repas thérapeutique »  « participation à la vie, ménage, linge »  « gérer son quotidien »  « gérer la fatigue, le planning, l'énergie, comment réguler pour ne pas s'épuiser »  « atelier avec neuropsychologue »  « déplacement jusqu'à un magasin pour faire les courses, réaliser un trajet en bus »</p>

	<p>« bilans écologiques dans les communes environnantes »</p> <p>« à domicile pour observer l'organisation, gestion ménage, courrier »</p> <p>« activités autour du logement, comme s'adapter à l'imprévu au quotidien »</p> <p>« travail sur des aménagements, utilisation de logiciels »</p> <p>« ça dépend de la personne »</p>
Catégorisation	<p>Activités de vie quotidienne</p> <p>Mises en situation écologiques</p> <p>Indépendant à la personne, en fonction de son projet</p>

<b><u>Question 3</u></b>	<p>Quelles sont les activités précises thérapeutiques mises en place pour améliorer la récupération des fonctions exécutives ?</p>
Corpus E3	<p>E3 : Alors nous on a un groupe qui s'appelle le « groupe projet ». C'est un groupe dédié aux fonctions exécutives. Donc là l'idée ça va être comme je vous le disais de faire des séances d'informations collectives pour essayer de comprendre et pour que les personnes puissent déjà commencer à aborder leur propres difficultés pour travailler aussi sur l'anosognosie parce que c'est souvent des difficultés auxquelles ils n'ont pas conscience donc le groupe permet l'expression, de voir bah que tel autre a aussi des difficultés. Et ensuite le groupe projet ça va être aussi de déterminer en groupe un projet à mener et de, de suivre un petit peu le montage de projet, de dire bah de se poser des questions et ensuite répartir les tâches, ensuite se lancer dans l'exécution proprement dite pour qu'ils puissent vivre et reconnaître à quel stade ils en sont, de donner un petit peu de, de les éclairer un petit peu sur les différents stades, euh de les encourager à la prise de notes, de les encourager à mettre en place tout ce qui va les aider sur le plan de la méthode, sur le plan de l'organisation pour qu'ils puissent ensuite le réutiliser, eux. Parce que bien souvent ils mélangent un petit peu tout parce que bah voilà ils se lancent sans vraiment, sans vraiment euh avoir conscience des différentes étapes. Donc le groupe il est là pour donner de l'information par rapport à ça. Ou on a des séances très structurées par exemple « Séance 1 : nous définissons le but du projet » donc une fois que le but est fixé bah après on définit clairement qu'elles vont être les étapes, etc, etc. Alors dernièrement on avait fait un projet de montage d'escape game par exemple, donc là le groupe, donc ça avait été un gros travail hein sur plus de deux mois. Donc le groupe avait monté pour d'autres patients tout un processus de jeu, de la mise en scène jusqu'à la résolution d'énigmes pour voir un petit peu quelle énigme entraîne quelle autre, etc, quelque chose qui puisse avoir du sens. Donc ça peut être ça, ça a pu être un groupe sortie par exemple, organiser une sortie, bon là avec le confinement ce sont des choses que l'on ne fait plus mais. Voilà, si on veut organiser une sortie à tel endroit il faut se poser la question du transport, de ci de ça. Ça peut être des groupes par exemple de réalisation de repas comme les repas de Noël, des choses comme ça aussi, où on se pose des questions, on veut quoi, qui fait quoi, par quoi on commence, planifier dans la semaine les différentes préparations, comment on gère les contraintes liées à l'environnement, s'il y a qu'un four et qu'il y a plusieurs préparations donc c'est les amener à gérer aussi l'imprévu, à devoir s'adapter quand bah y a des contraintes matérielles. Ça peut être des projets à l'atelier fin c'est assez étendu. Là dernièrement, on a fait évoluer le groupe projet où on leur demande de se placer dans l'animation d'un groupe, c'est-à-dire qu'on leur demande de chercher</p>

	<p>par exemple une activité manuelle par exemple la fabrication, y en a un par exemple qui fait une fabrication de porte clé et on lui, leur demande de, d'animer un groupe pour amener les autres stagiaires à réaliser le porte-clés en question et on va leur demander de planifier l'activité, qu'est-ce que je dois avoir comme matériel, comment je m'y prends, comment je donne des consignes, quel temps j'ai besoin, pour qu'ils soient eux en charge de quelque chose. Et en individuel ça va être un petit peu la même chose mais sur des projets un petit peu plus individuel, ou à l'atelier par exemple. Tout dépend des projets, si j'ai un stagiaire qui doit partir en stage en ESAT par exemple sur de la menuiserie, on va le mettre en situation plutôt en menuiserie pour travailler sur ce qui va être plus difficile, si c'est la prise d'initiative, si c'est, ça va être suivi de consigne, si c'est les aspects attentionnels, fin ça va être au cas par cas. Ça va être plus individualisé en fait.</p>
Codage	<p>« groupe projet dédié aux fonctions exécutives »  « séances d'informations collectives pour comprendre et aborder les difficultés afin de travailler sur l'anosognosie »  « montage de projet, se poser des questions, répartir les tâches, se lancer dans l'exécution »  « encourager aux prises de notes, méthode, organisation »  « ils se lancent sans avoir conscience des différentes étapes »  « séances structurées »  « différentes activités pour les amener à se poser des questions, le but, la planification, gérer les contraintes liées à l'environnement »  « en individuel, des projets plus personnalisés, selon si le patient part en stage ou non »  « mises en situation pour travailler sur ce qui est difficile, la prise d'initiative, suivi de consigne, aspects attentionnels »</p>
Catégorisation	<p>Mises en situation  Compréhension des troubles  Fonctions exécutives  Groupe ou individuel</p>

<b><u>Question 3</u></b>	<p>Quelles sont les activités thérapeutiques mises en place pour améliorer la récupération des fonctions exécutives ?</p>
Corpus E4	<p>E4 : Alors c'est tout ce qui est, voilà les situations significatives mais qui sont non routinières pour le coup où là c'est vraiment notre but de s'intéresser à ses occupations précises. Déjà que ça ait du sens pour la personne et que ce soit transférable dans son quotidien. Non routinière c'est plus ce qu'on a pas l'habitude de faire, par exemple si un monsieur a l'habitude de préparer ses repas au micro-ondes, si lui il détermine qu'il a envie de cuisiner par ses propres moyens pour faire une cuisine plus saine et avoir un équilibre alimentaire, là on est dans une situation non routinière de faire dans sa vie quotidienne. Ou par exemple de prendre les transports en commun dans une autre ville que la mienne. La proposition d'activités se fait en dépendance de la personne, surtout dans les fonctions exécutives il faut que les activités soient non routinières pour y parvenir. On utilise des ateliers sur la connaissance de soi, la compréhension du handicap et la conscience des troubles, sur quoi ça peut agir sur la vie de tous les jours. C'est plutôt des ateliers, c'est pas de l'éducation thérapeutique mais ça s'en approche ; en tout cas des ateliers pour mieux comprendre les troubles et ce que ça engendre dans leur quotidien.</p>
Codage	<p>« situations significatives mais non routinières »</p>

	<p>« but de s'intéresser à ses occupations précises »</p> <p>« sens pour la personne, se soit transférable dans son quotidien »</p> <p>« cuisiner, prendre les transports en commun dans une autre ville »</p> <p>« proposition d'activités se fait en dépendance de la personne »</p> <p>« ateliers sur la connaissance de soi, la compréhension du handicap et la conscience des troubles »</p>
Catégorisation	<p>Mise en situation</p> <p>Activité signifiantes</p> <p>Ateliers</p>

<b>Question 4</b>	<p>Est-ce que vous mettez en corrélation ces activités thérapeutiques et le projet professionnel de la personne ?</p>
Corpus E1	<p>E1 : Euh... bah oui, forcément on est un petit peu obligé. Euh.. alors le projet professionnel ils n'en n'ont pas tous quand même, parce que à l'UEROS on travaille sur la réinsertion sociale et professionnelle mais c'est vrai qu'il y en a pas mal quand même qui aimerait travailler. Euh.. dans ces personnes-là, il y a les, les personnes qui ont un projet pro mais qui vous paraît un peu irréaliste, y en a pas mal mais bon au départ on va essayer de les accompagner là-dedans quand même. On essaye de les accompagner un maximum dans l'acceptation de leur handicap. Euh.. et puis ceux qui ont des projets un peu plus, plus adaptés. Donc pour ceux qui ont des projets qui nous paraissent en tout cas, euh irréalistes, on va essayer de les accompagner dans la prise de conscience de leurs difficultés et puis de bah le fait que ça va pas être très compatible avec leur projet. Euh.. on peut être amené à faire des mises en situations pratiques qui se rapprochent un peu, euh.. de, de leur objectif professionnel (réflexion) pour essayer de mettre en évidence les difficultés. Donc la fatigue, les problèmes de concentration, les, ou les erreurs d'attention, ce genre de chose. Donc euh ce sont, on essaye d'organiser ça ici. Euh.. ou alors en utilisant aussi les ateliers, comme on est dans un CRP un centre de réadaptation professionnelle, on a des plateaux techniques, il y a des formations euh.. horticulture, mécanique, secrétariat, vente et cordonnerie/maroquinerie donc on peut utiliser ces plateaux techniques et les formateurs pour voilà faire des petites mises en situation et voir ce que les formateurs en pensent. Ou alors on, on essaye de concevoir un, une mise en situation sur place, on leur demande par exemple de trier des choses ou de faire un, en fonction de ce qui, de leur projet hein, d'utiliser un logiciel ou de, voilà de faire des inventaires, ce genre de chose. On essaye de voir un peu comment ça se passe et puis voilà de mettre en corrélation avec ce qu'on a observé en bilan, en général bah bien sûr ça concorde entre les difficultés qu'on a observé et ce qu'on observe pendant la mise en situation et voilà on essaye d'en discuter avec la personne. Alors parfois ça peut bien se passer aussi, hein ça arrive (rires), on peut constater que ça se passe bien et puis encourager après la personne dans ce projet-là.</p> <p>E1 : Oui, oui oui. Alors après il y a d'autres modules, il y a par exemple le module vie professionnelle, donc pour la personne qu'a vraiment un projet professionnel elle peut participer à c'module et là on creuse un peu cette piste professionnelle. Soit, le projet qu'elle a nous paraît adapté et donc euh ça va être une recherche de stage, ce genre de chose, recherche métier, recherche euh.. sur les différentes formations qui existent etc, là c'est surtout les chargés de réinsertion professionnelle qui s'occupent de ça. Et si le projet nous paraît pas adapté bah voilà, ça peut aussi être un stage pour confronter la personne</p>



