



Institut de Formation  
En Ergothérapie



- TOULOUSE -



# **Accompagner le retour à la vie active des adultes cérébrolésés**

Apports de la Démarche Précoce d'Insertion Socio-Professionnelle dans le  
processus d'adaptation occupationnelle

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6

Directeur de mémoire : Jean-Michel CAIRE

Bénédicte BONCHE

Mai 2021

Promotion 2018-2021



## Engagement et autorisation

Je soussignée Bénédicte Bonche, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse

Le 10 mai 2021

Signature de la candidate :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bonche', written over a light gray rectangular background.

## Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

et à la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

## Remerciements

Je souhaite remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire :

Jean-Michel Caire, mon directeur de mémoire, qui a accompagné ma réflexion, m'a aidée à clarifier mes idées et m'a conseillé des pistes d'approfondissement.

Sabrina Maurel, qui s'est toujours montrée disponible pour répondre à mes interrogations et incompréhensions.

L'ensemble des professionnels exerçant en équipe Comète qui ont accepté de prendre du temps pour partager leurs connaissances et leur vision avec moi en répondant à mon questionnaire ou en participant à des entretiens informels.

Je tiens également à remercier tous les membres de l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse, qui se sont mobilisés pour nous transmettre leurs savoirs, partager leurs expériences, et nous offrir des interventions de qualité tout au long de ces trois années. Ils ont ainsi contribué à l'élaboration de ma réflexion.

Je remercie aussi les différents professionnels que j'ai rencontrés au cours de mes stages ou qui sont intervenus à l'IFE. Ils m'ont permis de développer mes connaissances et compétences, et de m'interroger sur la pratique de l'ergothérapie et sur la professionnelle que je souhaite devenir.

Enfin, je remercie ma famille qui m'a soutenue sans réserve dans mon choix de reconversion professionnelle et a facilité cette période de transition.

## Sommaire

Glossaire.....	
1. Introduction .....	1
2. Contexte .....	2
2.1. Lésions cérébrales acquises .....	2
2.1.1. Définitions et étiologies .....	2
2.1.2. Epidémiologie.....	3
2.1.3. Séquelles .....	4
2.1.4. Impact de la lésion cérébrale sur la réalisation des habitudes de vie.....	6
2.1.5. LCA et activité professionnelle .....	7
2.2. Parcours de réinsertion professionnelle après une lésion cérébrale acquise.....	8
2.2.1. Parcours de réadaptation.....	8
2.2.2. Cadre légal emploi et handicap.....	10
2.2.3. Dispositifs médico-sociaux d'accompagnement au retour à l'emploi.....	11
2.2.4. Démarche Précoce d'Insertion Socio-Professionnelle.....	13
3. Cadre conceptuel .....	14
3.1. Le modèle de l'occupation humaine .....	14
3.1.1. Présentation générale du modèle .....	14
3.1.2. Volition .....	15
3.1.3. Habituation .....	16
3.1.4. Capacité de performance .....	17
3.1.5. Environnement.....	17
3.1.6. Adaptation occupationnelle .....	18
3.2. Application du MOH à l'activité professionnelle.....	19
3.2.1. Construction de l'identité et de la compétence professionnelles.....	19
3.2.2. Impact de la lésion cérébrale sur l'activité professionnelle.....	19
3.3. Accompagner le changement.....	21
4. Problématique.....	22
5. Phase expérimentale .....	23
5.1. Protocole de recherche.....	23
5.1.1. Objectif de la phase expérimentale.....	23
5.1.2. Choix de l'outil d'enquête .....	23
5.1.3. Elaboration du contenu .....	24
5.1.4. Mise en forme et diffusion.....	25

5.2. Présentation des résultats.....	25
5.2.1. Caractéristiques des répondants .....	26
5.2.2. Impact de la lésion cérébrale sur l'identité et la compétence.....	27
5.2.3. Démarche précoce d'insertion socio-professionnelle .....	29
5.2.4. Issue de l'accompagnement .....	31
5.3. Discussion .....	33
5.3.1. Interprétation des résultats .....	33
5.3.2. Validité et limites des résultats obtenus .....	35
6. Conclusion .....	36
Bibliographie .....	
Table des annexes.....	



## Glossaire

AGEFIPH : Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CRP : Centre de Réadaptation Professionnelle

DPISP : Démarche Précoce d'Insertion Socio-Professionnelle

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

HAS : Haute Autorité de Santé

LCA : Lésion Cérébrale Acquise

MDH-PPH : Modèle de développement humain – Processus de production du handicap

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TC : Traumatisme Crânien

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

UNV : Unité Neuro-Vasculaire



## 1. Introduction

Au cours d'un stage effectué dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé en neurologie, j'ai eu l'occasion de suivre un jeune père de famille cérébrolésé dans les dernières semaines de sa rééducation. Il s'apprêtait à reprendre le travail mais, au vu de ses séquelles, l'équipe de réadaptation pressentait que le retour à son poste antérieur ne serait pas possible sans aménagements physiques et organisationnels. Or, nous n'avions que très peu de moyens pour l'accompagner de façon efficace dans sa réinsertion professionnelle : nous manquions effectivement de ressources adéquates, et de légitimité pour intervenir auprès de son entreprise. Ainsi, alors que l'accompagnement en ergothérapie se veut centré sur la personne et basé sur ses occupations significatives dans son contexte de vie, nous étions amenés à mettre de côté l'activité professionnelle de ce patient, pourtant centrale dans sa vie de jeune actif et père de famille. Le risque de mise en échec, avec des répercussions négatives sur sa qualité de vie, était donc grand.

Cette situation m'a amenée m'interroger sur le parcours de réinsertion professionnelle des patients d'âge actif suivis en SSR, notamment après une lésion cérébrale. En effet, ces lésions provoquent des séquelles multiples, y-compris cognitives et comportementales, qui s'avèrent souvent peu compatibles avec les exigences du monde du travail. La stabilisation des séquelles peut être longue, et leurs répercussions sont souvent méconnues des services d'accompagnement non spécialisés. L'activité professionnelle constitue cependant un marqueur identitaire et social fort, qu'il apparait important de prendre en compte et d'intégrer pleinement dans la démarche de réadaptation.

Au cours de ma formation et d'un second stage en SSR, j'ai pu découvrir l'activité des équipes Comète, qui proposent un accompagnement précoce vers une réinsertion socio-professionnelle en intervenant directement en centre de réadaptation et en faisant le lien avec le monde du travail grâce à une équipe pluriprofessionnelle spécialisée.

J'ai choisi d'orienter mon mémoire sur cet accompagnement précoce qui me semblait apporter des pistes de solution mais soulevait aussi des interrogations : Quelles sont les avantages et limites d'un accompagnement précoce, intervenant avant stabilisation des séquelles ? Quels sont les effets de cet accompagnement sur le processus de reconstruction et d'acceptation de la personne cérébrolésée ?

Dans un premier temps, je préciserai le contexte de ce travail de recherche par une présentation des lésions cérébrales acquises et de leurs impacts sur la vie des personnes concernées, suivie d'une description des parcours de réinsertion professionnelle associés et de la Démarche Précoce d'Insertion Socio-Professionnelle proposée par les équipes Comète. Une deuxième partie introduira des éléments conceptuels permettant de mieux comprendre les enjeux de cet accompagnement précoce : je présenterai le Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner et proposerai son application à l'activité professionnelle. Ces deux parties m'amèneront à la formulation d'une question de recherche. Je décrirai alors le protocole de recherche expérimentale mis en place pour y répondre et analyserai les résultats obtenus afin de dégager une conclusion.

## 2. Contexte

### 2.1. Lésions cérébrales acquises

#### 2.1.1. Définitions et étiologies

On appelle lésion cérébrale acquise (LCA) toute lésion de l'encéphale ou des méninges survenue après la naissance. Elle peut être d'origine traumatique (traumatismes crâniens) ou non (accidents vasculaires cérébraux, encéphalites, tumeurs, anoxie cérébrale diffuse).

Le traumatisme crânien (TC) correspond à une lésion de l'encéphale provoquée par un choc au niveau du crâne ou par des mouvements de tête violents (accélération, décélération, rotation). Les étiologies les plus fréquentes sont les chutes et les accidents de la voie publique. D'autres causes existent, telles que les agressions, les traumatismes liés à une pratique sportive ou à l'activité professionnelle, ou encore les tentatives de suicide (Bayen et al., 2012). Les traumatismes cérébraux se caractérisent par une altération de la conscience plus ou moins sévère et prolongée. Celle-ci peut être mesurée par des échelles d'observation comme celle de Glasgow, qui permet de catégoriser les traumatismes par degré de gravité.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) correspond à une lésion brutale d'un vaisseau au niveau du cerveau et pouvant entraîner des dommages irréversibles. L'AVC ischémique (80% des cas) est lié à l'obstruction d'un vaisseau qui entraîne alors une perturbation de la circulation sanguine, tandis que l'AVC hémorragique (20% des cas) est causé par la rupture d'un vaisseau sanguin. Les principaux facteurs de risques sont l'âge, l'hypertension artérielle, le tabagisme,

le cholestérol, le surpoids, et la sédentarité. Une des caractéristiques des AVC est la survenue soudaine des symptômes. Une suspicion d'AVC constitue une urgence médicale, car une intervention précoce permet de réduire significativement les complications<sup>1</sup>. La gravité de l'AVC dépend de la localisation et de l'étendue des zones cérébrales touchées.

L'encéphalite est une inflammation du cerveau, généralement provoquée par une infection virale ou bactérienne ou encore par une réaction auto-immune inadaptée (Mailles et al., 2012).

Les tumeurs cérébrales sont liées à la prolifération anarchique de cellules dans le cerveau. Les tumeurs primitives touchent des cellules du cerveau, tandis que les métastases proviennent d'un cancer ayant initialement touché une autre partie du corps. On distingue plusieurs niveaux d'agressivité des tumeurs en fonction de leur vitesse de prolifération et d'étendue<sup>2</sup>.

On parle d'anoxie cérébrale lorsque le cerveau est privé d'oxygène pendant une durée plus ou moins longue, provoquant ainsi des lésions irréversibles. En dehors des cas de TC et AVC déjà évoqués, l'anoxie peut également être causée par un arrêt cardiaque entraînant une chute du débit sanguin cérébral, un syndrome de détresse respiratoire entraînant une baisse de l'apport en oxygène, ou encore une intoxication au monoxyde de carbone (Azouvi et al., 2008).

### **2.1.2. Epidémiologie**

D'après Bayen et al. (2012, p.332), « on dénombre environ 150 000 traumatismes crâniens par an en France, dont 80% seraient des traumatismes crâniens dits légers et 20% des traumatismes crâniens modérés ou graves. Parmi eux, environ 8 000 viendront à décéder et 30 000 conserveront des séquelles graves ». Par ailleurs, trois tranches d'âge à risque ont été identifiées : les enfants de moins de 4 ans, les adolescents et jeunes adultes (15 à 24 ans), et les personnes âgées de plus de 65 ans. Quelle que soit la tranche d'âge concernée, l'incidence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. « Chez les jeunes enfants et les jeunes adultes, les TC constitueraient une des principales causes de décès et d'invalidité » (Santé publique France, 2019, p.50).

---

<sup>1</sup> Site internet de l'INSERM consulté le 20/10/2021 à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>

<sup>2</sup> Site internet de l'Institut du Cerveau consulté le 25/01/2021 à l'adresse <https://institutducerveau-icm.org/fr/tumeurs-cerebrales/>

Selon l'INSERM<sup>3</sup>, 140 000 nouveaux cas d'AVC surviennent en France chaque année. L'AVC constitue la première cause de handicap physique acquis chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Par ailleurs, 20% des personnes décèdent dans l'année suivant l'AVC, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité chez l'adulte. Environ deux tiers seulement des survivants récupèrent une indépendance fonctionnelle. L'âge moyen de survenue d'un AVC est de 74 ans. Cependant, 25% des patients ont moins de 65 ans et 10% moins de 45 ans. Au cours des dernières années, le nombre d'AVC affectant des personnes jeunes a augmenté de manière significative.

On estime que les tumeurs du cerveau concernent environ 3 500 nouvelles personnes chaque année en France<sup>4</sup>. L'incidence des encéphalites aiguës a quant à elle été estimée à entre 2 et 10 / 100 000 habitants dans les pays industrialisés en 2008 (Jmor et al., 2008).

Les traumatismes crâniens et les AVC représentent ainsi la grande majorité des lésions cérébrales acquises.

### **2.1.3. Séquelles**

Les lésions cérébrales acquises (LCA), quelle que soit leur nature, provoquent des atteintes diverses et complexes, variables d'un individu à l'autre. Selon le site et l'étendue de la lésion, différents déficits peuvent en effet être observés. Les principales déficiences peuvent globalement être rassemblées en différentes catégories : déficiences sensori-motrices, cognitives, et comportementales.

Lors d'une LCA, on observe souvent une altération plus ou moins prononcée des fonctions motrices dans un ou plusieurs membres (hémiparésie) se traduisant notamment par un déficit de force ou de commande volontaire, une diminution des amplitudes articulaires, et de la spasticité. On remarque qu'après un AVC, la récupération des fonctions motrices du membre supérieur est souvent moins bonne que celle des membres inférieurs<sup>5</sup>. Les troubles sensoriels peuvent quant à eux toucher les différents sens à des degrés divers (Carlsberg, 2019). Selon les atteintes, on peut également observer des troubles vésico-sphinctériens, des troubles de la déglutition, ou encore des troubles de l'équilibre (Bayen et al., 2012). D'autre part, les traumatismes crâniens

---

<sup>3</sup> et <sup>5</sup> Site internet de l'INSERM consulté le 20/10/2021 à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>

<sup>4</sup> Site internet de l'Institut du Cerveau consulté le 25/01/2021 à l'adresse <https://institutducerveau-icm.org/fr/tumeurs-cerebrales/>

graves peuvent être accompagnés d'autres lésions orthopédiques, viscérales ou médullaires liées aux circonstances de l'accident.

Les troubles cognitifs peuvent affecter différentes fonctions cognitives telles que la mémoire, les fonctions exécutives, l'attention ou les fonctions instrumentales (langage, gnosies et praxies). En 2014, 20% des personnes hospitalisées suite à un AVC ont ainsi présenté une aphasie (Lecoffre et al., 2017), c'est-à-dire des troubles du langage écrit ou oral pouvant affecter aussi bien l'expression que la compréhension. D'après Azouvi et al. (2009), les déficits cognitifs représentent la principale cause de handicap à long terme après un TC sévère. Les personnes seraient particulièrement concernées par un ralentissement psychomoteur, des troubles des fonctions exécutives, de l'attention et de la mémoire. Les fonctions exécutives regroupent différents processus cognitifs permettant l'adaptation aux situations nouvelles ou complexes, comme la flexibilité, l'inhibition, la planification, le raisonnement, ou encore la prise de décision.

Au niveau comportemental, il est également fréquent d'observer « des modifications de la personnalité et des comportements soit sur le versant inhibition (apragmatisme, manque d'initiative, indifférence), soit sur le versant désinhibition (impulsivité, intolérance aux contrariétés et aux frustrations, agressivité) » après un TC (Bayen et al., 2012, p.333). La cognition sociale, qui correspond à la capacité à comprendre ses propres émotions ainsi que les pensées et intentions des autres, est souvent déficitaire après un TC, ce qui fragilise la régulation des conduites et des interactions sociales (Carlsberg, 2019). Ces troubles comportementaux sont souvent moins présents après un AVC.

Une anosognosie plus ou moins marquée et/ou durable peut également affecter les personnes. Ce phénomène correspond à une absence de conscience par la personne de ses propres lésions et difficultés. L'anosognosie peut impacter négativement l'engagement dans la rééducation ainsi que la prise de décisions et l'élaboration de projets réalistes.

D'autres difficultés apparaissent souvent suite à une lésion cérébrale, et impactent fortement toute la sphère de la vie quotidienne et des habitudes de vie des personnes : fatigue, dépression, anxiété, épilepsie (Bayen et al., 2012). Dans une étude systématique, Obembe et Eng (2016) montrent qu'après un AVC, la participation sociale constitue un déterminant majeur de la qualité de vie et d'une bonne récupération. Or, la participation sociale 3 mois après l'AVC tend à diminuer. Il paraît donc essentiel de s'interroger sur l'impact de la lésion cérébrale sur l'engagement dans les habitudes de vie antérieures dans les différents environnements habituels de la personne.