	<p>à ses difficultés ou ça peut être voilà une recherche d'autres idées, d'autres formations possibles.</p> <p>E1 : Alors euh.. c'est, c'est (soupir), comment dire, dans notre population, et je pense que pour tous les UEROS on a à peu près les mêmes pourcentages, le nombre de personnes qui va vraiment travailler de façon pérenne à la sortie de l'UEROS, le pourcentage est assez faible hein puisque je pense qu'il est aux alentours de 10%. 10% max hein, euh.. voilà, à cause des troubles cognitifs en général donc voilà, euh.. on essaye de les accompagner au mieux, de trouver un projet le plus adapté possible, mais si on voit que c'est difficile on les accompagne aussi à la non-reprise professionnelle et aux alternatives possibles, bénévolat par exemple ou activités occupationnelles, ce genre de chose. C'est une grosse grosse partie de notre travail. Il y a l'accompagnement un peu psychologique à la non reprise professionnelle.</p>
Codage	<p>« oui il y a une corrélation »</p> <p>« ceux qui ont un projet irréaliste, on va essayer de les accompagner dans la prise de conscience de leurs difficultés »</p> <p>« amené à faire des mises en situation pratiques qui se rapprochent de leur objectif professionnel pour essayer de mettre en évidence les difficultés »</p> <p>« on utilise des ateliers, il y a des formations sur place d'horticulture, mécanique, secrétariat, vente, cordonnerie/marochinerie »</p> <p>« mises en situation sur place quand c'est d'autres objectifs »</p> <p>« parfois on constate que ça se passe bien et on encourage la personne dans ce projet-là »</p> <p>« suite aux essais de mises en situation, recherche de stage, de formation avec les chargés d'insertion professionnelle »</p> <p>« ou alors ça peut être un stage pour confronter la personne à ses difficultés »</p> <p>« 10% maximum vont travailler de façon pérenne à la sortie de l'UEROS »</p> <p>« possibilité d'accompagnement à la non-reprise professionnelle et aux alternatives possibles comme bénévolat ou activités occupationnelles »</p>
Catégorisation	<p>Activités thérapeutiques</p> <p>Prise de conscience</p> <p>Mises en situation</p> <p>Reprise ou non-reprise professionnelle</p>

<b><u>Question 4</u></b>	Est-ce qu'à travers ces activités thérapeutiques vous arrivez à corréler le projet professionnel de la personne, mettre du lien entre les deux ?
Corpus E2	<p>E2 : Mais complètement. Puisqu'en fait c'est ça un peu l'idée, c'est de, nous les six-huit premières semaines qui sont faites pour l'évaluation sur l'UEROS, y a pas trop de mise en situation sur l'extérieur au départ. Elles sont faites pour essayer de cerner justement les potentialités et les difficultés de la personne pour pouvoir ensuite, en réunion au début faire un lien avec la psychologue du travail en lui disant comment on a réussi à cerner ses capacités attentionnelles, de mémoire et aussi d'organisation etc. Et puis on va commencer à pressentir progressivement si c'est quelqu'un qui relève plutôt du milieu</p>

	<p>ordinaire, du milieu protégé, EA ou ESAT, voilà, si éventuellement il y a un accès possible à la formation puisqu'on teste bien les capacités d'évolution et d'apprentissage à travers les activités aussi en fait. Donc voilà, c'est vraiment un gros débroussaillage, si ça passe par la vie quotidienne au départ, ça peut vraiment donner des indices pour la suite et ça permet de pas envoyer la personne on va dire trop au casse-pipe dans les mises en situation professionnelles.</p> <p>Alors sinon, moi je ne vais pas forcément sonder la personne pour voir ce qui lui plaît vraiment, moi dans ma fonction je fais un recueil du parcours de la personne mais justement je focalise pas du tout sur le professionnel. Je vais essayer d'aller chercher tous ses souvenirs, ses compétences, désamorcer, détendre le moment de l'accident et le raccrocher à l'ensemble de sa vie et après de faire une projection sur le futur pour qu'on puisse lisser un peu son parcours. Je vais aussi un peu interroger le génogramme pour voir de quelle famille il est issu, alors évidemment je vais demander les métiers également pour voir un peu comment son métier lui est apparu dans la tête, comment ça lui est venu, quels autres métiers il pourrait y avoir dans la famille. On pourrait essayer d'imaginer là où on pourrait l'attendre dans son environnement familial. Mais après moi c'est du recueil que je redonne après à la chargé d'insertion professionnelle, de même que la façon dont la personne va fonctionner sur les activités qu'on lui propose on va lui redonner les données un peu brutes, on va lui donner à force notre impression, pour savoir si la personne peut reprendre en milieu ordinaire ou non, là où il aimerait aller. Bon je vous le cache pas, on reprend rarement après un traumatisme crânien grave à l'endroit où on était resté malheureusement. Et puis on va aussi pouvoir l'aiguiller avant les premiers entretiens sur sa conscience de ses difficultés. C'est-à-dire est ce qu'elle est prête, pas prête à revoir son projet, qu'elle s'en rend compte, parce que bien sûr on a des gens qui sont hyper anosognosique ou encore dans le déni parce que c'est encore un peu tôt. Donc voilà il faut aussi les emmener eux à l'endroit où ils pourront remodeler leur projet, il y a tout ça aussi. Et après selon les moments, moi je peux être amenée en tant qu'ergo à avoir plus d'avis, plus de lien avec le milieu protégé parce que je le maîtrise bien, par contre j'estime que en tant qu'ergo on est pas, ça relève pas de nous de savoir si une personne peut aller en milieu ordinaire parce qu'on est pas des gens de l'entreprise, on est des gens de la rééducation et euh je crois qu'on a pas du tout les bonnes représentations du monde du travail quoi. Et je suis hyper ravie de travailler avec une psychologue du travail sur ça, c'est-à-dire que elle, elle a la réalité d'extérieure et quelques fois moi là où je pourrais dire qu'il a telle ou telle capacité, elle me dit mais attends tu sais ce que c'est le boulot qu'il veut faire en fait, y a ça ça ça dedans et là elle commence à me décrire cette réalité là et je vois bien qu'il y a en effet un grand écart quoi. C'est très important de faire avec la réalité car sinon on induirait les gens, on créerait des faux espoirs tout simplement.</p>
Codage	<p>« complètement, c'est ça l'idée »</p> <p>« grâce aux mises en situation, pouvoir cerner les potentialités et les difficultés de la personne pour ensuite faire un lien avec la psychologue du travail en exposant les capacités attentionnelles, de mémoire, d'organisation »</p> <p>« voir si ça va être en milieu ordinaire, milieu protégé, EA ou ESAT, accès possible à la formation »</p>

	<p>« teste les capacités d'évolution et d'apprentissage à travers les activités »</p> <p>« recueil du parcours de la personne sans se focaliser sur le professionnel »</p> <p>« cherche les souvenirs, les compétences, détendre le moment de l'accident, faire une projection sur le futur »</p> <p>« interroger le génogramme pour voir les métiers dans la famille »</p> <p>« recueil donné à la chargée d'insertion professionnelle »</p> <p>« reprise rare après un TC grave dans le milieu ordinaire »</p> <p>« voir en activité si possibilité de revoir le projet, s'il y a de l'anosognosie, dans le déni »</p> <p>« faire du lien par rapport au milieu protégé »</p> <p>« aide la psychologue du travail pour dire la réalité des compétences que demande un travail »</p> <p>« très important d'être réaliste car sinon cela induirait des faux espoirs à la personne »</p>
Catégorisation	<p>Lien activité-profession</p> <p>Mises en situation</p> <p>Milieu potentiel</p> <p>Recueil d'informations</p> <p>Reprise rare dans le milieu ordinaire</p> <p>Révision du projet</p> <p>Prise de conscience</p>

<b>Question 4</b>	Mettez-vous en corrélation le projet professionnel de la personne et les activités thérapeutiques ?
Corpus E3	<p>E3 : Si on peut c'est mieux, après on a pas des ateliers qui nous permettent de (rires), de, bah de nous adapter à chaque lieu de stage mais c'est vrai que par exemple j'ai repéré qu'un de mes stagiaires a des difficultés dans les initiatives, c'est-à-dire qu'il va être assez passif ou qu'il installe pas son matériel ou qu'il n'y a pas de rangement à la fin de la séance, et bien là c'est quelque chose que l'on va travailler en atelier pour les préparer quelque part déjà aux contraintes du lieu professionnel pour bah voilà, redonner des automatismes puisque c'est ça qui va les équilibrer. C'est vrai que les stagiaires pour ceux qui sont très en difficulté sur le plan exécutif on va essayer de leur faire comprendre que c'est aussi la routine qui va les aider, qu'il faut qu'ils essayent bah d'aller vers des choses les plus routinières possibles, ce qui n'est pas toujours facile parce que pour eux c'est souvent associé à l'ennui et des notions un petit peu plus négatives. Mais voilà si, oui on fait le lien avec le projet en tout cas. Alors soit on fait le lien pour entraîner, soit on fait le lien pour qu'ils puissent avancer dans la prise de conscience, c'est-à-dire que si quelqu'un a un projet qui nous semble un peu trop inaccessible du fait des difficultés, euh moi je vais utiliser les ateliers pour qu'ils puissent ressentir les choses et qu'ils puissent percevoir que là quand même il y a quelque chose qui dysfonctionne pour éviter l'échec sur les lieux de stage. L'acceptation de leur handicap là c'est quelque chose de primordial. L'échec c'est pas forcément ce que l'on va rechercher. Et après on peut rediriger vers des structures un peu plus spécifiques, que ce soit du milieu ordinaire vers le milieu protégé, des stages en ESAT par exemple.</p>
Codage	« si on peut c'est mieux »

	<p>« on a pas tous les ateliers pour chaque lieu de stage »</p> <p>« travail sur les difficultés du patient en atelier pour les préparer aux contraintes professionnelles »</p> <p>« redonner des automatismes puisque c'est ça qui va les équilibrer »</p> <p>« ceux qui sont en difficulté sur le plan exécutif, la routine va les aider, ce n'est pas toujours facile par peur d'ennui »</p> <p>« lien entre activités et projet professionnel pour entraîner, pour qu'ils puissent avancer sur la prise de conscience »</p> <p>« si quelqu'un a un projet inaccessible, utilisation d'ateliers pour que la personne puisse ressentir les choses et percevoir qu'il y a quelque chose qui dysfonctionne pour éviter l'échec sur les lieux de stage »</p> <p>« l'échec n'est pas ce que l'on va rechercher »</p>
Catégorisation	<p>Lien activité-profession</p> <p>Difficultés</p> <p>Automatismes</p> <p>Prise de conscience</p> <p>Révision du projet</p>

<b>Question 4</b>	Y-a-t-il une corrélation entre les activités thérapeutiques proposées et le projet professionnel de la personne ?
Corpus E4	E4 : Oui, tout est plus ou moins imbriqué finalement. Au terme des six semaines d'évaluation il y a un contrat qui est établi entre la personne et l'équipe de l'UEROS sur les objectifs dans lesquels on s'engage à accompagner la personne. Après la personne choisi ses objectifs, elle peut les modifier tout au long du parcours mais c'est à ce moment-là que l'on établit une liste d'objectifs. En effet, il peut y avoir dans ces objectifs « trouver un emploi », c'est vraiment très large mais finalement dans « trouver un emploi » ça entraîne aussi, c'est en lien avec le fait qu'il va falloir se déplacer jusqu'à l'emploi, il va falloir que je maîtrise mon quotidien afin de pouvoir arriver à l'heure à mon travail. C'est aussi comme ça qu'on agit sur en emploi comment je vais me débrouiller. Il faut d'abord régler toutes les petites choses autour avant de s'intéresser à l'emploi. Mais en emploi également, par exemple si le métier visé est celui de secrétaire dans un bureau, forcément il y a des activités qui vont être non-routinières, dans l'organisation de mon bureau et donc en fait on peut aussi avoir une activité thérapeutique à visée pour l'emploi. Mais il n'y a pas que l'emploi, on peut aussi s'axer sur comment accompagner les personnes lorsqu'elles ne peuvent pas reprendre une vie professionnelle. Là, notre rôle est de les accompagner dans des activités occupationnelles.
Codage	<p>« oui »</p> <p>« au bout des six semaines, objectifs posés »</p> <p>« en lien avec le fait de se déplacer jusqu'à l'emploi, va falloir maîtriser le quotidien afin d'arriver à l'heure »</p> <p>« il faut d'abord régler les petites choses autour avant de s'intéresser à l'emploi »</p> <p>« on peut avoir une activité thérapeutique à visée pour l'emploi »</p>
Catégorisation	<p>Objectifs en lien avec le projet professionnel</p> <p>Fonctions exécutives</p>

<b><u>Question 5</u></b>	Tout au long de la prise en charge, prenez-vous en compte l'environnement social du patient, tout ce qui est famille, amis, collègues ?
Corpus E1	<p>E1 : Oui, alors bah oui on essaye de, on essaye d'en tenir compte puisque c'est, c'est très important dans le projet, des fois ça va conditionner le projet. Alors, la famille bien souvent on est en contact avec eux depuis avant l'admission à l'UEROS même. On propose une visite, fin une journée de pré-accueil pour vérifier que.. le profil de la personne correspond à l'UEROS et on propose si la personne le veut, à la famille de participer, donc voilà souvent on la connaît. La famille ou les proches participent aussi aux synthèses, on fait des synthèses en fin de chaque module. Voilà, donc quand je dis proche ça peut être famille proche, ça peut être conjoint, enfants, parents, ça peut être aussi amis proches, euh.. partenaires. Euh.. après pour ce qui est de l'entourage professionnel, fin du, par exemple de l'employeur ou des collègues, euh.. oui si la personne est encore en emploi, en arrêt de travail par exemple, euh.. les chargés d'insertion pro euh.. peuvent être en contacts avec l'employeur. Ça peut arriver qu'on fasse une, euh.. un espèce de stage chez l'employeur, euh.. bah bien sûr on est en contact avec l'employeur. Alors à moins que la personne bien-sûr refuse mais c'est très très rare, je sais même pas si ça nous est déjà arrivé.</p> <p>E1 : Oui, oui oui oui. Ils sont très demandeurs même je dirai pour ne pas être tout seul, ne pas être lâché dans la nature tout seul comme ça, c'est.. Alors les usagers sont volontaires mais les employeurs aussi sont vraiment en général très contents quand on propose de les informer, de les accompagner, euh.. souvent ils sont démunis en fait, ils connaissent pas la lésion cérébrale, ils savent pas à quoi s'en tenir, ils savent pas trop où, de quelles aides ils pourraient bénéficier etc. donc ils sont très preneurs de notre accompagnement.</p>
Codage	<p>« on essaye d'en tenir compte »  « très important dans le projet, des fois ça va conditionner le projet »  « en contact avec la famille avant l'admission à l'UEROS, on propose une visite, un pré-accueil »  « la famille ou les proches participent aux synthèses en fin de module »  « conjoint, enfants, parents, amis proches »  « entourage professionnel, l'employeur peut être en contact avec l'UEROS »  « on propose de les informer, les accompagner, ils ne connaissent pas la lésion cérébrale »</p>
Catégorisation	<p>Environnement social  Projet  Employeur concerné</p>

<b><u>Question 5</u></b>	Tout au long de la prise en charge du patient, prenez-vous en compte l'environnement social de la personne, famille, amis, collègues par exemple ?
Corpus E2	<p>E2 : Oui, parce que du coup tout à l'heure je parlais du parcours personnel à l'aide du génogramme. Moi je suis formée aussi à la thérapie familiale en fait. Petit à petit j'ai mis en place les deux premiers outils et puis à force de faire des années de formation maintenant je reçois les familles au moins une fois en fait. Alors ça peut être la conjointe</p>

	<p>par exemple et puis après dans un deuxième temps les parents ou les enfants fin voilà, c'est proposé de façon un peu systématique, c'est pour donner un espace de parole à l'entourage qui a vécu peut-être de façon plus exacerber des fois par exemple le coma. Et au-delà de ça, si jamais il y a des moments dans le parcours où ça coince, on sent que la personne elle est un peu en dilemme parce que nous d'un côté l'UEROS on va lui dire ça mais la famille de l'autre côté est pas trop d'accord pour cette option-là, notamment le milieu protégé, on va les rencontrer ponctuellement pour que ça avance de concert un peu. Et puis si vraiment il y a une grosse problématique familiale, là moi je travaille aussi sur *****, on a mis en place une consultation, une vraie consultation de thérapie familiale pour recevoir les gens qui veulent avancer sur les périodes de crise au sein de la famille. Mais oui, systématiquement je trouve que c'est important de recontacter ses racines, avec le génogramme je trouve ça vraiment chouette et puis bien être conscient des modèles que les gens ont et on rentre un peu plus dans leur façon de voir le monde, on accueille des gens très différents donc c'est important de faire ça.</p>
Codage	<p>« formée à la thérapie familiale »  « reçois les familles au moins une fois »  « conjointe, parents »  « pour donner un espace de parole à l'entourage »  « si ça coince ou un dilemme, on fait appel aux familles »  « important d'être en contact avec les racines, la famille »  « on rentre un peu plus dans leur façon de voir le monde »</p>
Catégorisation	<p>Famille  Environnement social</p>

<b>Question 5</b>	<p>Tout au long de la prise en charge, prenez-vous en compte l'environnement du patient, notamment la famille, les amis, les collègues ?</p>
Corpus E3	<p>E3 : Alors la famille oui, on rencontre systématiquement les familles notamment lorsqu'on voit à travers de l'évaluation un manque de participation ou des difficultés qui son suggérer. On va pouvoir rencontrer la famille soit au domicile soit sur rendez-vous pour essayer de réfléchir avec eux sur une nouvelle forme d'organisation, sur comment ils peuvent intervenir pour redonner un petit peu de place au stagiaire, voir comment eux peuvent le guider parce que bien souvent la famille, voilà ils sont très attentifs à leur proche mais parfois ils font beaucoup parce qu'il y a eu un accident, ils découvrent un petit peu plus et donc parfois on intervient juste pour leur signifier qu'il a des capacités par contre il faut le guider plus dans tel point ou tel point, c'est difficile à dire comme ça mais, pour rebouger un peu les places de chacun dans la famille. Après sur le côté professionnel, bah tout dépend si la personne était en poste avant ou si on est sur un nouveau projet. Quand la personne était en poste avant, moi ça m'est arrivée de me déplacer en entreprise bah pareil pour faire de l'information, pour voir un petit peu si y a un tutorat qui peu de mettre en place pour palier par exemple à des difficultés d'organisation, voir s'il y a un collègue qui peut être en charge de dire à la personne bah aujourd'hui tu vas devoir faire ça, ça, ça ou en fonction des besoins si c'est un problème de vérification, est-ce qu'il y a un collègue qui peut s'occuper de ça ou est-ce qu'il faut redéfinir les tâches, ça ce sont des choses que l'on fait également. Moi je fais des visites d'entreprise, donc je reste avec eux déjà pour faire le point, ce qu'ils ont à faire concrètement et puis de voir un petit peu</p>