#### **2.1.4. Impact de la lésion cérébrale sur la réalisation des habitudes de vie**

Le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) développé par Fougeyrollas (cf. annexe 1) définit la situation de handicap comme « la réduction de la réalisation ou (...) l'incapacité à réaliser des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) »<sup>6</sup>.

Ainsi, aux déficiences et incapacités liées à la LCA évoquées plus haut, s'ajoutent des facteurs identitaires propres à la personne et des contraintes liées à l'environnement physique et social. Le logement, les lieux de travail, d'étude et de loisirs, et de façon plus globale l'accessibilité des villes et l'aménagement des territoires, peuvent ainsi se révéler inadaptés aux incapacités physiques des personnes cérébrolésées. Celles-ci doivent par ailleurs souvent faire face aux préjugés et à l'incompréhension des autres qui, par méconnaissance, peuvent associer les troubles cognitivo-comportementaux et la fatigue à des traits de caractère et à une forme de mauvaise volonté, et qui ne savent pas toujours comment réagir (Bayen et al., 2012; Carlsberg, 2019).

L'association de ces différents facteurs de risques peut ainsi influencer négativement sur la réalisation des habitudes de vie, que Fougeyrollas (2010) répartit en 12 groupes : communication, déplacements, nutrition, condition physique et bien-être psychologique, soins personnels et de santé, habitation, responsabilités, relations interpersonnelles, vie associative et spirituelle, éducation, travail, loisirs.

Différentes études ont ainsi montré la variété des domaines impactés suite à une LCA (Bayen 2012 et Lefebvre et al 2004) : Les personnes sont souvent restreintes dans la réalisation d'activités élaborées telles que faire les courses, le ménage, gérer un budget ou prendre les transports en commun. La reprise de la conduite automobile – lorsque cela est possible – peut souvent nécessiter un accompagnement et des adaptations. Une difficulté à reprendre des rôles sociaux est fréquemment observée : le retour au travail ou aux études est variable (seulement 30% après un TC grave) et peut être source de frustration. D'une façon générale, on remarque une tendance à un appauvrissement de la vie sociale et des loisirs, qui perdure des années après la LCA et qui peut mener à un isolement social. D'après Lefebvre et al. (2004, p.14), « ces contextes rendent difficile l'adaptation des personnes et de leurs proches à la nouvelle situation

---

<sup>6</sup> Site internet du RIPPH (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap), consulté le 13/02/2021 à l'adresse <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

et contraignent la mise en œuvre de leurs projets de vie pouvant aller jusqu'à la transformation ou la reformulation de ceux-ci ».

Pour maintenir un niveau de performance satisfaisant dans des rôles majeurs tels que le travail ou l'entretien de leur domicile, les personnes en situation de handicap vont devoir y consacrer plus de temps et d'énergie, ce qui peut les mener à abandonner leurs autres occupations. Elles ont ainsi tendance à occuper moins de rôles que la moyenne. Or, être impliqué dans un nombre réduit de rôles a des répercussions psychosociales négatives majeures (Lee & Kielhofner (posthume), 2017).

### **2.1.5. Lésion cérébrale acquise et activité professionnelle**

Chez l'adulte, l'exercice professionnel représente une part importante des occupations de la personne. Selon des études sociologiques (Albert et al., 2006; Osty, 2003), il peut être vecteur d'accomplissement personnel, d'intégration sociale, de développement de savoirs et de savoir-faire. Il apporte un sentiment de légitimité et d'utilité vis-à-vis des autres. Parallèlement, il garantit une certaine indépendance financière qui facilite à son tour l'engagement dans des loisirs et dans des rôles familiaux valorisants. Ainsi, d'après Guillemot (2012, p.1), « dans notre société, le travail constitue un indicateur important dans l'appréciation de la qualité de vie et dans l'élaboration d'une identité ».

L'activité professionnelle est source de reconnaissance sous différentes formes, ce qui lui confère son importance dans la définition de l'individu. « L'homme étant plus ou moins sensible à la reconnaissance qu'il reçoit de la société, des autres ou de lui-même, c'est ce degré de sensibilité qui détermine la place qu'il accorde au travail dans la définition de son moi. » (Fray & Picoulet, 2010, p.74)

Garner, Méda et Senik (2006) montrent que 54% des actifs interrogés dans le cadre de l'enquête « Histoire de vie » réalisée en 2003 par l'INSEE citent le travail comme étant un des trois éléments principaux leur correspondant le mieux et permettant de les définir. Bien que cette proportion varie en fonction du statut socio-professionnel des personnes et de leur situation familiale, cette étude montre l'importance de l'activité professionnelle dans l'identité des individus.

Une étude menée auprès de patients cérébrolésés en Suède (Matérne et al., 2018) a mis en évidence l'influence positive de la reprise du travail sur la perception de la qualité de vie des patients après une lésion cérébrale acquise.

Dans le même sens, Lee (2017) rappelle que l'inactivité professionnelle non souhaitée – provoquée par un handicap ou non – a été reliée au suicide, à la dépression, à des problèmes physiques liés au stress, à l'augmentation des comportements addictifs. Une perte d'identité et une baisse de l'estime de soi peuvent également survenir lorsqu'une personne perd certains de ses rôles ou lorsqu'elle est contrainte de s'engager dans des rôles qu'elle considère moins importants.

Des études menées en France et en Australie ont montré qu'après un TC sévère ou modéré, le taux de reprise du travail s'élève à 40% (Jourdan et al., 2016; Ponsford et al., 2014). Selon l'étude de Ponsford en Australie, seules 12% des personnes avaient retrouvé le poste qu'elles occupaient avant l'accident et travaillaient à temps plein. Le taux de retour à l'emploi après un AVC varie fortement selon les études, notamment en fonction du pays et des caractéristiques des cohortes étudiées. Saeki (2000) ainsi que Schnitzler & Pradat-Diehl (2006) ont ainsi retrouvé dans la littérature des taux variant de 7% à 85%.

Les études soulignent l'importance de la sphère professionnelle dans la construction de la qualité de vie. Il paraît donc important de prendre en compte ces données dans le parcours de soin des personnes cérébrolésées. La réinsertion professionnelle apparaît ainsi comme un vecteur pouvant favoriser la qualité de vie des patients souffrant de handicap neurologique.

## 2.2. Parcours de réinsertion professionnelle après une lésion cérébrale acquise

### 2.2.1. Parcours de réadaptation

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), citée par la Haute Autorité de Santé (2019, p.9) « la réadaptation constitue l'ensemble des mesures ayant pour objet de rendre au malade ses capacités antérieures et d'améliorer sa condition physique et mentale, lui permettant d'occuper par ses moyens propres une place aussi normale que possible dans la société ».

#### 2.2.1.1. AVC

On distingue 3 phases dans l'évolution de l'AVC : La phase aiguë débute au moment de la survenue de l'AVC et dure en moyenne 2 semaines. Elle est suivie de la phase subaiguë, qui peut durer jusqu'à 6 mois et durant laquelle les possibilités de récupération sont les plus élevées. Au-delà de 6 mois, on parle de phase chronique.

La prise en charge en phase aigüe se fait en service hospitalier MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), et dans la mesure du possible en unité spécialisée neuro-vasculaire (UNV).

La prise en charge en phase subaigüe va dépendre du niveau de gravité de l'AVC et des éventuelles difficultés associées, telles que des comorbidités, une dépendance antérieure à l'AVC, des difficultés psycho-sociales, ou encore un réseau de soins de ville insuffisant. La personne pourra ainsi être orientée soit vers un retour à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou d'un suivi en hôpital de jour, soit vers une hospitalisation complète en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalent, neurologique ou gériatrique (Poutignat, 2020). Au vu du nombre de places limités en SSR, on constate que seuls 30% des patients y sont orientés. Il s'agit cependant du mode de prise en charge privilégié pour les personnes de moins de 55 ans sans comorbidités (Haute Autorité de Santé, 2019). L'objectif est de retrouver le maximum d'autonomie et de permettre un retour à des conditions de vie les plus proches possible de ce qu'elles étaient avant l'AVC. Au cours de cette phase, la personne pourra bénéficier, en fonction de ses besoins et de l'offre de soins disponible, d'un suivi pluriprofessionnel impliquant un volet sanitaire et social ainsi qu'une prise en charge en kinesthésothérapie, ergothérapie, orthophonie, ou encore en neuropsychologie.

Au cours de la phase chronique, la réadaptation peut se poursuivre à domicile, en ambulatoire, ou en institution lorsque le retour à domicile n'est pas envisageable. Selon les recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS), l'orientation du patient vers la phase chronique de son parcours doit être anticipée et préparée en équipe pluriprofessionnelle, en impliquant le patient et ses aidants (Poutignat, 2020).

#### 2.2.1.1. Traumatismes crâniens

Une hospitalisation est rarement nécessaire à la suite d'un TC léger. En revanche, les TC sévères et modérés – qui représentent environ 20% des cas – nécessitent des soins spécifiques et prolongés. Il est délicat d'énoncer un pronostic de récupération en phase aigüe car des progrès et des dégradations peuvent survenir à distance de l'accident. Parmi les TC sévères et modérés, on considère que 20 à 30% récupéreront la quasi-totalité de leurs capacités antérieures et pourront retrouver une vie sociale et professionnelle. Tandis que 15 à 20% conserveront un handicap modéré, avec une autonomie dans les activités quotidiennes malgré des déficiences persistantes impliquant des adaptations de la vie sociale et professionnelle (Julien, 2019).

En 2011, la Société Française de Médecine physique et de Réadaptation (SOFMER) décrit des parcours de soins en 3 phases après un traumatisme crânien sévère ou modéré : une phase

précoce et d'éveil de coma, une phase de rééducation active, et une phase de réadaptation-réinsertion. En fonction de la récupération du patient et de la présence ou non de lésions associées, les phases de rééducation active et de réadaptation-réinsertion peuvent être prises en charge soit à domicile, dans le cadre d'un suivi en libéral ou par une équipe mobile de réadaptation, soit en hospitalisation de jour en service SSR spécialisé, soit en hospitalisation complète en service SSR. Le suivi par un réseau de soins et d'accompagnement est recommandé pour favoriser la réinsertion sociale et professionnelle (Pradat-Diehl et al., 2014).

### **2.2.2. Cadre légal emploi et handicap**

D'un point de vue légal, différentes dispositions visent à encadrer et favoriser le retour à l'emploi après une maladie ou un accident.

D'après l'article L. 5213-1 du code du travail, « est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. » La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) peut être obtenue auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Cette reconnaissance permet au travailleur handicapé de bénéficier de mesures d'aide destinées à favoriser son insertion professionnelle et son maintien dans l'emploi.

La loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés oblige toutes les entreprises de 20 salariés et plus à employer un minimum de 6% de personnes handicapées dans leur effectif total. Les entreprises qui ne répondent pas à cette obligation d'emploi doivent payer une contribution à l'AGEFIPH (Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées). Celle-ci peut proposer des services et des aides financières aux personnes reconnues travailleurs handicapés dans le secteur privé ou indépendant, par exemple pour l'aménagement d'un véhicule ou d'un poste de travail.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005, portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, vient renforcer celle de 1987 en augmentant le montant de la contribution des entreprises en cas de non-respect de l'obligation d'emploi. Elle étend au secteur public le principe de contribution et crée ainsi le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), qui a pour mission de favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique.

À l'issue d'une période de soins et d'un arrêt de travail, c'est au médecin du travail d'évaluer l'aptitude de la personne à reprendre son ancien poste. D'après le code du travail<sup>7</sup>, il peut proposer des aménagements, adaptations et transformations du poste ou des mesures d'aménagement du temps de travail. S'il constate, après étude du poste et échanges avec le salarié et l'employeur, qu'aucune mesure n'est possible, il déclare alors le travailleur inapte à son poste de travail. Le médecin du travail préconise alors un reclassement et énonce des recommandations concernant la capacité du salarié à exercer d'autres tâches existant dans l'entreprise. L'employeur est alors tenu de proposer un autre emploi approprié aux capacités du salarié. L'emploi proposé doit être aussi comparable que possible à celui occupé précédemment, et doit être aménagé selon les recommandations du médecin du travail. Ce dernier peut également préconiser des formations professionnelles en vue de faciliter le reclassement du travailleur ou sa réorientation professionnelle. Si l'employeur ne peut proposer de reclassement adéquat ou que le salarié refuse le poste proposé, un licenciement est alors prononcé.

L'employeur, le médecin du travail ou le travailleur en situation de handicap peuvent solliciter les organismes de placements spécialisés Cap emploi dans les démarches de maintien ou d'accès à l'emploi. Ces organismes sont financés par l'AGEFIPH, le FIPHFP et Pôle Emploi et remplissent des missions d'information, de conseil, et d'accompagnement à la recherche d'emploi.

### **2.2.3. Dispositifs médico-sociaux d'accompagnement au retour à l'emploi**

Différents dispositifs médico-sociaux permettent de faire le lien entre le milieu sanitaire et le milieu de l'entreprise afin d'accompagner le retour à l'emploi dans le respect du cadre légal présenté précédemment tout en prenant en compte les spécificités des parcours de réadaptation après une lésion cérébrale.

#### **2.2.3.1. Dispositifs d'accompagnement post-rééducation**

Les centres de réadaptation professionnelle (CRP) proposent des formations qualifiantes de longue durée aux personnes ne pouvant plus exercer leur ancien métier suite à une maladie ou à un accident. L'objectif des formations est d'entraîner ou de réentraîner la personne au travail, en vue d'une réinsertion professionnelle. L'orientation vers un centre de réadaptation

---

<sup>7</sup> Articles R-4624-29 à R-4624-33, L-4624-1 à L-4624-10, et L-1226-2 à L-1226-4 du code du travail

se fait par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Les CRP ne sont cependant pas spécialisés dans l'accompagnement de personnes cérébrolésées.

Les Unités d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle (UEROS) s'adressent en revanche spécifiquement à des personnes cérébrolésées. Elles ont pour mission de favoriser leur réinsertion socio-professionnelle en proposant des bilans d'évaluation, un réentraînement à la vie active, la construction d'un projet social, une aide à l'orientation et un suivi individualisé. Elles font le lien entre les secteurs sanitaire, médico-social, éducatif, et le monde du travail. L'admission se fait à la demande de la personne ou sur orientation de la CDAPH. L'accompagnement est proposé sous forme de stage, de façon continue ou discontinuée. Il est possible de bénéficier jusqu'à 6 mois de stage, étalés sur une période de 3 ans.

L'admission en CRP comme en UEROS se fait à distance de l'accident, après la sortie d'hospitalisation et de centre de rééducation, une fois que les difficultés physiques, cognitives et comportementales de la personne se sont stabilisées. Cependant la question du retour à l'emploi se pose chez les patients cérébrolésés bien avant leur sortie d'hospitalisation. La sphère professionnelle influence notre parcours de vie et notre identité personnelle et sociale. La perspective de ne plus travailler peut perturber de façon précoce les personnes cérébrolésées.

#### 2.2.3.2. Comète France

L'association Comète France favorise une approche anticipée de la question de la réinsertion professionnelle. Elle permet en effet aux personnes prises en charge en centre de rééducation fonctionnelle de bénéficier d'un accompagnement précoce concernant leur projet de réinsertion dans un milieu ordinaire de travail : l'objectif peut être un maintien dans l'emploi (à l'ancien poste ou à un nouveau), une entrée en formation ou une reprise d'études.

Contrairement aux UEROS, l'accompagnement par le dispositif Comète se fait dès l'admission en SSR. Il se poursuit ensuite jusqu'à 2 ans après la réinsertion professionnelle de la personne suivie. Il suit 4 phases d'intervention, qui sont l'évaluation de la demande, la construction du projet d'insertion, la mise en œuvre du plan d'actions, et le suivi du devenir professionnel des personnes insérées (Dubois et al., 2016).

Les équipes interviennent ainsi directement en milieu sanitaire pendant la phase de rééducation. Elles sont pluriprofessionnelles et regroupent des compétences médicales, paramédicales, médico-sociales, sociales et administratives (médecin, ergonome,

ergothérapeute, psychologue du travail, neuropsychologue, assistant de service social, chargé d'insertion, etc.). La composition précise des équipes varie selon les établissements. L'équipe Comète permet donc de faire le lien entre le bénéficiaire, les équipes médicales, les rééducateurs du plateau technique, et les partenaires extérieurs, notamment l'employeur et le médecin du travail. Des analyses de poste et d'accessibilité et des mises en situation peuvent être proposées. Le projet professionnel de la personne est considéré de façon globale : certaines équipes s'intéressent par exemple aux problématiques de reprise de la conduite automobile, qui sont à prendre en compte dans l'élaboration du projet professionnel (Auge et al., 2019).

Il existe actuellement 43 équipes Comète en France, qui couvrent 58 établissements : 9 d'entre elles sont en effet multisites (cf. annexe 5). Ces équipes sont financées de façon conjointe par l'assurance maladie, l'AGEFIPH et la FIPHFP. Bien qu'elles ne soient pas spécialisées dans le suivi des adultes cérébrolésés, 27,4% des personnes pour lesquelles un suivi a été initié en 2019 présentaient une atteinte cérébrale : AVC, traumatisme crânien, paralysie cérébrale, sclérose en plaques, etc. (Comète France, 2021).

#### **2.2.4. Démarche Précoce d'Insertion Socio-Professionnelle**

La démarche mise en place par les équipes Comète a été décrite et validée par la HAS sous le terme de Démarche Précoce d'Insertion Socio-Professionnelle (DPISP). Elle a été certifiée par une norme AFNOR (norme NF S99-137 novembre 2004) et a fait l'objet de la publication de bonnes pratiques (Association Comète France et al., 2011).

Celles-ci sont basées d'une part sur une analyse des pratiques d'accompagnement en France par le réseau Comète, et d'autre part sur une revue de la littérature française et étrangère portant sur la période 2004-2010. Cette revue de littérature a permis une évaluation globale de l'impact de la DPISP d'un point de vue économique, sur le taux de reprise d'activité professionnelle, et sur la qualité de vie des personnes suivies, pour l'ensemble des pathologies suivies par les équipes Comète. On remarque que dans cette revue de littérature, les études s'intéressant aux adultes cérébrolésés se concentraient sur un aspect quantitatif de la réinsertion avec la notion de taux de reprise d'emploi (Desouza et al., 2007; Loones & Simon, 2007).

D'autres études, comme celle menée au CMPR La Tour de Gassies (Doucet et al., 2012) et la revue de littérature de Fadyl et McPherson (2009), ont montré l'intérêt d'une démarche précoce pour accompagner le retour à l'emploi après une lésion cérébrale acquise.

Ainsi, tandis que les UEROS – spécialisées dans l’accompagnement de personnes cérébrolésées – ont fait le choix de débiter leur intervention après la stabilisation des séquelles de la lésion, la DPISP prend le choix opposé en initiant le suivi précocement. Cette différence de stratégie d’accompagnement au retour à l’emploi pose question. Quels sont les avantages et limites d’une telle démarche d’intervention précoce auprès des personnes cérébrolésées ? Une lecture conceptuelle de l’être humain dans son contexte de vie habituel telle que le propose Kielhofner (1980) permettra de mieux analyser et comprendre les mécanismes de motivation et d’engagement mis en jeu lors d’une telle situation de changement et d’instabilité.

### 3. Cadre conceptuel

#### 3.1. Le modèle de l’occupation humaine

##### 3.1.1. Présentation générale du modèle

Le modèle de l’occupation humaine (MOH) est un modèle conceptuel de pratique en ergothérapie, basé sur des preuves, et développé par Gary Kielhofner dans une série d’articles et publications à partir de 1980. Ce modèle, centré sur les occupations, tente d’expliquer comment les individus s’adaptent en fonction des évènements auxquels ils sont confrontés et développent des façons de vivre satisfaisantes et significatives (Taylor & Kielhofner (posthume), 2017).

Pour Kielhofner, les personnes construisent ce qu’elles sont et ce qu’elles deviennent à travers leurs actions. La participation à des occupations « est le résultat d’un processus dynamique d’interaction entre la motivation face à l’action, les habitudes et les rôles, les capacités et l’environnement » (Mignet et al., 2017). Le MOH place ainsi les caractéristiques individuelles et uniques de la personne, telles que ses souhaits, ses besoins et ses perceptions, au centre de sa participation dans des activités significatives réalisées dans son contexte de vie quotidienne. L’occupation humaine se rapporte aux activités productives, de loisirs, ou de la vie quotidienne, réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel propre à chaque individu.

Le MOH est un modèle holistique (cf. annexe 2) : il prend en compte l’influence mutuelle des différents éléments caractérisant l’individu sur la performance, en proposant ainsi un lien entre la sphère de l’être et celle de l’agir. Il considère effectivement que la motivation à agir

peut influencer l'effort fourni pour réaliser une tâche tandis qu'une déficience physique peut peser sur la motivation à réaliser certaines tâches ou activités (Taylor & Kielhofner (posthume), 2017).

Le MOH est construit autour de 4 éléments principaux, qui sont la volition, l'habituatation, la capacité de performance, et l'environnement. L'interaction dynamique et réciproque de ces éléments va permettre l'engagement de la personne dans ses occupations et la participation à des rôles sociaux. Enfin, l'accumulation des expériences vécues lors des différentes occupations va permettre l'élaboration d'une identité occupationnelle et d'une compétence occupationnelle, qui vont permettre l'adaptation future à de nouvelles occupations. L'ensemble de ces éléments sera précisé dans les paragraphes suivants.

### **3.1.2. Volition**

La volition fait référence à l'ensemble des facteurs qui motivent la personne à agir et à s'engager dans des occupations. Ces facteurs, selon le MOH, sont la causalité personnelle, les valeurs, et les intérêts :

- La causalité personnelle correspond à la perception individuelle par la personne de ses propres capacités et de son efficacité à atteindre ses buts. Il s'agit autrement dit de son ressenti personnel sur sa capacité à agir volontairement sur son environnement.
- Les valeurs peuvent être définies comme l'importance ou le sens que l'on rattache à ce que l'on fait. Elles déterminent ce qu'on trouve important et significatif.
- Les intérêts sont associés à ce qu'on trouve plaisant et satisfaisant.

Ces 3 facteurs peuvent évoluer dans le temps lorsque la personne expérimente, interprète, anticipe et choisit ses occupations. On parle donc de processus volitionnel (Yamada et al., 2017).

- L'expérience correspond aux pensées et sensations immédiates éprouvées au cours d'une activité en fonction de notre performance : confiance, doute, plaisir, anxiété, confort, difficulté, ennui, etc.
- On parle d'interprétation lorsque la personne réfléchit a posteriori à sa performance dans la réalisation d'une activité : comment était-ce, est-ce que cela en valait la peine, quelle a été la signification de cette activité pour soi-même et pour les autres, qu'est-ce que cela a apporté ?

- Tout au long de nos journées, des opportunités d'action s'offrent à nous. L'anticipation correspond au processus d'identification et de réaction à ces possibilités. Elle est influencée par notre sentiment de compétence et d'obligation à répondre à ces opportunités.
- L'anticipation mène au choix de réaliser une activité : il s'agit de décisions prises rapidement et à court-terme.
- Enfin, le choix occupationnel correspond à la décision délibérée de s'engager dans un rôle, d'acquérir une nouvelle habitude ou d'entreprendre un projet personnel.

### **3.1.3. Habitude**

L'habitude correspond à une routine comportementale semi-automatisée en lien avec notre environnement temporel, physique et social habituel. Notre environnement ayant une certaine stabilité, nous développons en retour des habitudes et des rôles relativement stables et constants.

- Les habitudes représentent des façons d'agir et de réagir de façon constante dans des environnements et situations stables. Ainsi, deux conditions sont nécessaires pour développer une habitude : l'action doit être répétée suffisamment de fois pour établir une routine, et le contexte environnemental doit être stable (Yamada et al., 2017).
- Le système socio-culturel dans lequel nous évoluons définit des rôles et statuts sociaux, auxquels des attentes en termes de comportement sont implicitement liées. La plupart de nos activités sont réalisées en tant que parent, étudiant, employé, ami, etc. Nous nous identifions à ces rôles en partie à travers les attitudes et comportements que nous adoptons, et en partie à travers les réactions et attitudes reflétées par les autres. L'identification à un rôle se renforce donc lorsque les autres nous reconnaissent un statut social donné et réagissent en conséquence. Ainsi, à travers le processus de socialisation, l'individu internalise des façons d'être, des attitudes et des comportements qui correspondent à la définition sociale et aux attentes liées à un rôle donné (Lee & Kielhofner (posthume), 2017). Un rôle internalisé peut ainsi être défini comme l'intégration d'un statut défini socialement ou personnellement et d'un ensemble d'attitudes et comportements associés.
- Une personne endosse généralement plusieurs rôles en fonction du contexte : chez l'adulte actif, on distingue ainsi souvent les rôles assumés pendant sa semaine de travail et sur son lieu d'exercice de ceux assumés en soirée ou les jours de repos auprès de sa famille ou de ses amis.

### **3.1.4. Capacité de performance**

La capacité de performance peut être définie comme la capacité à réaliser des activités : elle est liée aux habiletés physiques et cognitives objectives de la personne, mais également à l'expérience subjective de cette dernière. Autrement dit, elle correspond à la façon dont nos capacités et incapacités objectives et notre perception subjective de celles-ci influencent notre engagement dans une activité (Yamada et al., 2017).

- Les composants objectifs de la capacité de performance dépendent des systèmes musculosquelettique, neurologique, cardiopulmonaire et des autres systèmes organiques de l'individu, ainsi que de ses capacités cognitives et relationnelles. Ces composants sont observables et mesurables, notamment au moyen de tests et de bilans, par une personne extérieure (Tham et al., 2017).
- L'expérience subjective correspond à ce que la personne éprouve lorsqu'elle réalise l'activité : il peut s'agir de sensations, d'émotions, de désirs, de pensées, d'impressions, etc.

### **3.1.5. Environnement**

Toute occupation se déroule toujours dans un environnement complexe présentant des caractéristiques physiques, sociales et occupationnelles qui influencent la performance de la personne dans cette occupation : espace physique, objets utilisés, entourage humain impliqué, offre occupationnelle, etc. (Fisher et al., 2017)

On peut par ailleurs décomposer chaque dimension de l'environnement en 3 niveaux : immédiat (domicile, environnement de travail ou d'éducation, centre de rééducation), local (voisinage, communauté, campus scolaire) et global (aspects politiques, économiques et climatiques, contexte socio-culturel, système de soin).

L'environnement constitue souvent un élément critique, qui peut soutenir ou interférer avec la réalisation de l'activité. Toute modification ou adaptation de l'environnement est donc susceptible de modifier l'engagement d'une personne dans ses occupations.

On ne peut cependant pas définir d'environnement universellement facilitateur car la façon dont ce dernier est perçu et utilisé dépend des valeurs, des intérêts et de la causalité personnelle de chaque individu, ainsi que de ses rôles, habitudes et capacités. Selon Csíkszentmihályi (1990), un environnement doit être suffisamment stimulant pour offrir des situations de défi et

permettre l'engagement dans une activité. Cependant, un environnement trop peu soutenant ne sera plus motivant et limitera l'engagement.

### **3.1.6. Adaptation occupationnelle**

A travers nos actions, nous mettons en jeu différentes habiletés qui vont nous permettre de réaliser des activités et de nous impliquer dans des rôles. Ce faisant, et en fonction des résultats de nos efforts et des conséquences de notre engagement, nous modifions progressivement nos capacités et nos perceptions. Ainsi, à l'échelle d'une vie et en fonction de notre environnement, nos compétences et nos motivations peuvent varier positivement ou négativement au fil de nos expériences, des rencontres que l'on fait, des événements auxquels nous sommes confrontés. Notre degré de participation dans des rôles ou des occupations donnés évolue donc.

Quand les actions nécessaires pour remplir un rôle donné sont effectuées efficacement de façon constante, la personne ressent un sentiment d'accomplissement lié à un objectif occupationnel. À l'inverse, des événements brutaux ou progressifs menant à une perte de capacité mènent les individus à s'adapter à de nouvelles façons de participer à des rôles. L'adaptation occupationnelle fait ainsi référence à l'aptitude d'une personne à se développer, à atteindre un état de bien-être à travers ses occupations, ou à changer face aux défis auxquels elle est confrontée. Cette notion peut être décomposée en deux éléments, qui sont l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle (de la Heras de Pablo et al., 2017).

L'identité occupationnelle est un amalgame de ce que l'on est et de ce que l'on souhaite devenir, généré par l'histoire de notre participation occupationnelle. Elle intègre ainsi notre causalité personnelle, nos intérêts, nos rôles, nos valeurs, nos choix occupationnels présents et notre projection occupationnelle future. L'identité occupationnelle est le reflet des expériences accumulées tout au long de la vie et oriente nos actions immédiates et futures. Elle se développe dans le temps et à travers la participation à des occupations dans un environnement donné (O'Brien & Kielhofner (posthume), 2017).

Avec le temps et l'expérience, l'individu va améliorer sa capacité à réaliser certaines activités et à remplir certains rôles avec aisance. C'est ce qu'on appelle la compétence occupationnelle. En réalisant avec succès certaines habitudes, la personne va développer un sentiment d'efficacité et des émotions positives, qui vont venir renforcer à leur tour sa participation. Lorsqu'une personne s'engage dans un nouveau rôle, elle va développer de nouvelles compétences et habitudes qui peuvent venir modifier ses occupations habituelles antérieures.

L'adaptation occupationnelle peut donc être définie comme le fait de réaliser les changements nécessaires pour poursuivre son engagement dans les activités et rôles choisis ou pour en développer de nouveaux. Elle correspond donc à un processus de changement continu.

## 3.2. Application du MOH à l'activité professionnelle

### 3.2.1. Construction de l'identité et de la compétence professionnelles

L'orientation vers une profession se fait généralement « en fonction de la personnalité de l'individu, de ses aspirations, de ses capacités, de ses expériences mais aussi de sa sensibilité à un secteur ou à une activité précise. Elle est donc le reflet de l'identité de la personne telle qu'elle est au moment de ce choix » (Fray & Picouneau, 2010, p.77).

L'identité professionnelle se construit de façon continue, dynamique et interactive, en fonction de l'éducation, des choix, des habitudes et des rencontres de la personne. Celle-ci va développer ses propres conclusions et tirer ses propres enseignements des expériences professionnelles et personnelles auxquelles elle est confrontée. Elle va aussi analyser les expériences extérieures qu'elle observe par le prisme de sa propre sensibilité et de ses propres valeurs. L'identité professionnelle peut ainsi être décrite selon une dimension individuelle et une dimension collective et interrelationnelle. L'appartenance à une profession ou une entreprise se traduit par le respect de normes collectives implicites ou explicites, qui se caractérisent par exemple par l'adoption de façons de faire, de routines, d'éléments de langage ou encore de codes vestimentaires spécifiques et communs, que chacun va s'approprier de façon individuelle (Fray & Picouneau, 2010; Guillemot, 2012). Par ailleurs, au cours de sa formation puis par la répétition d'activités liées à son poste, par l'utilisation d'outils spécifiques, et par son implication dans diverses tâches ou missions, la personne va gagner en compétences. Sa posture professionnelle, en lien direct avec son identité personnelle, sera aussi renforcée.

On retrouve donc bien dans l'activité professionnelle les éléments du processus volitionnel, de l'habitation, de la capacité de performance et de l'impact environnemental décrits dans le Modèle de l'Occupation Humaine.

### 3.2.2. Impact de la lésion cérébrale sur l'activité professionnelle

Une lésion cérébrale acquise peut avoir des répercussions majeures sur l'activité professionnelle.

Tout d'abord, les séquelles physiques et cognitives peuvent modifier la capacité de la personne à réaliser une partie ou l'ensemble des activités liées à son rôle telles qu'elle les accomplissait auparavant. Les difficultés peuvent se présenter autant dans des activités directement associées à sa mission professionnelle que dans des activités connexes telles que les déplacements pour se rendre sur le lieu de travail. Les locaux, l'aménagement du poste ou encore les outils de travail, offrant jusque-là un cadre sécurisant et stimulant, peuvent se révéler inadaptés à la nouvelle situation de la personne et faire obstacle à sa bonne participation. La survenue de situations d'échec peut alors doubler la perte de certaines capacités par une perte d'estime en ses capacités résiduelles.

Ensuite, les troubles du comportement et de la cognition sociale qui se retrouvent souvent après un TC peuvent engendrer des difficultés à respecter les codes implicites. Selon Guillemot (2012, p.6), « un salarié en situation de handicap peut donc ne pas être apte à répondre à l'intégralité des normes sociales et être rapidement marginalisé, placé hors du groupe, exclu sur le critère de la différence ».