	<p>les points de blocage soit à travers de l'observation ou à travers les échanges que l'on peut avoir avec l'employeur ou les collègues, etc. Et à ce moment-là, ça passe par des préconisations, un travail en lien avec les autres organismes du maintien dans l'emploi, donc là c'est des échanges. Et les visites à domicile, sont faites par ma collègue ergothérapeute, sont faites systématiquement pour se rendre compte de la gestion du quotidien, c'est vrai que le travail de la gestion du quotidien on le rapproche aussi du travail des fonctions exécutives parce que ça va un petit peu de paires, donc là de la même façon que le « groupe projet » on a un groupe « gestion du quotidien » qui peut être complété d'un travail en individuel fait par ma collègue là pour le coup. Là on va reprendre les mêmes idées sur la gestion du quotidien, bah ça veut dire quoi la gestion du quotidien, qu'est-ce qu'on a à gérer, faire le point de ce qu'on pense être en mesure de faire, qu'est-ce qu'on fait, des oublis, parce que c'est vrai que des fois ils nous disent « ah bah je gère bien » (rires) alors qu'ils ne gèrent pas grand-chose, donc on essaye de refaire, le groupe est intéressant parce que ça permet des feed-back des autres stagiaires en fait, parce que les autres vont dire moi je fais ça, ça, ça, ah bon bah moi je le fais pas, fin ça permet d'enrichir un petit peu le débat. Mais on retrouve la même approche que le groupe « gestion de projet ».</p>
Codage	<p>« rencontre systématiquement la famille soit au domicile ou rdv »  « voir avec la famille une nouvelle organisation, comment intervenir pour laisser de la place au stagiaire, comment guider le patient »  « insiste sur les capacités et là où c'est difficile pour le patient »  « si la personne était en poste, visite d'entreprise pour faire de l'information, voir si mise en place potentielle d'un tutorat, vérification »  « faire le point, voir les points de blocage en observant »  « préconisations »  « visites à domicile pour se rendre compte de la gestion du quotidien »  « groupe gestion du quotidien où c'est travaillé en amont pour se préparer au quotidien »</p>
Catégorisation	<p>Famille  Employeur concerné  Visites à domicile</p>

<b>Question 5</b>	<p>Est-ce que pendant la prise en charge, vous prenez en compte l'environnement social du patient, que ce soit les amis, la famille, les collègues ?</p>
Corpus E4	<p>E4 : Oui bien-sûr, alors pour le coup les personnes qui sont dans le service, la plupart ne sont plus en emploi. Alors après il y en a certains qui sont en arrêt de travail dans leur emploi. Si leur objectif est de reprendre l'emploi qu'ils ont bien-sûr que l'on aura du lien avec l'employeur ou les collègues s'il y a un binôme qui s'est créé. Tout au long du parcours les proches de la personne, donc ça peut être conjoint, enfants, voisins, en tout cas toutes les personnes proches qui sont aidants ou non mais finalement qui font partie de la vie de nos stagiaires sont invités si la personne le désire au premier entretien avant d'entrer à l'UEROS, ils sont invités au moment où l'on passe le contrat de parcours pour qu'ils soient au courant des objectifs, alors là c'est pareil c'est toujours si la personne le désire. Et la sensibilisation au handicap de la personne peut aussi rentrer dans le cadre</p>

	de l'UEROS, c'est l'acceptation du handicap là vraiment, donc ça nous ait arriver récemment d'expliquer à la fille d'une de nos stagiaires « pourquoi maman avait changé », donc bien sûr l'environnement social est intégré dans le projet de la personne.
Codage	« oui bien sûr » « si la personne est en arrêt de travail, lien avec l'employeur ou les collègues si un binôme s'est créé » « les proches : conjoint, enfants, voisins, aidants sont invités au premier entretien, au moment où l'on passe le contrat de parcours pour poser les objectifs » « sensibilisation des proches au handicap de la personne » « environnement social est intégré dans le projet de la personne »
Catégorisation	Famille Employeur

<b>Question 6</b>	Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la prise en soin d'un traumatisé crânien grave en général ?
Corpus E1	<p>E1 : Oui j'en rencontre. Bah, les freins, je veux dire en tout cas pour la personne, les freins principaux pour la personne ça va être l'anosognosie, euh.. c'est vrai que quand un usager est anosognosique c'est vraiment euh.. difficile d'aboutir à quelque chose, forcément puisque son projet il va être complètement inadapté et il va avoir du mal à écouter nos conseils, trouver des compensations etc. puisqu'il n'a pas conscience de ses difficultés. Donc je dirai ça en premier. Sinon, le (réflexion), au niveau des freins y a la fatigabilité de la personne souvent qui joue puisque y a des gens qui ont gardé vraiment des compétences et ils sont tellement fatigables que (soupir), qu'on pourrait travailler une ou deux heures par jour maximum, et donc c'est difficile de trouver un poste d'une ou deux heures par jour. Et puis les freins bah en ce moment c'est quand même, bah à cause du COVID etc. euh.. y a peu d'entreprises qui acceptent euh.. déjà les stages, même les visites parfois en ESAT par exemple et puis y a peu de postes donc c'est le marché de l'emploi qui est un gros frein. En ce moment c'est compliqué, ouais, pour tout le monde déjà mais alors encore plus pour les personnes, les personnes handicapées. Je ne sais pas si c'était bien votre question, les freins de la personne ou ? Quand vous parlez de nos difficultés ?</p> <p>E1 : Donc là je parlais par rapport aux objectifs professionnels, après euh.. on a aussi d'autres objectifs, euh.. dans la réinsertion sociale notamment, euh.. bien sûr la fatigue et l'anosognosie ça va également être un frein, mais sinon euh.. on est pas confronté à d'énormes difficultés. Quand on a l'adhésion de la personne on arrive toujours à trouver, des solutions, fin des solutions qui, pas des solutions miracles mais des choses qui vont permettre à la personne d'améliorer sa qualité de vie. C'est le but, c'est un peu le but ultime de, si on peut dire de notre prise en charge ; améliorer la qualité de vie, euh.. à travers la vie sociale et professionnelle.</p>
Codage	« l'anosognosie » « c'est difficile d'aboutir à quelque chose car son projet va être complètement inadapté et il va avoir du mal à écouter nos conseils, trouver des compensations » « la fatigabilité puisque c'est difficile de trouver un poste d'une ou deux heures »



	<p>« Covid car il y a peu d'entreprises qui acceptent les stages et parfois les visites en ESAT »</p> <p>« quand on a l'adhésion de la personne on y arrive toujours à trouver des solutions »</p> <p>« solutions qui permettent d'améliorer la qualité de vie »</p> <p>« but ultime d'améliorer la qualité de vie à travers la vie sociale et professionnelle »</p>
Catégorisation	<p>Anosognosie</p> <p>Fatigabilité</p> <p>Adhésion de la personne</p> <p>Qualité de vie</p>

<b>Question 6</b>	Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la prise en soin d'un TC grave qui a des troubles cognitifs ?
Corpus E2	<p>E2 : Comme difficultés, euh (silence de 3 secondes), le premier mot qui me venait c'est l'anosognosie, là on a toujours pas compris si on pouvait faire quelque chose (rires), c'est toujours, là c'est vrai que ces derniers temps par exemple, on a un monsieur qui clairement qu'on nous a adressé qui est très anosognosique, on se dit que c'est une perte de chance de lui faire intégrer l'UEROS maintenant et que peut-être même si on est à 3 ans il faut peut-être attendre que cette anosognosie se lève un peu spontanément parce qu'on est pas sûr en tant qu'UEROS à le faire quoi. Il faudrait que ce soit une récupération plus naturelle, sinon on va tout le temps se heurter donc franchement pas simple. On a pas eu forcément de gens qui, on va les compter même pas sur une main je pense des gens très très anosognosique mais quand ça arrive franchement on est un peu démunis quoi. Après, euh (silence 3 secondes), nous c'est parce que c'est de l'internat, peut-être que c'est pas toujours évident, parfois on a des personnes qui sont là mais qui savent pas forcément, on a quelques groupes qui ne sont pas évidents au niveau relationnel, c'est vrai qu'une lésion cérébrale et particulièrement le traumatisme crânien c'est pas simple. La vie à plusieurs est compliquée. C'est vrai qu'il y a des groupes plus cool que d'autres mais on a toujours une petite vigilance à ce que ça ne dégénère pas le soir et c'est pour ça qu'on a choisi de faire des internats car on voulait voir ce qu'il se passait dans les familles. C'est vrai qu'on ne travaille pas que le projet professionnel parce que ok travailler mais le soir si c'est shooter dans les boîtes et taper sur sa compagne c'est pas la peine quoi. Il faut travailler un petit moins et (rires) faire une sieste l'après-midi et être avec sa famille le soir ça peut peut-être être ça ouais. Donc là au moins on le voit mais c'est ça qui n'est pas simple dans la réinsertion professionnelle des personnes traumatisés crâniens. On voit très bien la différence parce qu'on a des personnes qui ont des AVC et des traumatismes crâniens ça n'a rien à voir quoi.</p>
Codage	<p>« anosognosie »</p> <p>« il faudrait que ce soit une récupération plus naturelle, sinon on va tout le temps se heurter »</p> <p>« internat »</p> <p>« quelques groupes pas évidents au niveau du relationnel »</p> <p>« la vie à plusieurs est compliquée, toujours une petite vigilance à ce que ça ne dégénère pas le soir »</p> <p>« le soir si c'est shooter dans les boîtes et taper sur sa compagne c'est pas la peine »</p>

	« comportement c'est pas simple dans la réinsertion socio-professionnelle des personnes traumatisés crâniens graves »
Catégorisation	Anosognosie Comportement

<b><u>Question 6</u></b>	Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la prise en soin d'un traumatisé crânien grave ayant des troubles cognitifs ?
Corpus E3	E3 : Bah après c'est pas des difficultés pour nous, c'est les difficultés associées que peuvent présenter les stagiaires. C'est vrai que les plus anosognosiques bah la vraie difficulté c'est de lever toute cette, tout défaut de prise de conscience qui peut être parfois long, qui peut parfois être un peu douloureux, qui peut générer pas mal d'impulsivité aussi donc c'est vrai que c'est un frein au travail. Mais voilà c'est aussi lié à la pathologie donc c'est quelque chose dont on a l'habitude, qui peut pas forcément se, moi je me sens pas limiter dans le sens où à l'UEROS où je travaille j'ai quand même pas mal de possibilités autant dans les ateliers que sur les projets, d'avoir pas mal de situation où euh, où je me sens pas limiter sur le plan matériel par exemple ou dans l'organisation.
Codage	« anosognosie » « lever tout défaut de prise en conscience qui peut être long, parfois douloureux, peut générer de l'impulsivité » « frein au travail »
Catégorisation	Anosognosie

<b><u>Question 6</u></b>	Est-ce qu'en tant qu'ergothérapeute vous rencontrez des difficultés dans la prise en charge d'un traumatisé crânien grave ?
Corpus E4	E4 : On va dire oui et non puisque c'est le jeu finalement. On peut proposer des moyens pour qu'ils puissent correspondre à la personne et finalement il utilise le moyen ici à l'UEROS et finalement dans sa vie de tous les jours. La complexité c'est le transfert des acquis dans la vie de tous les jours et surtout en fait à la sortie de l'UEROS ça va être tout ce qui est nouveau pour moi, est ce que je vais réussir à transférer la démarche apprise à l'UEROS pour la reproduire. La difficulté elle est peut être plutôt là, à la sortie de l'UEROS où les stagiaires se sentent un peu livrés à eux-mêmes, au bout des six mois ça s'arrête même s'il y a un suivi UEROS mais on est moins présents, moins cadrant. Le maintien de tout ce qu'on a pu mettre en place ça arrive que ça tienne pas dans le temps. Ou alors il y a toujours des rebondissements, là par exemple on a un stagiaire qui est sorti et on était pratiquement surs qu'il allait être embauché dans une entreprise et le parcours était complet, c'était la fin de notre partenariat et finalement on a reçu un mail comme quoi l'embauche n'a pas pu être possible une semaine après sa sortie. Donc ça chamboule un peu tout, son projet, donc là c'est un peu plus délicat mais même dans ce cas-là on a recontacté la personne pour lui proposer de revenir travailler son projet si c'était son choix, son besoin. Là même au terme des six mois on peut repropose, c'est ce qu'on appelle une prolongation. Du coup on établit un nombre de semaines, de mois qui peuvent être propices à l'accompagnement d'un autre projet si la personne le désire et s'il se sent pas à même de le faire seul. Aussi, il nous arrive fréquemment d'avoir des personnes soient anosognosiques, soit en déni soit en non connaissance d'eux-mêmes, ils n'ont pas encore expérimentés certaines activités qui pourrait leur faire dire qu'il y a tel ou tel trouble mais finalement comme ils n'ont pas expérimentés, ils ne sont pas retournés au travail donc en

	<p>fait ils ne savent pas tellement, ils ne savent pas le dire et c'est normal si on a pas pu expérimenter finalement. Donc oui ça peut être un frein mais après c'est quelque chose que l'on essaye de travailler, de mieux se comprendre, mieux se connaître pour pouvoir après agir sur comment attirer la démarche de changement et d'adaptation à ce que je suis devenu aujourd'hui. On essaye au maximum de les aider. Dans le cas des TC graves le changement est brutal par rapport à la vie d'avant et ce que je suis maintenant, je sais plus du tout ce que je peux faire maintenant. La compréhension de moi-même ça va être un de nos premiers axes avant d'essayer de compenser, c'est vraiment de comprendre ce que je suis et ce que je peux faire ou ne peux plus faire. Ça nous arrive aussi d'interrompre un stage quand, là on est un peu coincé, l'acceptation du handicap c'est aussi quelque chose de délicat et même à dix ans, c'est après psychologique et personnel. Si l'acceptation n'est pas là on ne peut pas engager un processus de changement et donc on le renvoie à la personne. On peut vous accompagner sur ça, ça et ça mais finalement aujourd'hui on sent que vous n'êtes pas prêts et que vous n'avez pas encore accepté votre situation actuelle, soit on continue, soit on arrête. La personne est décisionnaire de est-ce que je souhaite continuer ou non. Ça nous arrive d'avoir des stagiaires qui nous disent « vous avez raison je ne suis pas prêt, à me confronter à la réalité, ma situation je l'accepte pas du tout et ça me chamboule trop d'être ici, je préfère repousser à plus tard ». Là c'est pris en compte, on interrompt le stage et quand la personne se sent prête nous recontacte et on poursuit le stage là où il s'était arrêté finalement. La temporalité est très importante dans l'acceptation, après elle est plus ou moins longue selon les stagiaires.</p>
Codage	<p>« transfert dans la vie de tous les jours »  « à la sortie de l'UEROS, moins présents, cadrants, le maintien de tout ce qu'on a pu mettre en place que ça arrive à tenir dans le temps »  « rebondissements dans les projets professionnels, et cela provoque des fois un retour à l'UEROS, la prolongation »  « anosognosie, déni, non connaissance d'eux-mêmes »  « la compréhension d'eux-mêmes »  « la temporalité est très importante dans l'acceptation »</p>
Catégorisation	<p>Sortie d'UEROS  Anosognosie</p>

<b><u>Question 7</u></b>	<p>Travaillez-vous en pluridisciplinarité, faites-vous du lien avec les autres professions ?</p>
Corpus E1	<p>E1 : Euh.. on travaille beaucoup beaucoup ensemble, euh.. il y a des neuropsychologues, un éducateur spécialisé, des chargés d'insertion professionnelle, une assistante sociale, une psychologue, euh.. une secrétaire, un moniteur APA. Alors on a des réunions hebdomadaires bien-sûr euh.. où on échange vraiment sur toutes les évaluations qu'on a pu faire. En fait on met en commun nos observations et en général ça concorde hein, euh.. par exemple ce que la neuropsychologie a évalué, moi bien souvent je le retrouve, euh.. dans mes mises en situation, euh.. l'éducateur aussi et puis euh.. voilà on échange énormément. Après, au niveau des liens, euh.. moi par exemple les chargés d'insertion quand elles sont en contact avec les employeurs, euh.. bon bah nous on va pouvoir intervenir aussi pour dire un petit peu ce qu'on a pu observer. Au niveau fonctionnel par exemple, les difficultés</p>

	que la personne peut avoir, les aménagements qui peuvent être utile, on intervient aussi dans ce genre de choses.
Codage	« travaille beaucoup ensemble » « neuropsychologues, éducateur spécialisé, chargés d'insertion professionnelle, assistance sociale, psychologue, une secrétaire, un moniteur APA » « réunions hebdomadaires pour échanger » « ce qu'évalue le neuropsychologue je le retrouve dans les MES » « les chargés d'insertion, on va pouvoir intervenir pour dire ce qu'on a pu observer, au niveau fonctionnel, les aménagements »
Catégorisation	Equipe pluridisciplinaire Neuropsychologue Mises en situations Aménagements

<b>Question 7</b>	<b>Intervenez-vous avec d'autres professions ?</b>
Corpus E2	E2 : Oui, l'avantage d'une équipe pluridisciplinaire c'est ça aussi c'est que, nous je vois on a des discussions tous les vendredis qui sont assez constructives. La psychologue du travail qui nous dit voilà la réalité du travail, y a l'éducateur qui dit ah bah oui lui il a des super compétences relationnelles, humaines, etc. moi je suis un peu entre les deux, sur le plan fonctionnel y a ci ça ça qui fonctionne et ça qui fonctionne pas et on voit bien que l'on a trois points de vue qui ont besoin de se confrontés et que personne détient la réalité mais c'est important de confronter. La neuropsychologue est plus dans des entretiens, le bilan en général est déjà fait mais elle va réexpliquer, elle fait de l'accompagnement plus spécialisé mais elle est rarement dans le concret avec les gens. Elle fait beaucoup d'accompagnement au deuil de la vie antérieure et puis pas mal de phobies qui restent de l'accident et du syndrome de stress post-traumatique. Autrement on a une assistante sociale qui est aussi coordinatrice. Il y a un veilleur de nuit puisque l'on est un hôpital de semaine. Il y a une psychomotricienne qui est là en vacation une heure par semaine. Un médecin psychiatre qui est là une matinée par mois et puis une médecin MPR qui est là deux heures par semaine.
Codage	« neuropsychologue, rarement dans le concret, accompagnement au deuil de la vie antérieure, phobies restant de l'accident et du syndrome de stress post-traumatique » « assistante sociale » « psychologue du travail, réalité du travail » « éducateur, compétences relationnelles, humaines » « discussions tous les vendredis en équipe pluridisciplinaire »
Catégorisation	Equipe pluridisciplinaire Neuropsychologue Psychologue du travail