Par ailleurs, l'activité professionnelle possède une dimension sociale importante. Or, l'environnement humain du salarié n'a pas toujours les clés pour le comprendre et le soutenir. Dans une étude menée au Royaume-Uni, Coole et al. (2013) ont ainsi montré que les employeurs sont souvent démunis pour aider leurs employés à reprendre le travail après un AVC car ils manquent de connaissances et d'expérience dans ce domaine. Ils font ainsi face à des problématiques émotionnelles et pratiques complexes face auxquelles ils manquent de ressources et d'accompagnement.

D'autre part, si les séquelles physiques et les difficultés qu'elles engendrent sont généralement perceptibles par l'entourage professionnel, les déficiences sensorielles, cognitives et comportementales représentent en revanche un handicap « invisible », tout comme la fatigue et les comorbidités psychiatriques. Selon le baromètre 2020 de l'Agefiph et de l'IFOP<sup>8</sup> sur la perception de l'emploi des personnes en situation de handicap par les dirigeants, les salariés et le grand public, seuls 7% des Français sont conscients que 80% des personnes en situation de handicap sont porteurs d'un handicap invisible. Les handicaps cognitifs sont ainsi largement méconnus, et donc peu considérés. Les comportements de la personne souffrant de tels handicaps peuvent ainsi être jugés de façon très péjorative par son entourage qui pourra lui

---

<sup>8</sup> Site internet de l'AGEFIPH consulté le 21/04/2021 à l'adresse <https://www.agefiph.fr/espace-presse/tous-les-documents-presse/barometre-agefiph-ifop-la-perception-de-lemploi-des>

reprocher un manque de bonne volonté, une paresse, une impulsivité et la qualifier de nonchalante ou colérique (Rubinstein, 2008 in Carlsberg, 2019).

Ainsi, comme le rappelle Guillemot (2012, p.7), « il y a handicap parce que les possibles du sujet sont limités par un environnement déjà là, porteur de normes et d'attendus [...] professionnels qui ne correspondent pas à ce que le sujet est en capacité de mobiliser dans cet environnement spécifique ».

En outre, les difficultés de l'individu ne se limitent pas à son exercice professionnel mais peuvent s'étendre à toutes les sphères de sa vie quotidienne et à tous les rôles qu'il souhaite assumer : en plus de l'effort demandé pour répondre à son rôle professionnel, la personne doit par exemple gérer ses soins et ses responsabilités familiales et personnelles, qui sont également plus coûteuses en énergie qu'auparavant. Son processus volitionnel et ses choix occupationnels peuvent donc être impactés.

Dans une telle situation de déséquilibre, provoquée par un bouleversement soudain, le processus d'adaptation occupationnelle peut ainsi être fragilisé par le nombre de facteurs d'influence.

### 3.3. Accompagner le changement

Au Québec, des chercheurs se sont intéressés à la réinsertion sociale après un TC : Selon eux, pour que celle-ci soit réussie, la personne doit s'engager dans une redéfinition de son projet de vie à travers « une démarche d'introspection dans laquelle la personne explore ses capacités et prend conscience de ses nouvelles incapacités pour cibler de nouveaux projets qui font sens pour elle et qui tiennent compte de ses limites, de ses savoirs, de ses compétences et de ses ressources » (Lefebvre et al., 2013, p.108). Sherer et al. (1998) ont montré une association positive entre une bonne conscience de soi et une reprise d'emploi. La conscience de soi correspond à la reconnaissance par le patient de ses propres forces et de ses propres limites, en particulier la capacité de comprendre la nature de son incapacité et d'en apprécier les répercussions.

Pour accompagner un individu dans son processus de changement, les différents éléments constitutifs du MOH peuvent être utilisés comme leviers. On peut ainsi s'appuyer sur ce que la personne aime et ce pour quoi elle éprouve de l'intérêt (volition) pour l'amener à s'engager dans de nouveaux projets qui la motivent. Medin et al. (2006) confirment ainsi que les possibilités de reprise du travail après un AVC sont soutenues par la motivation.

Il est aussi possible de s'appuyer sur ses habitudes de vie et schémas comportementaux (habitation). On peut également amener la personne à investir les domaines dans lesquelles elle se sent compétente, en accord avec ses capacités résiduelles (capacité de performance). Shaw et al. (2002) montrent qu'après un arrêt maladie, la perception subjective qu'a la personne de sa condition influence son retour au travail.

Enfin, on peut créer un environnement facilitant en apportant des modifications à l'environnement physique et organisationnel, en impliquant et en informant l'entourage humain, ou encore en mobilisant les ressources offertes par l'environnement institutionnel. L'influence de la posture des collègues sur la réussite de la réinsertion professionnelle après un AVC est ainsi citée par Medin et al.(2006), Wolfenden & Grace (2009) et Hartke & Trierweiler (2015). Ces derniers montrent aussi qu'un emploi du temps flexible constitue un élément facilitateur.

#### **4. Problématique**

Les lésions cérébrales acquises peuvent engendrer des séquelles sensori-motrices, cognitives, comportementales, et affectives ou psychologiques impactant négativement la réalisation de nombreuses habitudes de vie. Cette situation engendre une baisse de la participation sociale : la reprise d'une activité professionnelle représente notamment un problème récurrent. Or, il a été démontré qu'elle constitue un des piliers de l'identité professionnelle chez l'adulte et contribue à une meilleure qualité de vie perçue.

Des dispositifs publics d'accompagnement au retour à l'emploi existent. Néanmoins, les acteurs institutionnels tels que les organismes de placement spécialisés Cap Emploi et les médecins du travail ne sont pas nécessairement les mieux armés pour comprendre les spécificités liées à la lésion cérébrale.

Certaines structures, comme les UEROS, permettent spécifiquement d'accompagner le retour à la vie active des personnes cérébrolésées. Elles n'interviennent cependant qu'à distance de la lésion, après stabilisation des capacités et retour à domicile, tandis que la réadaptation proposée en structure de rééducation se centre souvent plutôt sur la reprise des activités de la vie quotidienne. Les équipes Comète, en revanche, proposent un accompagnement précoce – appelé Démarche Précoce d'Insertion Socio-Professionnelle – dont les effets en termes de taux de reprise d'emploi ont été démontrés.

Or, la lésion cérébrale représente un bouleversement important et brutal dans la vie de la personne concernée. Le processus continu d'adaptation occupationnelle, qui permet de maintenir un équilibre entre identité et compétence, est mis à mal. L'intervention des équipes Comète débute donc pendant une période d'instabilité et de reconstruction de la personne cérébrolésée.

L'ensemble de ces constats amènent à la question de recherche suivante : « **Dans quelle mesure la démarche précoce d'insertion socio-professionnelle soutient-elle l'adaptation occupationnelle chez les adultes cérébrolésés ?** »

## 5. Phase expérimentale

### 5.1. Protocole de recherche

#### 5.1.1. Objectif de la phase expérimentale

Afin de répondre à la question de recherche, il est apparu pertinent de collecter l'avis des professionnels utilisant la démarche précoce d'insertion socio-professionnelle (DPISP) auprès d'adultes cérébrolésés. L'approche pluriprofessionnelle étant une des caractéristiques de la DPISP, le choix a été fait de s'adresser à l'ensemble des professionnels impliqués dans les équipes Comète. L'objectif était d'identifier si, selon leur expérience, l'adaptation occupationnelle est influencée par leur accompagnement, et dans quelles limites. L'analyse des outils d'accompagnement utilisés, qui aurait pu constituer un autre axe de travail, a été exclue de la recherche.

#### 5.1.2. Choix de l'outil d'enquête

Pour mener cette étude, le questionnaire a été retenu comme moyen de collecte de données. Il permet de recueillir des éléments quantitatifs et qualitatifs auprès d'un grand nombre de participants. Dans le cas d'une population cible hétérogène, avec par exemple des professions et niveaux d'expérience variés, l'analyse du questionnaire permet de mesurer d'éventuelles corrélations entre les caractéristiques des répondants et leurs réponses, tout en conservant l'anonymat.

Pour obtenir des résultats exploitables et limiter les abandons en cours de questionnaire, il est important de veiller à la bonne formulation des questions, à leur enchaînement, aux options

de réponse proposées et à la durée de passation. En effet, un fois l'outil de collecte transmis à la population cible, le chercheur n'a plus la possibilité de modifier ni de préciser les différents items.

### **5.1.3. Elaboration du contenu**

Le questionnaire est construit autour de deux thèmes principaux, qui sont d'une part l'effet de la lésion cérébrale sur l'adaptation occupationnelle de la personne, et d'autre part l'influence de la DPISP sur l'adaptation occupationnelle. Une matrice regroupant les concepts utilisés ainsi que les critères et indicateurs associés a été établie et a servi de base à l'élaboration du questionnaire (cf. annexes 3 et 4). Une attention particulière a été portée à la formulation des questions afin que celles-ci soient compréhensibles par tous même si certains concepts abordés sont propres à l'ergothérapie.

Le questionnaire est structuré en 4 parties, précédées d'un message explicatif d'introduction présentant la démarche, la population cible, et indiquant le temps de passation estimé. L'ensemble des questions a été rendu obligatoire afin de conserver un nombre représentatif de réponses pour chaque item.

La première partie du questionnaire correspond à des renseignements socio-démographiques destinés à l'analyse des réponses : fonction occupée, ancienneté en équipe Comète, et niveau d'expérience auprès d'adultes cérébrolésés. L'utilisation de listes de pointage a été retenue pour cette partie afin de faciliter les réponses.

La deuxième partie s'intéresse à l'impact de la lésion cérébrale sur l'identité et la compétence occupationnelle de la personne. Elle est constituée d'une question fermée, de façon à obtenir des informations ciblées permettant de répondre à la question de recherche, et d'une question ouverte permettant de collecter des avis plus qualitatifs. La question fermée propose 11 affirmations par rapport auxquelles le professionnel doit se positionner à l'aide d'une échelle de Likert à 4 valeurs : « pas du tout d'accord », « plutôt en désaccord », « plutôt d'accord », « tout à fait d'accord ».

La troisième partie concerne la DPISP. Elle est composée de 2 questions fermées du type « échelle de Likert », constituées respectivement de 14 et 6 items.

Enfin, la dernière partie du questionnaire s'intéresse au devenir des personnes cérébrolésées à l'issue de leur accompagnement par Comète. Elle est constituée d'une question de type « échelle de Likert » à 7 propositions et d'une question ouverte. Une option de réponse

« je ne sais pas » a été ajoutée à l'échelle de Likert pour cette partie car tous les professionnels interrogés n'ont pas nécessairement suffisamment de recul pour se prononcer. La question ouverte portait sur les freins au retour à l'emploi. Pour plus de clarté, la notion d'emploi a été ici assimilée à « une activité exercée à titre principal et à visée majoritairement économique, puisqu'elle doit permettre à son auteur d'acquérir des revenus lui procurant les ressources nécessaires à son existence et à celle de sa famille » (Gardes, 2009, p.137). Le terme retenu a donc été celui d'activité professionnelle rémunérée.

Le questionnaire a été testé auprès du directeur de mémoire encadrant cette recherche. Bien que celui-ci ne corresponde pas exactement à la population cible car n'exerçant pas en équipe Comète, ce choix a été motivé par sa connaissance du fonctionnement des unités Comète et son expérience dans l'accompagnement d'adultes cérébrolésés. Cette étape de vérification a permis de valider la formulation et l'enchaînement des questions. La durée de passation, estimée à 15 minutes, a également été confirmée. Une question a par ailleurs été ajoutée à la suite de ce test pour affiner le questionnaire.

#### **5.1.4. Mise en forme et diffusion**

Le questionnaire a été créé en ligne afin de faciliter sa diffusion et d'exporter plus facilement les données sous format informatique afin de les analyser. L'outil Framiforms, qui garantit l'anonymat des données et leur non-conservation au-delà de 6 mois, a été retenu.

Pour diffuser l'enquête, la direction nationale de Comète France a d'abord été sollicitée pour que le questionnaire soit transmis par mail à l'ensemble des intervenants Comète. Cette démarche n'ayant malheureusement pas abouti, les établissements bénéficiant d'une équipe Comète – dont la liste est accessible sur le site de l'association – ont été contactés individuellement. Le lien d'accès au questionnaire a ainsi été envoyé à 33 professionnels d'unités Comète différentes, en leur demandant de le transférer aux autres membres de leur équipe. Il est donc difficile d'évaluer combien de personnes ont en tout eu accès à l'enquête. Le nombre de retours attendus afin de considérer les résultats exploitables a été fixé arbitrairement à 30.

## **5.2. Présentation des résultats**

La collecte de données a été clôturée après trois semaines de diffusion du questionnaire, auquel 37 professionnels ont répondu. Les questions fermées ont été traitées de façon quantitative. Lorsque la comparaison des données ne permettait pas de dégager de tendance

nette, une étude des éventuelles corrélations entre le profil des répondants et les réponses a été réalisée à l'aide du test du  $\chi^2$ . Les questions ouvertes ont été traitées selon la technique de l'analyse de contenu telle que décrite par Bardin (2013).

### 5.2.1. Caractéristiques des répondants

Parmi les 37 répondants, 9 professions étaient représentées selon la répartition décrite dans la figure 1. Les ergonomes, psychologues du travail et ergothérapeutes sont les professionnels les plus représentés. On remarque que la somme totale des pourcentages indiqués dans la figure 1 est supérieure à 100% : en effet, 22% des professionnels ayant répondu occupent deux fonctions au sein de leur équipe. Il s'agit dans 7 cas sur 8 d'une double fonction ergonome/psychologue ou ergonome/ergothérapeute. La catégorie « autres » regroupe une chargée d'insertion, une secrétaire médicale, et un formateur conseiller en insertion.

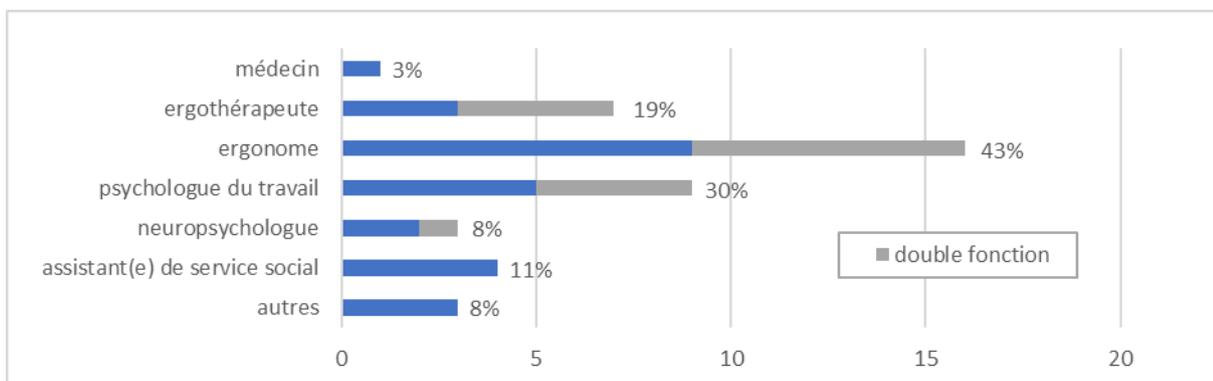


Figure 1 : Fonctions occupées par les répondants en équipe Comète (nombre de réponses en abscisse)

On retrouve une distribution relativement homogène de l'ancienneté en équipe Comète des différents participants (cf. figure 2).

D'autre part, 97% des professionnels interrogés ont répondu accompagner des adultes cérébrolésés dans leur réinsertion professionnelle « souvent » ou « parfois ».

Une seule personne a déclaré accompagner « rarement » des adultes cérébrolésés. Ses réponses ont cependant été conservées car il a été considéré que son ancienneté en équipe Comète (3-5 ans) compensait cette faible fréquence.

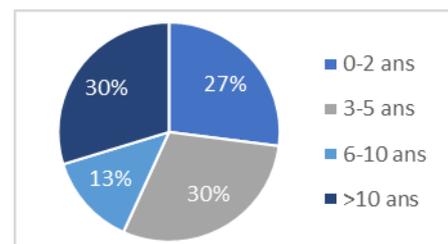


Figure 2 : Ancienneté en équipe Comète des répondants

## 5.2.2. Impact de la lésion cérébrale sur l'identité et la compétence

### 5.2.2.1. Analyse quantitative

La 4<sup>ème</sup> question du questionnaire proposait 12 affirmations portant sur l'impact de la lésion cérébrale, avec lesquelles il était demandé d'indiquer son degré d'accord. Les 7 premiers items étaient associés au concept d'identité occupationnelle et les 5 suivants au concept de compétence occupationnelle.