<b>Question 7</b>	<b>Intervenez-vous avec d'autres professionnels ?</b>
Corpus E3	E3 : Oui, après on est une petite équipe donc on a l'habitude de travailler ensemble, on ne fait jamais de groupe seul par exemple, donc c'est vrai qu'autant je vais avoir des groupes d'informations avec la neuropsychologue, autant je travaille beaucoup avec la psychologue du travail euh bah justement par rapport à ces aspects de l'insertion, de

	<p>l'adaptation au poste, donc on va, on travaille sur un groupe par semaine pareil qu'on a nommé « cérébro-lésion et insertion », où là il y a vraiment un binôme intéressant, la psycho du travail qui connaît les mécanismes de l'insertion etc et le côté ergo sur les besoins, les adaptations et du coup on travaille ensemble aussi sur les visites en entreprise. Je vais aussi travailler avec les autres collègues ergo, comme notamment sur la gestion du temps, voilà. Ou on va se mettre en lien avec l'assistante sociale pour les questions de budget, pour mieux comprendre ces thématiques-là par rapport à l'insertion donc c'est vrai que c'est très partagé. C'est vrai que l'on travaille tous ensemble. On a chacun, sur l'UEROS, chacun est un peu spécialisé par domaine, moi je vais être plus axée sur les fonctions cognitives, les répercussions et le réentraînement, ma collègue ergo va être elle plus sur la vie quotidienne, j'ai un autre collègue ergo qui lui est plus sur le projet d'insertion en milieu protégé, donc voilà on a chacun notre domaine de compétence. Les trois ergos on voit tous les stagiaires mais sur des aspects complémentaires.</p>
Codage	<p>« petite équipe, travaille ensemble »  « travaille avec la neuropsychologue pour les groupes d'informations »  « travaille beaucoup avec la psychologue du travail, c'est constructif, aspects d'insertion, adaptation de poste, groupe 1 fois par semaine « cérébro-lésion et insertion » »  « autres collègues ergos »  « assistante sociale pour les thématiques en lien avec l'insertion »  « ergos : fonctions cognitives et répercussions et réentraînement, vie quotidienne, projet d'insertion dans milieu protégé »</p>
Catégorisation	<p>Equipe pluridisciplinaire  Neuropsychologues  Psychologue du travail</p>

<b><u>Question 7</u></b>	Est-ce qu'à travers tout ce processus, vous travaillez en pluridisciplinarité ?
Corpus E4	<p>E4 : Oui, j'ai envie de dire tout le temps. Que ce soit par les transmissions d'infos, que ce soit par, je sais que ma collègue est en train de travailler ça donc nous on travaille dessus mais différemment. Nous de notre côté on essaye de trouver des leviers pour le faire avancer ou voilà il y a aussi une chargé d'insertion qui est dans l'équipe donc il y a une possibilité de stage pour un tel, est ce que vous pouvez travailler ça avec lui avant qu'il rentre en stage, je pense que cette activité dans cet emploi va être une difficulté pour lui. C'est travailler en amont mais si on a pas la compétence de la chargée d'insertion qui va nous dire voilà le métier qu'il vise demande ça, ça et ça. La neuropsychologue est d'une grande aide sur l'identification des troubles et des répercussions et qui travaille beaucoup aussi sur l'acceptation du handicap de la personne donc c'est vrai que sans l'acceptation, sans la levée de l'anosognosie c'est difficile de faire avancer quelqu'un dans le processus de changement. Donc oui on travaille tout le temps en équipe, en binôme quand on fait des ateliers en groupe. Jamais on travaille de notre côté sur un truc précis, on a toujours des objectifs en commun. La plupart du temps l'ergo est liée à une autre profession. Ça arrive de ne pas l'être, quand c'est pur ergo pour un objectif ou un sous-objectif. Les moyens sont différents par contre. Donc oui c'est de l'interdisciplinarité, c'est important.</p>

Codage	<p>« oui, tout le temps »</p> <p>« chargé d'insertion pour les stages, donc nous on peut travailler ça avec la personne avant de rentrer en stage »</p> <p>« neuropsychologue, grande aide sur l'identification des troubles et des répercussions, acceptation du handicap, sans ça c'est difficile de faire avancer quelqu'un dans le processus de changement »</p> <p>« binôme souvent en ateliers de groupe »</p> <p>« les mêmes objectifs mais avec différents moyens »</p>
Catégorisation	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Chargée d'insertion</p> <p>Neuropsychologue</p> <p>Objectifs, moyens</p>

<b><u>Question 8</u></b>	<b>Est-ce que la revalorisation du patient est un objectif dans votre prise en charge ergothérapeutique ?</b>
Corpus E1	<p>E1 : Ah oui, oui, oui c'est vrai. C'est vrai que les personnes arrivent souvent avec une estime de soi assez, euh.. basse avec tout ce qu'ils ont perdu au niveau, au niveau euh.. physique, au niveau social, au niveau familial, au niveau professionnel, etc. Donc c'est vrai que ça fait partie de nos objectifs aussi de mettre en évidence les compétences qui sont préservées. Donc ça on le dit toujours lors des synthèses qu'on peut faire en fin de, en fin de module. Tout ce qui est préservé, on l'écrit aussi dans nos synthèses écrites et puis voilà on essaiera de se servir de ces compétences-là euh.. pour construire le projet. Parce que c'est vrai que la personne en a bien besoin généralement et même la.. l'entourage qui a parfois tendance à se focaliser sur tout ce qui ne va pas et c'est vrai que euh.. ça fait du bien je pense à tout le monde de euh.. de mettre en évidence ce qui va bien.</p> <p>E1 : Je pense que tout au long de la prise en charge, on essaie d'être bienveillant et d'être euh.. valorisant quand même tous, toute l'équipe. Euh...oui, c'est, au niveau de, comment dire, de notre comportement voilà on essaie d'être toujours positif, d'appuyer sur ce qui est bien, sur ce qui est bien fait, etc. Et puis je pense qu'il y a autre chose, le fait d'être en groupe entre eux, ils... ça leur fait du bien de retrouver une vie sociale, des échanges, ça leur fait du bien de voir qu'ils peuvent se faire aussi euh.. des nouvelles relations, des nouveaux amis. Je pense que ça participe à la revalorisation aussi. Parce que des fois les gens ils sont isolés chez eux et ils voient plus personne et là de voir des personnes qui ont le même genre de problème qu'eux, euh.. ça rassure et ça leur permet de s'exprimer librement et puis de retrouver des liens amicaux euh.. voir parfois un peu plus dans un groupe quoi.</p> <p>E1 : Des ateliers, oui ça peut arriver oui. Euh par exemple, pour les gens qui sont en module métacognition, euh.. je fais un atelier sur les stratégies de compensation justement, les aides techniques de compensation. Voilà, avec le téléphone, avec justement les agendas, les calendriers, les piluliers, les applications sur téléphone qui peuvent aider, ce genre de choses. Mais après je... je participe à d'autres ateliers aussi, des fois des jeux, des jeux de société, des jeux de société soit du commerce soit des choses qui sont vraiment ciblées pour les établissements médico-sociaux genre jeu du budget, dixiludo, ce genre de jeux.</p>

Codage	<p>« estime de soi basse avec ce qu'ils ont perdu au niveau physique, social, familial, professionnel »</p> <p>« notre objectif de mettre en évidence les compétences préservées »</p> <p>« on le dit toujours dans nos synthèses écrites »</p> <p>« être bienveillant, valorisant tout au long de la prise en charge »</p> <p>« on essaie d'être toujours positif, d'appuyer sur ce qui est bien »</p> <p>« l'effet de groupe, retrouver une vie sociale, des échanges, des nouvelles relations »</p> <p>« les gens sont isolés chez eux et ne voient plus personne des fois »</p>
Catégorisation	<p>Estime de soi</p> <p>Objectif de qualité de vie</p> <p>Groupe</p>

<b><u>Question 8</u></b>	Est-ce que la revalorisation du patient est un de vos objectifs en ergothérapie ?
Corpus E2	<p>E2 : Oui carrément, je trouve qu'une évaluation ne peut pas se faire quand quelqu'un est complètement échoué, dans son estime de lui quoi, donc c'est biaisé. Donc on commence par-là, c'est la base en fait. Si direct, parce que j'ai mon programme en tête la première semaine on fait une évaluation cuisine, etc. j'y vais et je me préoccupe pas de ça je suis à côté je pense. Donc cela la personne, la première semaine je la vois arriver et puis si je vois que c'est vraiment échoué euh je vais faire des mises en situation d'abord pour qu'elle prenne confiance en elle et ensuite on verra quoi. C'est pour ça qu'on se donne le temps de l'évaluation.</p> <p>E2 : On a plusieurs ateliers de groupe aussi. Des ateliers où on va pouvoir parler de cette estime de soi ça va être toujours le même atelier avec la neuropsychologue. Car on explique notamment quand on fait les fonctions de l'attention et tout ça ou même la fatigue on explique comment les ruminations peuvent venir créer de la fatigue supplémentaire par exemple, la mauvaise estime de soi comment ça prend de la place dans la tête, comment ça vient nous accaparer et nous faire part des moyens, voilà on va évoquer ça. Autrement là où je trouve que ça marche bien la revalorisation c'est le repas. On est sur une formule d'un repas qui est fait pour le groupe et franchement c'est rare qu'un groupe soit dénigrant. La personne reprend vraiment de la confiance petit à petit, du gallon carrément en observant les autres, en leur faisant à manger, c'est vraiment un super moyen. C'est vrai que le groupe y fait beaucoup.</p>
Codage	<p>« oui »</p> <p>« échoué dans son estime de soi »</p> <p>« on commence par-là »</p> <p>« je vais faire des mises en situation d'abord pour qu'elle prenne confiance en elle »</p> <p>« ateliers de groupe »</p> <p>« où on va pouvoir parler de cette estime de soi, atelier avec la neuropsychologue »</p> <p>« explication de l'attention, la fatigue, les ruminations et comment ça peut aller jusqu'à la mauvaise estime de soi, comment ça prend de la place dans la tête »</p>