Les participants se montrent dans une large majorité d'accord avec l'idée que la lésion cérébrale a un effet sur l'identité occupationnelle avec une modification de la causalité personnelle (item 4.1), des intérêts (4.2), des rôles (4.4) et du processus volitionnel (4.5, 4.6 et 4.7). Les avis sont cependant très divisés concernant l'évolution des valeurs de la personne après une LCA (item 4.3) : 51% des personnes estiment globalement que les valeurs évoluent, tandis que 49% sont plutôt en désaccord avec cette idée (cf. figure 3).

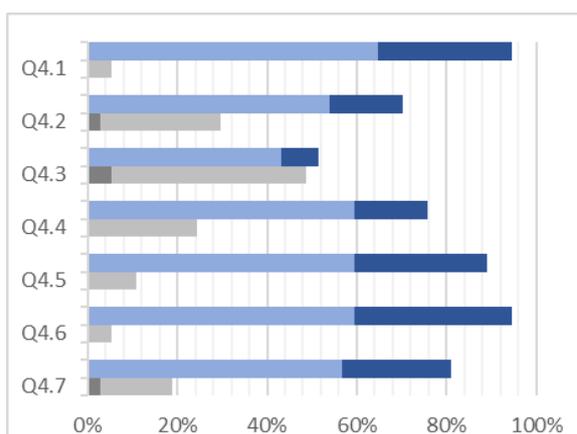


Figure 3 : Impact de la lésion cérébrale sur l'identité occupationnelle

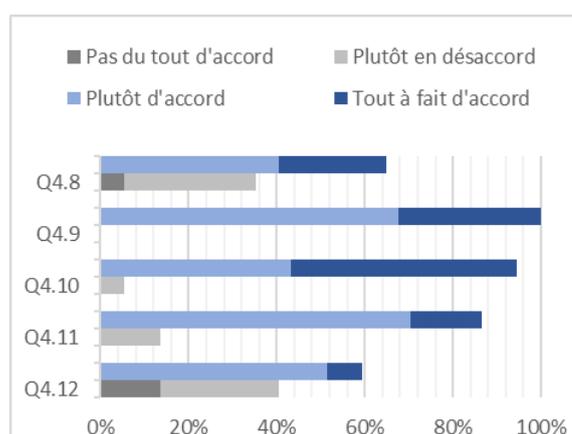


Figure 4 : Impact de la lésion cérébrale sur la compétence occupationnelle

Les items concernant l'impact de la lésion cérébrale sur la compétence occupationnelle remportent eux-aussi majoritairement l'adhésion des participants (cf. figure 4). Les avis sont très nets en ce qui concerne la diminution de la capacité de la personne à réaliser ses activités selon ses propres standards de performance (4.9), la remise en question de ses habitudes de vie (4.10) et la réduction de ses opportunités d'action (4.11). Les réponses relatives à l'impact sur le projet de vie global de la personne (4.12) et à la difficulté à s'investir dans les rôles souhaités (4.8) décrivent une tendance moins franche. Pour

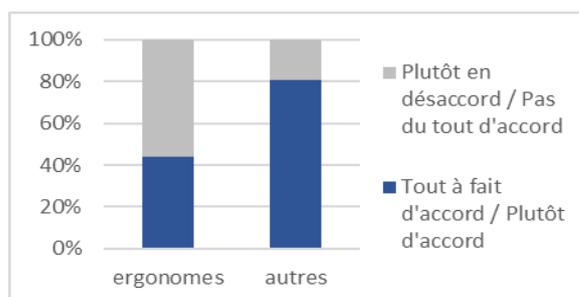


Figure 5 : Variation dans les réponses à l'item 4.8 selon la fonction occupée

cette dernière question, on remarque que les ergonomes tendent à se montrer plutôt en désaccord avec l'existence de difficultés, tandis que les autres professionnels se disent au contraire plutôt d'accord (cf. figure 5). Le test du  $\chi^2$  révèle une différence significative ( $\chi^2$  (dl = 1 ; N = 37) = 5,812,  $p < 0,05$ ) indiquant qu'il existe bien une relation entre la fonction occupée par le professionnel dans l'équipe Comète et sa vision des difficultés rencontrées par les patients accompagnés à s'investir dans des rôles qui leur tiennent à cœur.

#### 5.2.2.2. Analyse qualitative

La question 5 proposait un recueil qualitatif des principales problématiques auxquelles sont confrontées les adultes cérébrolésés dans leur retour à l'emploi. Après analyse, quatre groupes de réponses ont été identifiés : facteurs liés aux capacités, difficultés identitaires, anosognosie, et facteurs environnementaux.

Des difficultés engendrées par la perte de capacités sont spontanément citées par 65% des répondants. Les difficultés cognitives, telles que les troubles des fonctions exécutives et les troubles mnésiques et de concentration, sont les plus fréquemment évoquées. La fatigabilité est également une difficulté récurrente, ainsi que les troubles comportementaux et de cognition sociale. L'ensemble des baisses de capacités observées ne permettent plus aux personnes cérébrolésées de s'adapter aux exigences du monde du travail, ce qui se traduit par une baisse de leurs compétences en tant que travailleurs. La perte de capacités motrices est moins fréquemment évoquée. La question du transport, lorsque la reprise de la conduite n'est pas possible, est mentionnée par deux personnes.

35% des répondants décrivent par ailleurs des difficultés identitaires. Accepter de vivre avec son handicap et de réaliser son travail différemment – voire seulement partiellement – demande un travail de reconstruction. L'image de soi – autant d'un point de vue personnel que professionnel – est impactée, ainsi que l'estime et la confiance en soi, et la capacité d'efficacité personnelle. Face à ce bouleversement, les professionnels observent des difficultés de projection dans le futur proche ou lointain, associées à une baisse de motivation, une passivité et un manque d'initiatives. Le processus de reconstruction et de réinsertion varie selon le rapport de la personne au travail et la signification qu'elle donne à celui-ci.

Les problématiques liées à l'anosognosie sont mentionnées par 38% des professionnels. Ce manque de conscience de ses propres troubles, voire leur déni total, peut entraîner une précipitation dans le retour à l'emploi, qui peut engendrer des situations d'échec répétées entraînant à leur tour une perte de confiance et d'estime de soi. Les professionnels évoquent

l'importance de lever cette anosognosie pour avancer. Certains estiment cependant qu'un écart a tendance à persister entre la réalité de la situation et les souhaits de la personne, qui sont liés à sa capacité d'analyse et d'acceptation de ses troubles.

Enfin, des facteurs environnementaux – principalement humains et administratifs – sont évoqués par 43% des participants à l'enquête. En effet, la méconnaissance par les collègues et la hiérarchie du handicap invisible – constitué par les troubles cognitifs, comportementaux, ou encore la fatigue – engendre une incompréhension et des tensions. Ce manque de conscience de l'impact de ces troubles peut parfois être partagé par le médecin du travail et la MDPH : l'obtention de la RQTH et la mise en place d'aménagements peuvent alors être compliquées.

Un des professionnels ayant répondu au questionnaire résume ainsi l'ensemble des difficultés rencontrées : « Les personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise verbalisent un avant/après dans leur vécu. Cela induit la nécessité de "faire avec" un nouveau fonctionnement, dont il faut d'abord prendre conscience pour espérer s'engager dans un projet de vie qui soit le plus compatible possible avec leurs capacités et limitations, ainsi que leur désir et motivation. Cette considération générale se doit d'être confrontée à la singularité de la personne et son environnement de travail ».

### 5.2.3. Démarche précoce d'insertion socio-professionnelle

Les questions 8 et 9 concernaient l'accompagnement proposé dans le cadre de la DPISP. Elles avaient pour objectif d'évaluer sur quels éléments de la volition, de l'habituation, de la capacité de performance et de l'environnement, la DPISP prenait appui et lesquels elle faisait évoluer.

Les items relatifs à la volition (items 8.1 à 8.7) remportent une forte adhésion : on retrouve, pour chaque proposition, plus de 50% de professionnels « tout à fait d'accord », et 80 à 100% de personnes exprimant un accord

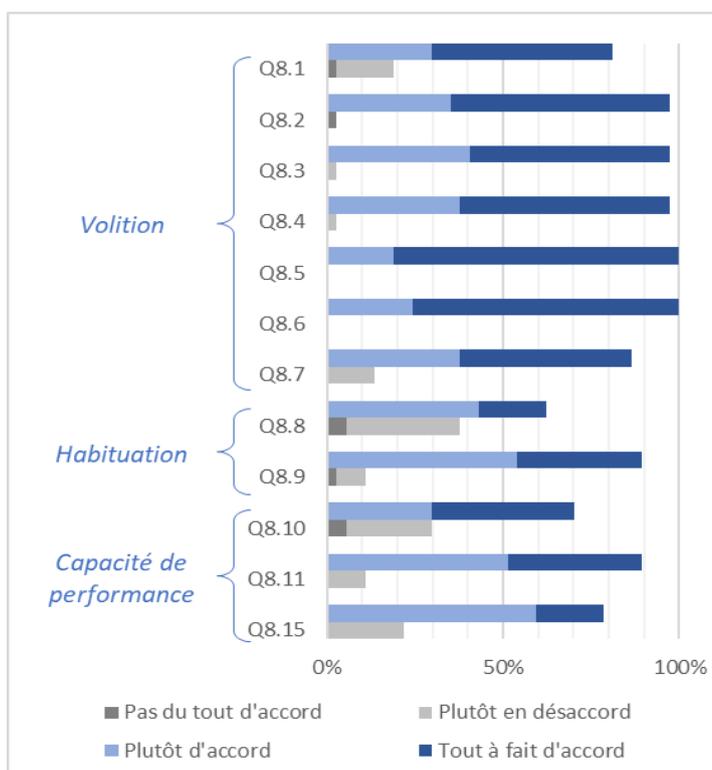


Figure 6 : Prise en compte de la volition, de l'habituation, et de la capacité de performance

partiel ou total (cf. figure 6). Ainsi, la démarche d'insertion professionnelle doit s'appuyer sur la demande de la personne accompagnée et sur ses valeurs et intérêts. La DPISP soutient par ailleurs la motivation de la personne et l'aide à prendre conscience, questionner et réévaluer ses priorités et attentes.

Avoir conscience de ses forces et limites (item 8.10) est un prérequis à la démarche de réinsertion pour 71% des personnes. Plus de 75% des professionnels estiment qu'une prise de conscience des forces et limites s'effectue au cours du suivi (8.11), et que celui-ci permet l'acquisition ou la réacquisition d'habiletés et compétences nécessaires à la vie professionnelle (8.15). Seuls 62% des professionnels interrogés estiment que le projet professionnel défini doit être en accord avec les habitudes de vie et rôles sociaux antérieurs de la personne (item 8.8). Ce taux monte cependant à 100% chez les ergothérapeutes et à 81% chez les ergonomes, mais descend à 36% chez les psychologues du travail (cf. figure 7).

Pour chacune de ces 3 professions, un test du  $\chi^2$  a été réalisé et a révélé une différence significative indiquant qu'il existait bien une relation entre la fonction occupée dans l'équipe Comète et l'importance accordée aux habitudes de vie et rôles sociaux antérieurs dans la définition du projet professionnel :  $\chi^2$  ergonomes (dl = 1 ; N = 37) = 4,367, p < 0,05 ;  $\chi^2$  ergothérapeutes (dl = 1 ; N = 37) = 5,255, p < 0,05 ;  $\chi^2$  psychologues du travail (dl = 1 ; N = 37) = 4,430, p < 0,05.

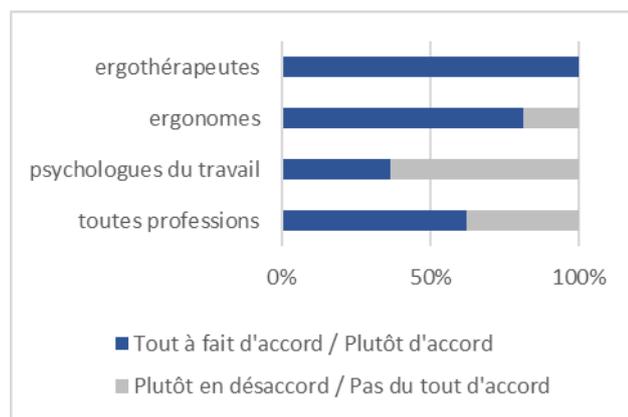


Figure 7 : Variation dans les réponses à l'item 8.8 selon la fonction occupée

En revanche, plus de 90% de l'ensemble des professionnels pensent que la DPISP permet la mise en place de nouvelles habitudes de vie (8.9).

Trois items portaient spécifiquement sur l'intérêt de la précocité de la démarche de réinsertion (cf. figure 8). Les réponses obtenues montrent que l'implication dans un processus de retour à l'emploi favorise l'investissement dans les activités de rééducation (item 8.12). Ces dernières sont

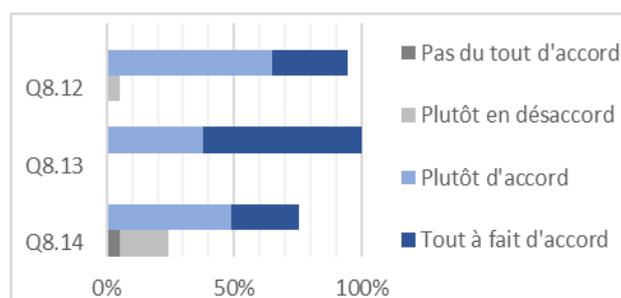


Figure 8 : Intérêt de l'accompagnement précoce

ajustées en fonction du projet professionnel défini (8.14), qui est lui-même réévalué en fonction des évolutions dans les activités de rééducation et réadaptation (8.13). Il y a donc un lien fort entre le processus de rééducation et l'initiation précoce de la démarche de réinsertion professionnelle.

Agir sur les aspects physiques (item 9.1), administratifs (9.4) et humains (9.3) de l'environnement est considéré comme très important voire essentiel par plus de 80% des professionnels ayant répondu au questionnaire. Ce taux s'élève même à 100% pour les aspects organisationnels de l'activité de travail (9.2), avec 68% de personnes évaluant qu'il s'agit d'un élément essentiel. Les mises en situation en milieu écologique (9.6) sont plébiscitées par 92% des répondants. Les avis sur les mises en situation en milieu simulé (9.5) sont divisés : elles sont peu à assez importantes pour 51 % des professionnels, et très importantes, voire essentielles, pour 49%.

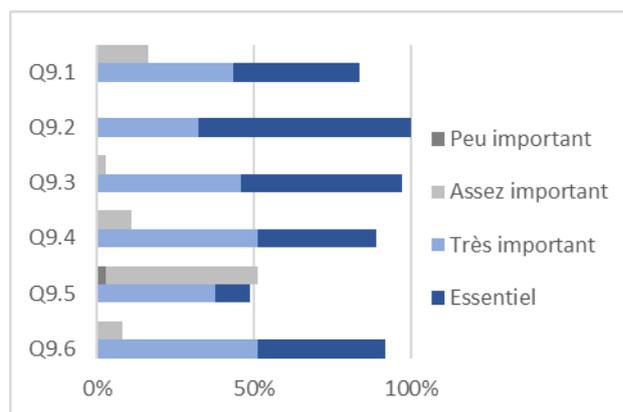


Figure 9 : Importance d'agir sur l'environnement pour favoriser la réinsertion

#### 5.2.4. Issue de l'accompagnement

Différentes issues sont observées à la fin de l'accompagnement par la DPISP. Un retour au poste précédent (item 10.1) ou à un autre poste dans la même entreprise (10.2) est parfois possible. La reconversion professionnelle (10.4) est la proposition qui remporte le plus d'adhésion avec 97% des professionnels déclarant que cela arrive parfois à souvent. En revanche, un retour à un poste similaire dans une autre entreprise (10.3) est « rarement » à « jamais » observé pour 75% des répondants. 89% des répondants indiquent que leur accompagnement est poursuivi « parfois » à « souvent » par une autre structure, comme par exemple une UEROS (10.6). L'item 10.7 portait sur la poursuite d'études : seules les réponses des professionnels ayant indiqué accompagner des personnes en formation avant leur

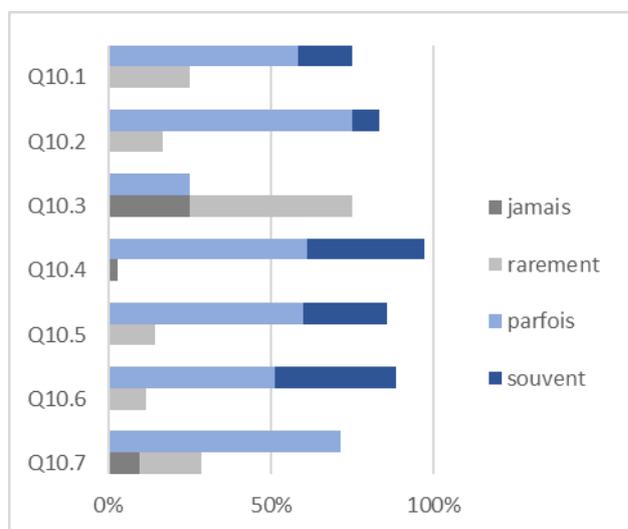


Figure 10 : Issues possibles à la DPISP

lésion cérébrale (question 7) ont été considérées. Parmi ces professionnels, 71% estiment que les personnes cérébrolésées poursuivent parfois leurs études, et 29% que c'est rarement, voire jamais, le cas. Enfin, 86% des personnes interrogées indiquent qu'un abandon du projet de réinsertion professionnelle se produit parfois à souvent (item 10.5).

Enfin, la dernière question de l'enquête proposait aux participants d'énoncer les situations dans lesquelles le retour à l'emploi n'est finalement pas possible :

Le facteur le plus souvent cité est l'importance des séquelles cognitives et comportementales, qu'il n'est pas toujours possible de compenser par des adaptations. De même, l'impossibilité de reprendre la conduite, lorsqu'elle est associée à une situation géographique ne permettant pas d'autres modes de déplacements pour se rendre sur le lieu de travail, peut être la cause d'une non reprise du travail.

La notion de choix de la personne cérébrolésée revient également à plusieurs reprises lorsque la reprise professionnelle n'est envisageable qu'en milieu protégé (ESAT), que la personne ne se sent pas capable d'assumer de façon satisfaisante son rôle professionnel en plus de ses autres rôles sociaux, ou encore lorsque des intérêts externes existent comme une procédure d'indemnisation du préjudice. Dans de telles situations, la personne cérébrolésée peut faire le choix de se détourner de l'activité professionnelle rémunérée. Elle a alors besoin d'être accompagnée dans l'élaboration d'un autre projet de vie avec mise en place d'activités non rémunérées lui permettant de s'épanouir dans d'autres rôles sociaux. Un relai vers des partenaires extérieurs peut souvent être nécessaire.

Enfin, la problématique de la durée de l'accompagnement est également mentionnée par plusieurs professionnels. En effet, les capacités de la personne cérébrolésée évoluent lentement et de façon non linéaire, tout comme sa prise de conscience. Un retour progressif au travail avec des périodes d'essai et d'ajustement longues est souvent nécessaire. Un arrêt trop précoce de l'accompagnement peut donc nuire à un retour pérenne à l'emploi. Dans le cas d'un projet de réorientation professionnelle, l'accompagnement doit pouvoir se maintenir tout au long de la construction du projet, puis pendant la période de formation et jusqu'à l'intégration dans le nouveau cadre de travail. Il est aussi souligné qu'un aménagement fonctionnel au moment de la reprise peut ne plus l'être des mois ou des années plus tard en fonction de l'évolution de la personne et de son contexte de vie et de travail : sans interlocuteur ponctuellement disponible en cas de besoin pour accompagner les changements, un risque de désengagement de la personne existe, qui peut se traduire par une rupture avec le monde professionnel.

## 5.3. Discussion

### 5.3.1. Interprétation des résultats

L'analyse des réponses obtenues met en lumière plusieurs éléments de réponse à la problématique : « Dans quelle mesure la démarche précoce d'insertion socio-professionnelle soutient-elle l'adaptation occupationnelle chez les adultes cérébrolésés ? ».

Les réponses au questionnaire confirment que la personne cérébrolésée fait face à un ensemble d'atteintes fonctionnelles qui altèrent sa compétence occupationnelle, y compris dans le domaine professionnel. Par ailleurs, des changements identitaires sont également observés, avec une modification des centres d'intérêt et des rôles que la personne souhaite assumer, et des difficultés à s'accepter. Un travail de reconstruction est nécessaire pour retrouver estime et confiance en soi, mais la capacité à se projeter dans le futur et à entreprendre est également souvent altérée. L'ensemble de ces difficultés peut être aggravé par un contexte environnemental peu soutenant, notamment dans le cadre professionnel. Enfin, on constate souvent un décalage entre la conscience qu'ont les personnes cérébrolésées de leurs propres troubles et la réalité. Cet élément vient encore compliquer l'atteinte d'un nouvel équilibre entre une identité et une compétence occupationnelles modifiées. Un accompagnement semble donc effectivement utile.

L'analyse des données montre que la DPISP agit sur les différentes dimensions de la personne telles que définies dans le MOH : volition, habitude, et capacité de performance. Le bénéficiaire est en effet accompagné dans la découverte ou la redéfinition de ses priorités et attentes professionnelles, mais également dans l'acquisition de nouvelles compétences, dans la démarche de prise de conscience de ses forces et limites et dans la mise en place de nouvelles habitudes de vie. Selon les professionnels interrogés, l'accompagnement précoce dans une démarche de réinsertion socio-professionnelle permet de soutenir l'engagement du patient dans ses activités de réadaptation. On peut donc supposer que cela augmente son potentiel de récupération. Par ailleurs, le projet professionnel et les activités de réadaptation sont mutuellement ajustées. Cette précocité semble donc permettre d'une part d'orienter la rééducation du patient vers ses besoins professionnels, favorisant ainsi un meilleur niveau de compétence, mais également de l'aider à développer un projet cohérent avec ses capacités, et donc plus réaliste. La nécessité de prendre en compte le contexte environnemental global de la personne pour permettre son retour à l'emploi est également mise en avant, avec la mise en place d'adaptations de l'environnement physique et de l'organisation de l'activité de travail,

ainsi qu'un accompagnement de l'entourage humain et une aide aux démarches administratives. Nous pouvons donc dire que, selon les réponses données par les professionnels, la DPISP permet effectivement de soutenir le processus d'adaptation occupationnelle en agissant sur l'ensemble des éléments de la personne et de l'environnement permettant la mise en place d'une identité et d'une compétence occupationnelle cohérentes.

L'enquête a cependant également mis en avant des limites à cet accompagnement. Tout d'abord, pour entamer une démarche de réinsertion, il apparaît nécessaire que la personne ait un certain niveau de conscience de ses forces et limites, que l'accompagnement viendra ensuite renforcer. Il est également important que l'envie de reprendre une activité professionnelle vienne du patient.

Par ailleurs, le processus d'élaboration et de concrétisation d'un projet professionnel peut être long pour les personnes cérébrolésées. L'accompagnement proposé par les équipes Comète n'est donc pas toujours suffisant. Un relais, par exemple vers une unité UEROS, peut donc être nécessaire pour poursuivre l'accompagnement. Il s'agit cependant là aussi d'un accompagnement limité dans le temps. Or, quelques réponses suggèrent que des difficultés professionnelles peuvent survenir à distance de l'accompagnement, après une réinsertion réussie. Ceci laisse penser que le processus d'adaptation occupationnelle reste fragile : après arrêt de l'accompagnement, la personne cérébrolésée n'est pas toujours capable de faire face d'elle-même à des changements survenant dans son environnement, ses compétences ou son identité.

Enfin, l'abandon du projet professionnel apparaît comme une issue fréquente de la DPISP. Elle peut être choisie par la personne, mais également plus ou moins subie en raison de séquelles trop importantes et de facteurs environnementaux empêchant la mise en place d'adaptations et compensations adéquates. Il semble donc important de se poser la question du non-retour à l'emploi : comment accompagner cette prise de décision pour qu'elle soit acceptée et bien vécue ? Quelles alternatives à l'emploi rémunéré peuvent être envisagées pour maintenir une réinsertion sociale ? D'autre part, dans la littérature, le succès des démarches d'accompagnement à la réinsertion socio-professionnelle est principalement mesuré par le taux de retour à l'emploi : peut-on pourtant considérer que l'accompagnement est un échec s'il ne se traduit pas par un retour à l'emploi ? Autrement dit, le non-retour à l'emploi, s'il est accueilli de façon positive par la personne concernée et qu'il est accompagné d'un projet de vie, peut-il être assimilé à un projet professionnel ?

### 5.3.2. Validité et limites des résultats obtenus

Différentes limites à ce travail de recherche peuvent être relevées.

Tout d'abord, le questionnaire s'adressait exclusivement aux professionnels travaillant en équipe Comète. Les réponses recueillies représentent donc leur avis subjectif sur l'effet de leur accompagnement, mais ne constituent pas des éléments objectifs.

D'autre part, on sait que les séquelles et situations peuvent varier fortement d'une personne cérébrolésée à l'autre. Or, les questions concernaient d'une façon générale les personnes cérébrolésées suivies en centre de rééducation, ce qui peut recouvrir des réalités variées. On peut donc supposer que chaque professionnel a répondu en ayant son propre « patient type » en tête. On remarque aussi que les participants optent majoritairement pour des réponses nuancées du type « plutôt d'accord » ou « plutôt en désaccord » plutôt que pour des réponses absolues dans la plupart des questions. Le nombre limité de réponses, bien qu'il soit suffisant pour dégager des tendances, ne permet peut-être pas de compenser ce biais.

Par ailleurs, certaines professions sont très peu représentées. On constate notamment qu'un seul médecin a répondu au questionnaire, ce qui questionne la représentativité des résultats. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces sous-représentations. Il est possible que certains professionnels ne se soient pas sentis suffisamment experts de l'accompagnement de personnes cérébrolésées pour participer à l'enquête. En effet, selon les équipes, il arrive que certains professionnels soient plus spécifiquement en charge que les autres du suivi de cette population. En ce qui concerne les médecins, il est probable que leur rôle de coordination au sein des équipes Comète ne représente qu'un petit pourcentage de leur temps de travail. La participation au questionnaire proposé ne constituait donc peut-être pas une priorité.

Les différents tests du  $\chi^2$  réalisés ont révélé des liens significatifs entre le profil des répondants et leurs réponses pour seulement deux items sur l'ensemble du questionnaire. On peut donc dire que d'une façon globale la profession et l'expérience des répondants a peu d'influence sur leur vision de l'accompagnement précoce à la réinsertion socio-professionnelle d'adultes cérébrolésés. Les membres des équipes Comète semblent partager une vision trans-professionnelle.

## 6. Conclusion

Ce travail de recherche s'intéressait à l'accompagnement des personnes cérébrolésées, dont la réinsertion professionnelle apparaît plus complexe que pour d'autres populations, notamment en raison des troubles cognitifs et comportementaux qui sont difficiles à appréhender et à compenser.

On constate qu'en SSR, il peut être difficile d'intégrer la problématique de la réinsertion professionnelle à la prise en soins par manque de ressources adaptées, bien que les équipes soient sensibles à son importance. Certains établissements bénéficient toutefois de la présence d'équipes Comète, qui proposent un accompagnement précoce à la réinsertion socio-professionnelle, y-compris pour les personnes cérébrolésées.

Agir sur le projet professionnel dès la phase de rééducation et réadaptation pose cependant question. D'un côté, l'activité professionnelle représente une part importante des occupations de l'adulte et participe à son identité. Il semble donc utile de l'intégrer au plus tôt dans le suivi des patients. Dans le même temps, la stabilisation des séquelles après une lésion cérébrale est souvent longue et complexe, mêlant des phases d'amélioration, de plateau, mais aussi de régression. La prise de conscience et l'acceptation de ses propres capacités est également difficile. Il peut donc paraître précipité de questionner le projet professionnel dans cette phase d'incertitude.

Cette étude avait ainsi pour but de mieux comprendre les avantages et limites d'un accompagnement précoce, ainsi que ses effets sur le processus de reconstruction de la personne cérébrolésée. Notre raisonnement s'est appuyé sur le modèle de l'occupation humaine, qui décrit qu'au cours de notre vie, le développement de nos compétences, des éléments de notre identité, et nos choix occupationnels sont liés les uns aux autres et dépendent de l'influence de l'environnement. Nous évoluons donc, dans notre vie professionnelle comme dans notre vie personnelle, à travers un processus continu d'ajustements entre ce que nous sommes et ce que nous faisons.

Une enquête menée auprès de 37 professionnels exerçant en équipe Comète a permis d'apporter des éléments de réponse à notre questionnement. Selon les résultats obtenus, l'accompagnement d'une personne cérébrolésée à la réinsertion professionnelle ne peut être entrepris qu'à partir d'un certain niveau de conscience de ses propres troubles. L'accompagnement précoce participe cependant à développer encore cette prise de conscience. Il accompagne l'évolution du projet professionnel, soutient la motivation et l'engagement de la

personne dans ses activités de rééducation et réadaptation, et permet d'anticiper le retour à l'emploi en travaillant à la mise en place d'un environnement adapté. On note toutefois qu'une démarche précoce n'est pas toujours suffisante et constitue parfois seulement une étape préalable à un suivi par une autre structure spécialisée, comme une UEROS. Enfin, l'accompagnement n'aboutit pas nécessairement à un retour à l'emploi.

Plusieurs questions ont ainsi été soulevées à l'issue de ce travail et constituent de nouvelles pistes de recherche : Quel accompagnement peut être proposé à long terme à la personne cérébralisée ayant repris le travail, pour la soutenir en cas d'évolutions ou de changements dans sa situation personnelle et professionnelle ? Comment accompagner le non-retour à l'emploi afin qu'il soit vécu de façon positive ? Par ailleurs, les équipes Comète n'étant pas en place dans tous les SSR, quel autre accompagnement peut être mis en place pour initier la prise en compte du projet professionnel des personnes cérébralisées au cours de la phase de réadaptation ?



## Bibliographie

Albert, E., Bournois, F., Duval-Hamel, J., Rojot, J., Roussillon, S., & Sainsaulieu, R. (2006). *Pourquoi j'irais travailler* (2ème édition). Eyrolles.

Association Comète France, Société Française de Médecine du Travail, & Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation. (2011). *Recommandations de bonne pratique : Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation* [Recommandations]. HAS. <http://www.cometefrance.com/wp-content/uploads/2018/04/DPISP-Recommandations-septembre-2011.pdf>

Auge, C., Massonneau, A., & D'Apolito, A.-C. (2019). L'intérêt de la double compétence ergonomiste-ergothérapeute au sein de l'unité d'insertion socio-professionnelle Comète France de Garches. *Ergothérapies*, 74, 33-40.

Azouvi, P., Peskine, A., Vallat-Azouvi, C., Couillet, J., Asloun, S., & Pradat-Diehl, P. (2008). Les troubles des fonctions exécutives dans les encéphalopathies post-traumatiques et post-anoxiques. In O. Godefroy & GREFEX, *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques : Evaluation en pratique clinique* (p. 65-92). Solal.

Azouvi, P., Vallat-Azouvi, C., & Belmont, A. (2009). Cognitive deficits after traumatic coma. *Progress in Brain Research*, 177, 89-110. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(09\)17708-7](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(09)17708-7)

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu* (2ème édition). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm>

Bayen, É., Jourdan, C., Azouvi, P., Weiss, J.-J., & Pradat-Diehl, P. (2012). Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien. *L'information psychiatrique*, 88(5), 331-337. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0331>

Carlsberg, M. (2019). *Processus psychologiques, qualité de vie et devenir professionnel après lésion cérébrale acquise. Une étude longitudinale auprès de patients participant à un programme d'aide à l'intégration communautaire*. [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. <http://www.theses.fr/2019BORD0235>

Comète France. (2021). *Rapport national d'activité 2019*.  
<https://www.cometefrance.com/rapports-dactivites>

Coole, C., Radford, K., Grant, M., & Terry, J. (2013). Returning to work after stroke : Perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(3), 406-418. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9401-1>

Csikszentmihályi, M. (1990). *Flow : The psychology of optimal experience* (Harper&Row).

de la Heras de Pablo, C.-G., Fan, C.-W., & Kielhofner (posthume), G. (2017). Dimensions of Doing. In R. R. Taylor, *Kielhofner's Model Of Human Occupation : Theory and application* (5<sup>e</sup> éd., p. 107-122). Wolters Kluwer Health.