	<p>« revalorisation lors de repas, un repas pour le groupe et c'est rare que ça soit dénigrant »</p> <p>« la personne reprend confiance petit à petit en observant les autres, leur faisant à manger »</p> <p>« le groupe y fait beaucoup »</p>
Catégorisation	<p>Mises en situation</p> <p>Confiance en soi</p> <p>Ateliers</p> <p>Groupe</p>

<b><u>Question 8</u></b>	Est-ce que la revalorisation du patient c'est un de vos objectifs de la prise en charge ?
Corpus E3	E3 : ça peut. Puisqu'en fin de compte après l'évaluation, on propose aux stagiaires des objectifs de stage. Parfois ça peut faire partie de leurs objectifs que de reprendre confiance en soi, valoriser les compétences, donc c'est des choses que l'on fait en équipe. Moi je le fais beaucoup notamment au travers des ateliers, leur montrer qu'ils ont des compétences au travail, qu'ils ont des compétences à faire, que bien sûr on guide pour qu'ils arrivent à des résultats satisfaisants, les groupes projets souvent c'est très valorisant quand ils arrivent à transmettre, à aboutir à des productions, donc ça c'est quelque chose que l'on intègre parce qu'effectivement quand ils arrivent chez nous ils sont quand même bien touchés quand même par un parcours compliqué.
Codage	<p>« ça peut »</p> <p>« leurs objectifs personnels peuvent être la confiance en soi, valoriser ses compétences »</p> <p>« à travers des ateliers, qu'ils ont des compétences »</p> <p>« groupes projets très valorisants »</p> <p>« lorsqu'ils arrivent ils sont touchés par un parcours compliqué »</p>
Catégorisation	<p>Ateliers</p> <p>Mises en situation</p> <p>Valorisation</p>

<b><u>Question 8</u></b>	Est-ce qu'en ergothérapie, la revalorisation du patient est un de vos objectifs ?
Corpus E4	E4 : Je ne peux pas dire que c'est un objectif mais c'est important d'avoir cette approche finalement. Alors du coup la revalorisation moi j'entends que le stagiaire soit satisfait de ce qu'il fait. En fait, moi si je suis satisfaite de ce qu'il a fait, finalement je peux lui dire c'est bien mais ça va pas m'avancer. Par contre, si je lui demande « est ce que tu es satisfait de ce que tu viens de faire ? », là il dit bah oui je suis fière de moi, là on est dans la revalorisation, c'est quelque chose que l'on utilise et qui est important dans le fait de dire est ce que tu es fier de ce que tu viens de faire, est ce que tu es satisfait de toi. Là pour moi on touche à la revalorisation de la personne elle-même puisqu'elle fait les choses pour elle et pas pour nous. Pour nous c'est pareil, s'il réussit l'activité, on est content pour lui mais ça n'a pas d'impact sur nous finalement, c'est quelque chose de personnel l'estime de soi donc on va chercher à la mobiliser chez l'autre mais pas en lui disant c'est bien ou c'est pas bien. C'est plutôt lui de lui-même qui va dire oui je suis satisfait ou pas. Finalement, la revalorisation on la stimule chez l'autre mais on lui dit pas si on est satisfait de lui ou pas. On cherche constamment à mettre en valeur nos stagiaires et sans juger.



Codage	« important d'avoir cette approche » « stagiaire satisfait de lui » « le fait de faire exprimer au patient s'il est satisfait de ce qu'il a fait ou non » « on va chercher à mobiliser l'estime de soi chez l'autre » « on la stimule chez l'autre » « mettre en valeur et sans jugement »
Catégorisation	Echanges Stimulation

<b>Question 9</b>	Selon vous, quelle place à l'ergothérapie dans la réinsertion socio-professionnelle ?
Corpus E1	E1 : Euhm.. Alors je pense que nous notre rôle il va être surtout sur l'évaluation (réflexion), fin je réfléchis en même temps (rires). Ouais on a vraiment une grande place dans l'évaluation, euh.. l'autonomie dans la vie quotidienne et les répercussions des difficultés dans la vie quotidienne. Voilà, c'est très important mais bon bien sûr on a aussi notre place dans le réentraînement, dans la compensation, on va conseiller des aides techniques, d'autres façons de faire, on va aussi avoir un rôle dans euh.. la formation de l'entourage ou de l'employeur sur les difficultés sur les aménagements possibles. Donc voilà, après chacun a sa place bien définie. Euh.. mais parfois y a des, bien-sûr y a des choses qui, qui vont se recouper un petit peu mais ça pose pas de problèmes. En fait, dans l'équipe on s'entend bien donc ça ne pose aucun problème. Euh.. par exemple euh, je vais donner un exemple, par exemple la chargé d'insertion professionnelle qui va aller en entreprise, parfois elle va faire des propositions d'aménagement euh.. voilà ce genre de chose. Après on va en discuter mais euh.. oui ça pose pas de problème, on se connaît suffisamment bien et puis on, on respecte le travail de l'autre, y a pas de soucis quand ça se recoupe un petit peu. Après, il peut y avoir des ajustements, y a pas de soucis. Ou alors, euh.. l'éducateur parfois il va faire des mises en situation cuisine, ce genre de chose. Ça va parfois ressembler un peu à ce que l'ergo peut faire mais finalement on n'a pas forcément les mêmes objectifs derrière. On veut pas la même chose et en fait c'est, c'est complémentaire donc ça pose pas de problème.
Codage	« rôle dans l'évaluation » « autonomie dans la vie quotidienne et les répercussions des difficultés dans la vie quotidienne » « une place dans le réentraînement, la compensation » « conseiller des aides techniques, d'autres façons de faire » « rôle de la formation de l'entourage ou de l'employeur sur les difficultés sur les aménagements possibles » « chacun a sa place bien définie mais parfois il y a des choses qui vont se recouper un petit peu mais ça pose pas de problèmes » « des fois on veut faire la même chose avec l'éduc mais on a pas les mêmes objectifs derrière » « c'est complémentaire »
Catégorisation	Rôle de l'ergothérapeute Compensation Aides technique Rapport aux autres (famille, employeur)

<b>Question 9</b>	Pour vous quelle place à l'ergothérapie dans la réinsertion socio-professionnelle ?
Corpus E2	<p>E2 : Ah oui elle est vaste (rires) (réflexion 5 secondes). J'ai envie de dire que c'est un peu central quand même. On est en lien vraiment avec tous les corps de métier, moi je travaille avec tous mes collègues en binôme et puis du coup, ça doit dépendre des structures, mais la vie quotidienne, on a choisi dans cette UEROS là de travailler ça, c'est une maison avec un jardin, la base c'est vraiment la vie quotidienne. L'ergo est vraiment au centre quoi. C'est moi qui fait le planning en partie le vendredi matin, j'ai pas parlé aussi mais c'est moi qui fait la coordination avec le médecin sur tous les aspects médicaux, je fais aussi de la régularisation des permis de conduire : dans vraiment toutes les dimensions de la personne on intervient en fait. C'est vraiment, je trouve qu'on a un métier qui s'adapte hyper bien. La lésion cérébrale ça touche à toutes les dimensions de la personne, nous on répond très très bien à ça. Donc socio-professionnel, social si mais c'est mon collègue éduc qui va être plus sur l'insertion sociale c'est-à-dire les loisirs, le bénévolat, etc. Moi je suis plus sur le milieu protégé s'il y a. ça c'est fait comme ça car on est une petite équipe et on se répartit les choses mais on travaille tous ensemble. Pour avoir traversé d'autres lieux d'exercices professionnels et tout ça, s'il y a bien un endroit où j'ai jamais remis en question mon métier c'est bien ici. Il n'y a aucun doute que l'ergo a sa place dans ce cursus-là, c'est une évidence.</p> <p>E1 : Je pense qu'on est vraiment bien placés les ergos pour tester et réentraîner les fonctions exécutives puisque l'on est dans le pratique. Les neuropsychologues voudraient bien le faire mais c'est vrai qu'elles n'ont pas beaucoup de temps (rires). C'est plus de l'entretien, de l'échange quoi. De temps en temps quand il y a vraiment quelqu'un qui a de gros troubles des fonctions exécutives, moi je vais essayer de m'arranger pour prendre une partie du groupe pendant que elle part faire un bilan écologique, c'est arrivé hein mais deux ou trois fois en beaucoup d'années quoi (rires) parce que c'est toujours au détriment d'autre chose, elle ne verra pas le reste du groupe par exemple. C'est vrai que nous on est plus sur le terrain, dans la pratique. Mais c'est vrai qu'on est complémentaire et les choses que l'on observe ça se corrobore toujours.</p>
Codage	<p>« central »          « lien avec tous les corps de métier, travail en binôme »          « la base c'est la vie quotidienne, l'ergo est au centre »          « ergo qui fait la coordination avec le médecin sur les aspects médicaux »          « ergo qui fait la régularisation de permis de conduire »          « dans toutes les dimensions de la personne on intervient »          « la lésion cérébrale ça touche toutes les dimensions de la personne, nous on répond très bien à ça »          « petite équipe, on se répartit le travail, moi je suis plus axée sur le professionnel mais j'interviens au niveau social avec l'entourage, les activités signifiantes »          « bien placés pour tester, réentraîner les fonctions exécutives car on est dans la pratique »</p>

	<p>« les neuropsychologues aimeraient bien aussi mais n'ont pas beaucoup de temps, c'est plus dans l'échange et dans la théorie, nous c'est le terrain, la pratique »</p> <p>« on est complémentaire, les choses que l'on observe ça se corrobore toujours »</p>
Catégorisation	<p>Rôle de l'ergothérapeute</p> <p>Vie quotidienne</p> <p>Dimensions de la personne</p> <p>Activités significatives</p> <p>Environnement professionnel et social</p> <p>Pratique</p> <p>Complémentarité avec le neuropsychologue</p>

<b>Question 9</b>	<p>Pour vous, quelle place à l'ergothérapie dans la réinsertion socio-professionnelle ?</p>
Corpus E3	<p>E3 : Moi je pense que c'est une place très technique, disons que nous sommes là pour donner les explications, pour aider le patient à mieux comprendre au travers d'exemples très concrets, de mieux comprendre comment ils fonctionnent et d'accompagner jusqu'à la mise en situation, puis au projet. On va être, bah vous le voyez sur notre petite équipe on est trois ergo donc l'ergo a quand même un rôle majeur dans le montage du projet. Nos collègues psychologue du travail, pour aider le stagiaire à analyser, à, aussi à la levée de l'anosognosie, ils vont beaucoup s'appuyer sur ce que l'on va faire sur le terrain, même si on le fait déjà sur le terrain des fois c'est trop à chaud pour que la personne puisse intégrer mais le fait que ce soit repris ensuite par les collègues bah ça aide aussi à la prise de conscience mais c'est vrai que l'ergo il va avoir un rôle très, beaucoup dans l'action que ce soit dans l'organisation du quotidien au travers de tableaux, que ce soit sur l'organisation au travail, fin on est là pour donner les outils, fin cibler car il y a un rôle d'analyse au plus proche du quotidien et de la réalité du patient et ensuite dans l'action. L'ergothérapie a vraiment sa place dans ce sujet-là que ce soit sur l'évaluation, sur les ateliers, sur la, à tel point que l'on voit de plus en plus nos collègues neuropsychologues qui ont envie d'aller sur le terrain, envie d'aller sur les ateliers (rires), donc c'est vrai que c'est une partie très intéressante du travail en tout cas.</p>
Codage	<p>« place très technique »</p> <p>« donner des explications à travers d'exemples très concrets »</p> <p>« accompagner jusqu'à la mise en situation, au projet »</p> <p>« 3 ergos dans l'équipe donc rôle majeur dans le montage du projet »</p> <p>« aider grâce aux autres collègues pour la prise de conscience »</p> <p>« rôle de terrain, dans l'action »</p> <p>« organisation du quotidien au travers de tableaux, organisation au travail, donner des outils »</p> <p>« rôle d'analyse »</p> <p>« vraiment sa place dans l'évaluation, les ateliers »</p> <p>« on voit nos collègues neuropsychologues qui ont envie d'aller sur le terrain, les ateliers »</p> <p>« l'ergothérapie a vraiment sa place »</p> <p>« que ce soit sur l'évaluation, sur les ateliers »</p>

	« nos collègues neuropsychologues qui ont envie d'aller sur le terrain »
Catégorisation	Rôle de l'ergothérapeute Mises en situation Action, terrain Vie quotidienne Evaluation Ateliers Complémentarité avec le neuropsychologue

<b>Question 9</b>	Une question plus générale, selon vous quelle place à l'ergothérapie dans la réinsertion socio-professionnelle ?
Corpus E4	E4 : Alors pour le coup c'est un peu mon cheval de bataille on va dire (rires). Pour moi l'ergothérapie est indispensable dans la réinsertion socio-professionnelle de toutes les personnes en situation de handicap mais là plus particulièrement les TC graves, car les fonctions qu'elles soient cognitives ou motrices qui sont touchées impactent tous les domaines de la vie, que ce soit mon travail, que ce soit mes relations avec les autres, que ce soit dans mon quotidien et finalement on est presque, je vais pas dire la seule profession mais presque qui a ce statut de toucher à tous ces domaines de la vie d'une personne. Et dans la prise en compte des différents domaines je pense que l'on est indispensable si on travaillait que sur le domaine de l'emploi sans s'intéresser sur les autres domaines de la vie on pourrait passer à côté de choses qui sont très importantes. Globalement, c'est pour ça que je crois que l'ergothérapie est indispensable, on a une vision holistique. C'est vrai que l'on a un rôle central que ce soit en évaluant ou en mettant en situation les stagiaires à travers les activités non-routinières. Moi en tant qu'ergo je me base vraiment sur les mises en situation, l'action pour pouvoir aider la personne à observer ses capacités et ses difficultés. Vraiment l'objectif final c'est notre cœur de métier, c'est de rendre la personne la plus autonome possible dans son quotidien et dans sa future vie professionnelle. L'ergothérapeute clairement il cherche à ce que le stagiaire il ait atteint un équilibre occupationnel je dirai, c'est vraiment le balancement entre toutes ses capacités. Et si jamais c'est compliqué, là nous on travaille pour qu'il détourne ses difficultés en compensant.
Codage	« indispensable dans la réinsertion socio-professionnelle de toutes les personnes en situation de handicap » « fonctions cognitives ou motrices impactent tous les domaines de la vie, le travail, les relations avec les autres, dans mon quotidien » « on est presque la seule profession à toucher à tous ces domaines de la vie d'une personne » « prise en compte des différents domaines, indispensables » « autres domaines de la vie que celui de l'emploi sinon on pourrait passer à côtés de choses importantes » « rôle central en évaluant et grâce aux mises en situation non-routinières » « base sur les mises en situation, l'action pour pouvoir aider la personne à observer ses capacités et ses difficultés » « l'objectif final c'est de rendre la personne la plus autonome possible dans son quotidien et dans sa future vie professionnelle »

	« ergo cherche à ce que le stagiaire ait atteint un équilibre occupationnel, le balancement entre toutes ses capacités » « si c'est compliqué, on travaille pour qu'il détourne ses difficultés en compensant »
Catégorisation	Rôle de l'ergothérapeute Evaluation Mise en situation Domaines de la vie quotidienne, de l'emploi

## Résumé

Pathologie aussi fréquente que peu reconnue, problème majeur de Santé Publique, le traumatisme crânien entraîne des séquelles motrices, cognitives et/ou comportementales. Selon la gravité de l'accident, le traumatisme crânien peut être déclaré grave. Les séquelles entraînent des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. La prise en soin peut s'effectuer du coma, au moment de l'accident, jusqu'à la réinsertion socio-professionnelle. L'objectif de cette étude est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens graves ayant des troubles cognitifs, notamment une atteinte des fonctions exécutives.

Afin de démontrer la place de l'ergothérapeute, la méthode qualitative a été utilisée. Quatre entretiens ont été menés avec des ergothérapeutes exerçant en UEROS auprès de personnes ayant subi un traumatisme crânien grave. L'accompagnement du traumatisé crânien dans le dispositif de retour à l'emploi est pluridisciplinaire.

Les résultats des entretiens montrent que les ergothérapeutes utilisent des mises en situation pour les évaluations, des outils de réentraînement des fonctions exécutives et instaurent des moyens de compensation avec une prise en soin individualisée. La prise de conscience des troubles par le patient est essentielle pour une réinsertion sociale et professionnelle optimale. L'ergothérapeute a un champ d'intervention large, qui couvre l'évaluation jusqu'à la compensation des déficiences grâce à une collaboration pluridisciplinaire. L'ergothérapeute met en avant les capacités exécutives de la personne dans les activités de la vie quotidienne pour les transférer dans le projet professionnel.

L'ergothérapeute met en place des activités thérapeutiques pertinentes afin d'appréhender au mieux la réinsertion socio-professionnelle de la personne traumatisée crânien grave. La prise en soin globale, qui tient compte de la participation sociale, des capacités et des ressources de la personne est un des objectifs de l'ergothérapeute.

**Mots clés :** Traumatisme crânien grave – Réinsertion socio-professionnelle – Fonctions exécutives – Mises en situation écologique – Compensation

## **Abstract**

Traumatic brain injury, a pathology that is as frequent as it is little recognized, is a major public health problem, resulting in motor, cognitive and/or behavioural after-effects. Depending on the severity of the accident, the head injury can be declared severe. The after-effects lead to difficulties in the activities of daily living. Take charge of patient can be provided from coma, at the time of the accident, to socio-professional reintegration. The aim of this study is to understand the role of the occupational therapist in the socio-professional reintegration of severe traumatic brain injuries with cognitive disorders, particularly executive functions impairment.

In order to demonstrate the role of the occupational therapist, the qualitative method was used. Four interviews were conducted with occupational therapists working in UEROS with people who had suffered a severe head injury. The support provided to the brain injured person in the return to work employment system is multidisciplinary.

The results of the interviews show that occupational therapists use situation scenarios for assessments, tools for re-training executive functions and introduce means of compensation according to the difficulties of each person with individualized care. The patient's awareness of his/her disorder is essential for optimal social and professional reintegration. The occupational therapist has a broad field of intervention, which covers the assessment to the compensation of the deficiencies, thanks to a multidisciplinary collaboration. The occupational therapist highlights the person's executive abilities in the activities of daily living in order to transfer them to the professional project.

The occupational therapist sets up relevant therapeutic activities in order to better deal with the socio-professional reintegration of the severely head injured person. Holistic care, which takes into account the social participation, abilities and resources of the person, is one of the aims of the occupational therapist.

**Keys words** : Severe traumatic brain injury – Socio-professional reintegration – Executive functions – Ecologicals situations scenarios – Compensation