Desouza, M., Sycamore, M., Little, S., & Kirker, S. G. B. (2007). The Papworth Early Rehabilitation Programme : Vocational outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 29(8), 671-677. <https://doi.org/10.1080/09638280600926538>

Doucet, T., Muller, F., Verdun-Esquer, C., Debelleix, X., & Brochard, P. (2012). Returning to work after a stroke : A retrospective study at the Physical and Rehabilitation Medicine Center "La Tour de Gassies". *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(2), 112-127. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.01.007>

Dubois, A.-A., Massonneau, A., D'Apolito, A.-C., & Bensmail, D. (2016). Intérêt de la démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle pour favoriser la réinsertion des personnes en situation de handicap hospitalisées en médecine physique et de réadaptation. *Ergothérapies*, 61, 27-33.

Fadyl, J. K., & McPherson, K. M. (2009). Approaches to vocational rehabilitation after traumatic brain injury : A review of the evidence. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(3), 195-212. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e3181a0d458>

Fisher, G., Parkinson, S., & Haglund, L. (2017). The Environment and Human Occupation. In R. R. Taylor, *Kielhofner's Model Of Human Occupation : Theory and application* (5<sup>e</sup> éd., p. 91-106). Wolters Kluwer Health.

Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Presses de l'université de Laval.

Fray, A.-M., & Picouveau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : Une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38(8), 72-88. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/mav.038.0072>

Gardes, D. (2009). Le bénévolat, un « véritable » travail ? Aspects juridiques. *Empan*, 74(2), 136-140. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/empa.074.0136>

Garner, H., Méda, D., & Sénik, C. (2006). La place du travail dans les identités. *Economie et Statistique*, 393-394, 21-40. <https://doi.org/10.3406/estat.2006.7140>

Guillemot, V. (2012). Evaluer l'intégration de salariés en situation de reconversion professionnelle : Quels effets sur les identités professionnelles et sur les organisations ? *Éducation permanente, Supplément AFPA*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01443961>

Hartke, R. J., & Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(5), 326-334. <https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044>

Haute Autorité de Santé. (2019). *Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC - note de problématique*. Haute Autorité de Santé. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Jmor, F., Emsley, H. C. A., Fischer, M., Solomon, T., & Lewthwaite, P. (2008). The incidence of acute encephalitis syndrome in Western industrialised and tropical countries. *Virology Journal*, 5. <https://doi.org/10.1186/1743-422X-5-134>

Jourdan, C., Bayen, E., Pradat-Diehl, P., Ghout, I., Darnoux, E., Azerad, S., Vallat-Azouvi, C., Charanton, J., Aegerter, P., Ruet, A., & Azouvi, P. (2016). A comprehensive picture of 4-year outcome of severe brain injuries. Results from the Paris-TBI study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(2), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.10.009>

Julien, A. (2019). *Projet OPTIMIPS-TC : Optimiser le parcours de soins du patient traumatisé crânien en Occitanie. Avancées et perspectives*. [Médecine spécialisée clinique, Université Toulouse III - Paul Sabatier - Faculté de médecine Purpan]. <http://thesesante.ups-tlse.fr/2806/>

Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 34(9), 572-581. <https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572>

Lecoffre, C., de Peretti, C., Gabet, A., Grimaud, O., Woimant, F., Giroud, M., Béjot, Y., & Olié, V. (2017). L'accident vasculaire cérébral en France : Patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 5, 84-94.

Lee, S. W., & Kielhofner (posthume), G. (2017). Habituation : Patterns of Daily Occupation. In R. R. Taylor, *Kielhofner's Model Of Human Occupation : Theory and application* (5<sup>e</sup> éd., p. 38-56). Wolters Kluwer Health.

Lefebvre, H., Levert, M.-J., Dorze, G. L., Croteau, C., Gélinas, I., Therriault, P.-Y., Michallet, B., & Samuelson, J. (2013). Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral : Vers la résilience ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 115(4), 107-123. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0107>

Lefebvre, H., Vanier, M., Swaine, B., Dutil, E., Pépin, M., Fougeryollas, P., Rainville, C., McColl, M. A., Dumont, C., Pelchat, D., Michallet, B., Gélinas, I., Denis, S., Morin, M., Trottier, H., & Levert, M.-J. (2004). *La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme*. Université de Montréal. <https://www.firah.org/notice/174/la-participation-sociale-a-long-terme-des-personnes-ayant-subit-un-traumatisme-cranien-et-l-impact-chez-les-proches-10-ans-post-traumatisme.html>

Loones, A., & Simon, M.-O. (2007). *Etude sur la réinsertion sociale et professionnelle des personnes sortant d'établissement ou service sanitaire de médecine physique réadaptation (MPR)* (N° 250; Collection des rapports). CREDOC / FFSA. <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>

Mailles, A., Vaillant, V., & Stahl, J.-P. (2012). Epidémiologie des encéphalites infectieuses en France en 2007. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 16-17, 198-202. [https://doi.org/10.1016/S0992-5945\(12\)71338-7](https://doi.org/10.1016/S0992-5945(12)71338-7)

Matérne, M., Strandberg, T., & Lundqvist, L.-O. (2018). Change in quality of life in relation to returning to work after acquired brain injury : A population-based register study. *Brain Injury*, 32(13-14), 1731-1739. <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1517224>

Medin, J., Barajas, J., & Ekberg, K. (2006). Stroke patients' experiences of return to work. *Disability and Rehabilitation*, 28(17), 1051-1060. <https://doi.org/10.1080/09638280500494819>

Mignet, G., Doussin-Antzer, A., & Sorita, E. (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010). In M.-C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2<sup>e</sup> éd., p. 72-85). De Boeck supérieur.

Obembe, A. O., & Eng, J. J. (2016). Rehabilitation Interventions for Improving Social Participation After Stroke : A Systematic Review and Meta-analysis. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 30(4), 384-392. <https://doi.org/10.1177/1545968315597072>

O'Brien, J. C., & Kielhofner (posthume), G. (2017). The Interaction between the Person and the Environment. In R. R. Taylor, *Kielhofner's Model Of Human Occupation : Theory and application* (5<sup>e</sup> éd., p. 24-37). Wolters Kluwer Health.

Osty, F. (2003). *Le désir de métier—Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Presses universitaires de Rennes.

Ponsford, J. L., Downing, M. G., Olver, J., Ponsford, M., Acher, R., Carty, M., & Spitz, G. (2014). Longitudinal follow-up of patients with traumatic brain injury : Outcome at two, five, and ten years post-injury. *Journal of Neurotrauma*, 31(1), 64-77. <https://doi.org/10.1089/neu.2013.2997>

Poutignat, N. (2020). *Parcours de rééducation/adaptation des patients après la phase initiale de l'AVC - rapport d'élaboration*. Haute Autorité de Santé. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Pradat-Diehl, P., Joseph, P.-A., Beuret-Blanquart, F., Luauté, J., Tasseau, F., Remy-Neris, O., Azouvi, P., Sengler, J., Bayen, E., Yelnik, A., & Mazaux, J.-M. (2014). Parcours de soins en MPR : L'adulte après traumatisme crânien grave. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57, e404. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1472>

Rubinstein, H. (2008). *Les handicaps invisibles. Comment les identifier, les combattre et les surmonter*. Seuil.

Saeki, S. (2000). Disability management after stroke : Its medical aspects for workplace accommodation. *Disability and Rehabilitation*, 22(13-14), 578-582. <https://doi.org/10.1080/09638280050138241>

Santé publique France. (2019). *Epidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique, avril 2016*. Santé publique France. [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

Schnitzler, A., & Pradat-Diehl, P. (2006). Reprise du travail après un accident vasculaire cérébral. *La lettre du Neurologue*, X(4), 126-132.

Shaw, L., Segal, R., Polatajko, H., & Harburn, K. (2002). Understanding return to work behaviours : Promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability and Rehabilitation*, 24(4), 185-195. <https://doi.org/10.1080/09638280110066299>

Sherer, M., Bergloff, P., Levin, E., High, W. M., Oden, K. E., & Nick, T. G. (1998). Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(5), 52-61. <https://doi.org/10.1097/00001199-199810000-00007>

Taylor, R. R., & Kielhofner (posthume), G. (2017). Introduction to the Model of Human Occupation. In R. R. Taylor, *Kielhofner's Model Of Human Occupation : Theory and application* (5<sup>e</sup> éd., p. 3-10). Wolters Kluwer Health.

Tham, K., Erikson, A., Fallaphour, M., Taylor, R. R., & Kielhofner (posthume), G. (2017). Performance Capacity and the Lived Body. In R. R. Taylor, *Kielhofner's Model Of Human Occupation : Theory and application* (5<sup>e</sup> éd., p. 74-90). Wolters Kluwer Health.

Wolfenden, B., & Grace, M. (2009). Returning to work after stroke : A review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2), 93-97. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e328325a358>

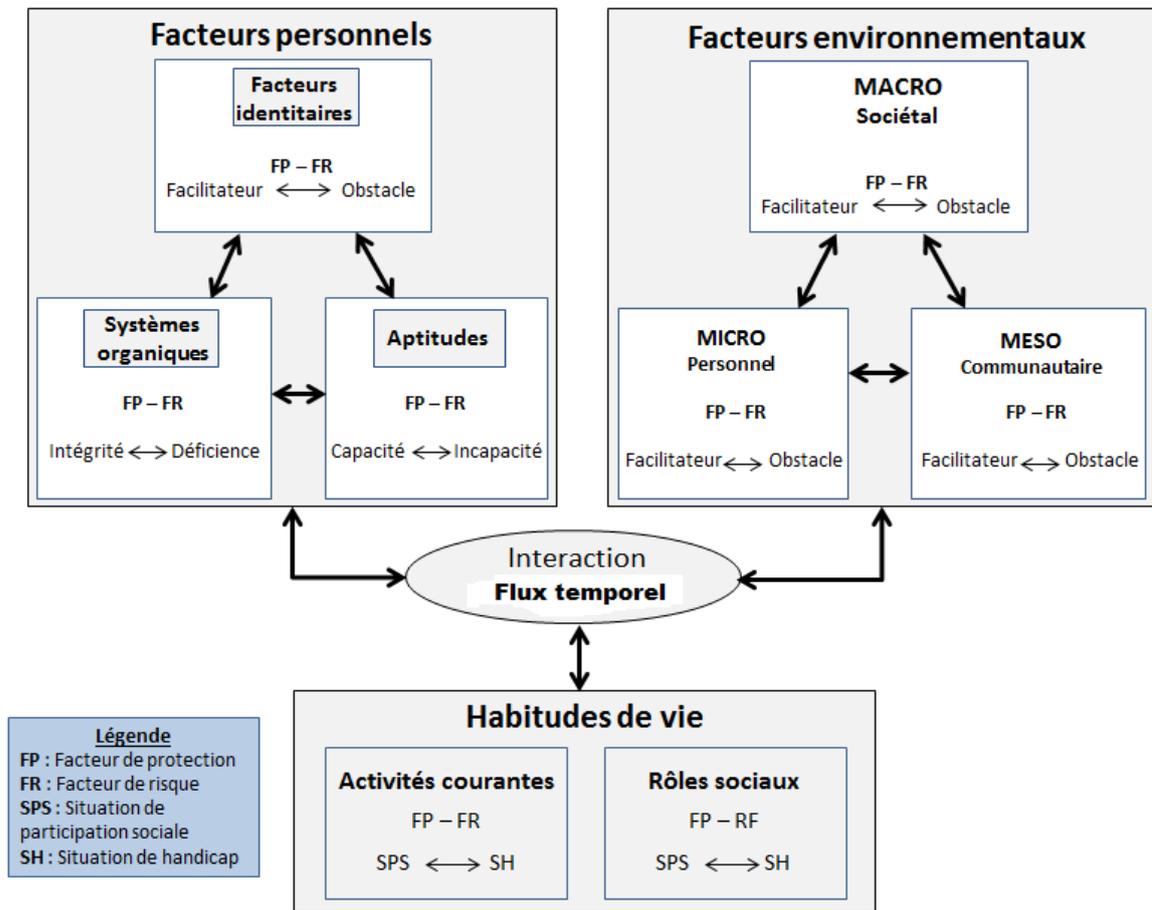
Yamada, T., Taylor, R. R., & Kielhofner (posthumous), G. (2017). The Person-Specific Concepts of Human Occupation. In R. R. Taylor, *Kielhofner's Model Of Human Occupation : Theory and application* (5<sup>e</sup> éd., p. 11-23). Wolters Kluwer Health.

## Table des annexes

Annexe 1 : Schéma du modèle de développement humain – processus de production du handicap (MDH-PPH) .....	I
Annexe 2 : Schéma du modèle de l'occupation humaine (MOH).....	II
Annexe 3 : Matrice d'élaboration du questionnaire .....	III
Annexe 4 : Questionnaire .....	V
Annexe 5 : Le réseau Comète France .....	IX

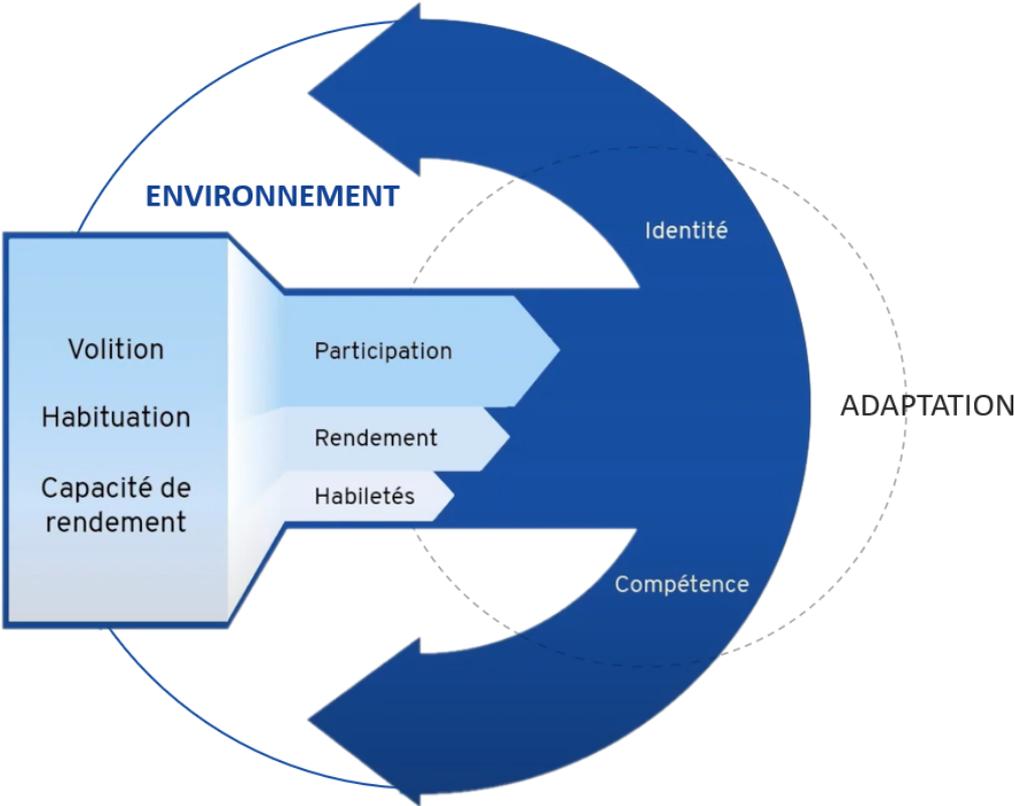


6.1. Annexe 1 : Schéma du modèle de développement humain – processus de production du handicap (MDH-PPH)



Source : <https://ripqh.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

6.2. Annexe 2 : Schéma du modèle de l'occupation humaine (MOH)



Source : <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

### 6.3. Annexe 3 : Matrice d'élaboration du questionnaire

Les questions socio-démographiques destinées à l'analyse des réponses ne sont pas répertoriées dans le tableau ci-dessous. Elles correspondent aux questions 1 à 3.

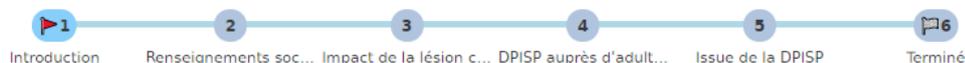
Concepts	Critères	Indicateurs	Items
<b>Adaptation occupationnelle</b>	Identité occupationnelle	<p>La lésion cérébrale a un impact sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la perception qu'a la personne de ses capacités et de son efficacité (causalité personnelle)</li> <li>- ce qu'elle trouve intéressant et agréable à faire (intérêts)</li> <li>- ses rôles et relations aux autres (rôles)</li> <li>- ce qu'elle considère important (valeurs)</li> <li>- sa capacité à faire des choix d'activité et d'occupation</li> <li>- sa capacité à se projeter dans le futur</li> </ul>	4, 5
	Compétence occupationnelle	<p>La lésion cérébrale a un impact sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les possibilités de la personne à s'investir dans les rôles auxquels elle tient</li> <li>- sa capacité à réaliser ses activités selon ses propres standards de performance</li> <li>- le maintien d'une routine lui permettant de soutenir ses responsabilités</li> <li>- sa participation à une variété de rôles occupationnels</li> <li>- la poursuite d'actions permettant l'atteinte de ses objectifs de vie</li> </ul>	4, 5

Concepts	Critères	Indicateurs	Items
<b>Démarche Précoce d' Insertion Socio-Professionnelle (DPISP)</b>	Volition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La DPISP s'appuie sur les valeurs, les intérêts et la causalité personnelle de la personne</li> <li>- La DPISP soutient l'évolution des valeurs, des intérêts et de la causalité personnelle de la personne</li> <li>- La DPISP soutient le processus volitionnel (expérience, interprétation, anticipation, choix occupationnel)</li> </ul>	8, 9, 10, 11
	Habituatation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La DPISP s'appuie sur les rôles et habitudes de vie antérieurs de la personne</li> <li>- La DPISP accompagne la mise en place de nouvelles habitudes de vie et l'engagement dans de nouveaux rôles</li> </ul>	8, 9, 10, 11
	Capacité de performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La DPISP s'appuie sur les compétences résiduelles de la personne</li> <li>- La DPISP permet le développement de nouvelles compétences et/ou la récupération d'habiletés nécessaires au projet de réinsertion</li> </ul>	8, 9, 10, 11
	Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La DPISP agit sur l'environnement physique, humain, organisationnel et institutionnel de la personne pour favoriser sa réinsertion</li> </ul>	8, 9, 10, 11

## 6.4. Annexe 4 : Questionnaire

# Démarche précoce d'insertion socio-professionnelle auprès d'adultes cérébrolésés

Voir Modifier Formulaire Résultats Partager



Bonjour,

Actuellement en dernière année de formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche portant sur la démarche précoce d'insertion socio-professionnelle auprès d'adultes cérébrolésés.

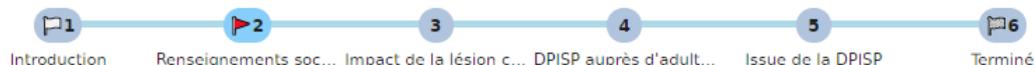
Ce questionnaire s'adresse à tous les professionnels des équipes Comète.

Les données recueillies sont anonymes et serviront uniquement à la construction de mon mémoire. Elles seront conservées le temps de sa rédaction et de son évaluation.

Votre participation à ce questionnaire est libre et volontaire, vous pouvez arrêter de le remplir à tout moment. Sa durée de passation est estimée à 15 minutes.

Merci d'avance à ceux qui prendront le temps d'y répondre.

Bénédicte BONCHE  
Etudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse  
[benedicte.bonche@gmail.com](mailto:benedicte.bonche@gmail.com)



### 1 - Quelle(s) fonction(s) occupez-vous ? \*

- médecin
- psychologue du travail
- neuropsychologue
- assistant(e) de service social
- ergothérapeute
- ergonomiste
- autre (précisez)

### 2 - Depuis combien de temps exercez-vous en équipe Comète? \*

- 0-2 ans
- 3-5 ans
- 6-10 ans
- >10 ans

### 3 - A quelle fréquence accompagnez-vous des adultes cérébrolésés dans leur réinsertion professionnelle? \*

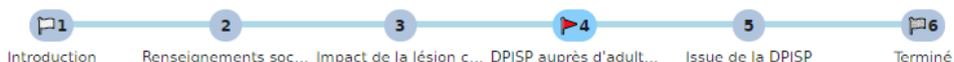
- souvent
- parfois
- rarement
- jamais



**4 - Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes concernant l'impact des lésions cérébrales menant à un suivi en centre de rééducation : \***

	Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
4.1 - Le regard de la personne sur ses propres capacités et sur son efficacité évolue *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 - Les intérêts de la personne (ce qu'elle trouve intéressant et/ou agréable à faire) évoluent *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 - Les valeurs de la personne évoluent *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4 - Les rôles dans lesquels la personne se reconnaît et souhaite s'investir évoluent *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5 - La capacité de la personne à choisir ses activités est impactée *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6 - La capacité de la personne à se projeter dans le futur est impactée *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.7 - La motivation de la personne à entreprendre des activités significatives pour elle est impactée *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.8 - La personne rencontre des difficultés à s'investir dans les rôles qui lui tiennent à cœur *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.9 - L'absence des habiletés motrices, procédurales, ou de communication et d'interaction de la personne l'empêche de réaliser certaines activités selon les standards de performance qu'elle se fixe *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.10 - Les habitudes de vie de la personne sont remises en question *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.11 - Les opportunités d'activités et d'engagements qui s'offrent à la personne sont réduites *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.12 - Le plaisir de vie de la personne est compromis *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5 - D'après votre expérience, quelles sont les principales problématiques auxquelles sont confrontés les adultes cérébrlésés dans leur retour à une activité professionnelle rémunérée ? \***



**Important**

L'ensemble des questions suivantes portent sur la démarche précoce d'insertion professionnelle auprès d'adultes cérébrlésés

**6 - Quel est l'âge des adultes cérébrlésés que vous accompagnez (plusieurs réponses possibles)? \***

- 18-25 ans
- 26-40 ans
- 41-55 ans
- >55 ans

**7 - Quel est le statut professionnel antérieur à la lésion des adultes cérébrlésés que vous accompagnez (plusieurs réponses possibles)? \***

- en formation
- en recherche d'emploi
- en poste dans un emploi rémunéré
- autre

**8 - Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes concernant la démarche précoce d'insertion socio-professionnelle (DPISP) auprès d'adultes cérébrlésés : \***

8.1	- Pour entamer la démarche de réinsertion, la personne doit exprimer elle-même une envie de (re)trouver une activité professionnelle rémunérée *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2	- L'accompagnement par une équipe dédiée permet de soutenir la motivation de la personne à s'investir dans sa recherche d'emploi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3	- L'accompagnement amène la personne à prendre conscience de ses priorités et attentes vis-à-vis de son activité professionnelle *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4	- L'accompagnement amène la personne à questionner et réévaluer ses priorités et attentes vis-à-vis de son activité professionnelle *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5	- Le projet professionnel défini doit être en accord avec les valeurs et intérêts de la personne *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.6	- La personne accompagnée est guidée dans les étapes de sa démarche de réinsertion *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.7	- La personne accompagnée décide des prochaines étapes de sa démarche de réinsertion *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.8	- Le projet professionnel défini doit être en accord avec les habitudes de vie et les rôles sociaux antérieurs de la personne *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.9	- L'équipe Comète accompagne la personne dans la mise en place de nouvelles habitudes de vie lui permettant de remplir son rôle professionnel de façon satisfaisante *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.10	- Pour entamer une démarche de réinsertion, la personne doit avoir conscience de ses forces et limites *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.11	- Au cours du suivi, la personne prend progressivement conscience de ses forces et limites *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.12	- L'accompagnement par une équipe dédiée permet de soutenir la motivation de la personne à s'investir dans ses activités de rééducation et réadaptation *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.13	- Le projet professionnel est ajusté en fonction des évolutions observées lors des activités de rééducation et réadaptation *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.14	- Les activités de rééducation et de réadaptation sont ajustées en fonction du projet professionnel de la personne *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.15	- L'équipe Comète accompagne la personne dans l'acquisition ou la ré-acquisition de savoir-faire et savoir-être nécessaires à son intégration professionnelle *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9 - Veuillez évaluer l'importance des éléments suivants pour permettre le retour à l'emploi après une lésion cérébrale : \***

	Peu important	Assez important	Très important	Essentiel
9.1 - Adaptation de l'environnement physique (domicile et entreprise) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2 - Aménagement organisationnel de l'activité de travail *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.3 - Accompagnement de l'entourage humain (familial et professionnel) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.4 - Accompagnement de la personne dans les démarches administratives *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.5 - Mises en situation en milieu simulé *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.6 - Mises en situation en milieu réel *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10 - D'après votre expérience, quelle est l'issue de la démarche précoce d'insertion socio-professionnelle chez les adultes cérébrolésés? \***

	souvent	parfois	rarement	jamais	je ne sais pas
10.1 - retour au poste précédent (avec ou sans adaptations) *	<input type="radio"/>				
10.2 - retour à un autre poste dans la même entreprise *	<input type="radio"/>				
10.3 - retour à un poste similaire dans une autre entreprise *	<input type="radio"/>				
10.4 - reconversion professionnelle *	<input type="radio"/>				
10.5 - abandon du projet de retour à une activité professionnelle rémunérée *	<input type="radio"/>				
10.6 - orientation vers une autre structure d'accompagnement (par exemple UEROS) *	<input type="radio"/>				
10.7 - poursuite d'études *	<input type="radio"/>				

**11 - Dans quels cas le retour à une activité professionnelle rémunérée est-il impossible? \***

**Souhaitez-vous ajouter un commentaire avant de valider le questionnaire?**

< Page précédente

Soumettre

## 6.5. Annexe 5 : Le réseau Comète France

### NORD-OUEST

- 1 **BOIS-GUILLAUME** CMPR Les Herbiers
- 2 **BREST** CHRU
- 3 **ROSCOFF** Centre de Perharidy Ildys
- 4 **GRANVILLE** CRRF Le Normandy
- 5 **LANNION** CH Lannion Trestel
- 6 **LA MEMBROLLE-SUR-CHOISILLE** CMPR Bel-Air
- 7 **LE MANS** Centre de l'Arche
- 8 **NANTES** CHU Hôpital St-Jacques
- 9 **PLÉMEUR** CMRRF de Kerpape
- 10 **RENNES** CMP Rennes Beaulieu
- 11 **ST-NAZAIRE** CMPR Côte d'Amour

### NORD-EST

- 26 **BEAUVAIS** CRF St-Lazare
- 27 **BERCK-SUR-MER** CMPR Jacques Calvé
- 28 **CHARLEVILLE-MÉZIÈRES** CRFA
- 29 **DIJON** CRF Divio
- 30 **FOUQUIÈRES-LÈS-LENS** CRF Ste-Barbe
- 30' **ARRAS** Hopale Rééducation
- 31 **HÉRICOURT** CMPR Bretegnier
- 32 **LILLE** Centre L'Espoir (Hellemmes)
- 33 **LILLE** CHRU
- 34 **LILLE** Centre Clair Séjour (Bailleul)
- 35 **MULHOUSE** Centre de Réadaptation
- 36 **MULHOUSE** Centre Hospitalier (GHR)
- 37 **NANCY** IRR Louis Pierquin
- 38 **STRASBOURG** IUR Clémenceau

### ÎLE-DE-FRANCE

- 18 **BOBIGNY** CMPR
- 19 **BOUFFÉMONT** CMP Jacques Arnaud
- 20 **CHÂTILLON** CSSR LADAPT Hauts-de-Seine
- 21 **COUBERT** Centre de Réadaptation
- 22 **GARCHES** Hôpital Raymond Poincaré
- 23 **PARIS** Hôpital Léopold Bellan
- 24 **PARIS** Institution Nationale des Invalides
- 25 **PARIS** Hôpitaux universitaires St-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal

### SUD-OUEST

- 12 **ALBI** CMRF
- 13 **BAGNÈRES-DE-BIGORRE** CH Louis Baches
- 14 **BORDEAUX** CMPR La Tour de Gassies
- 15 **NIORT** CSSR Melioris Le Grand Feu
- 16 **NOTH** CRRF André Lalande
- 17 **LIMOGES** CHU

+ Toulouse (CHU de Toulouse / Clinique des Cèdres / Clinique de Verdaich)

### SUD-EST

- 39 **CLERMONT-FERRAND** CHU
- 40 **HYÈRES** Centre Pierre Chevalier
- 41 **LYON** CMCR Les Massues
- 42 **LYON** SSR Val Rosay
- 43 **MARSEILLE** Clinique St-Martin
- 44 **MONTPELLIER** CMN Propara
- 45 **PERPIGNAN** Centre Bouffard-Vercelli
- 46 **ST-ÉTIENNE** CH Bellevue et CREPSE
- 47 **ST-VALLIER** Hôpitaux Drôme-Nord
- 48 **VALENCE** CSSR Les Baumes
- 49 **VALLAURIS** Centre Hélio-Marin

### ÎLE DE LA RÉUNION

- 50 **ST-PIERRE** Le Tampon CHU Sud Réunion
- 50' **ST-DENIS** CHU Félix Guyon
- 51 **STE-CLOTILDE** Centre de rééducation
- 52 **LE PORT** Centre Ylang Ylang
- 53 **LE PORT** Clinique Les Tamarins

Source : d'après Comète France, 2021



## **Accompagner le retour à la vie active des adultes cérébrolésés - Apports de la Démarche Précoce d'Insertion Socio-Professionnelle dans le processus d'adaptation occupationnelle – B. BONCHE**

**Introduction :** Après une lésion cérébrale, le retour à l'emploi peut être fortement compromis. L'activité professionnelle constitue un élément fort de l'identité et participe à une bonne qualité de vie. Elle devrait donc être pleinement intégrée dans la démarche de réadaptation. Pourtant, en centre de soins, les équipes sont souvent démunies pour accompagner efficacement ce retour à l'emploi. Les unités « Comète » interviennent de façon précoce pour accompagner les patients, y-compris cérébrolésés, dans leur démarche de réinsertion socio-professionnelle. L'intérêt de cette approche précoce a été démontrée d'un point de vue quantitatif, mais peu d'écrits s'intéressent aux changements induits sur l'identité et la compétence de la personne accompagnée. **Objectifs :** Ce travail de recherche a pour but de déterminer les avantages et limites de la démarche précoce d'insertion socio-professionnelle auprès d'adultes cérébrolésés et d'identifier son influence sur leur processus d'adaptation occupationnelle. **Méthode :** Un questionnaire quantitatif et qualitatif a été envoyé à différents professionnels intervenant en unité « Comète ». Les réponses aux questions fermées ont été comparées et analysées statistiquement. Une analyse de contenu des questions ouvertes a permis de dégager des thèmes. **Résultats :** 37 professionnels ont répondu au questionnaire. Leurs réponses confirment que l'accompagnement précoce influence les différentes composantes de l'adaptation occupationnelle. Un relais vers des partenaires extérieurs peut être nécessaire pour favoriser un retour à l'emploi pérenne. La décision d'un non-retour à l'emploi doit aussi être accompagnée. **Conclusion :** Les résultats de cette étude aident à comprendre les avantages et limites de l'accompagnement précoce à la réinsertion professionnelle, ce qui aidera les professionnels de la réadaptation à orienter leur accompagnement.

**Mots clés :** lésion cérébrale acquise, réinsertion socio-professionnelle, intervention précoce, adaptation occupationnelle

---

## **Assisting adults with acquired brain injury with their return to work – Contribution of early vocational rehabilitation approach to the occupational adaptation process – B. BONCHE**

**Introduction:** After an acquired brain injury (ABI), return to work can be deeply compromised. As professional activity represents an important element of identity and contributes to a good quality of life, it should therefore be fully integrated to the rehabilitation process. Yet, readaptation teams working in care centres struggle to efficiently assist this return to work. “Comète” units offer an early vocational rehabilitation approach to patients admitted in readaptation centres, including patients with ABI. The impact of their intervention has been demonstrated based on return-to-work rates. Nevertheless, few articles have researched the changes resulting from this approach on identity and competency. **Objectives:** The purpose of this study is to examine the benefits and limits of using early vocational rehabilitation approach with adults with ABI and to identify its influence on their occupational adaptation process. **Methods:** A qualitative and quantitative questionnaire has been sent to professionals working in “Comète” units. Answers to closed questions have been compared and statistically analysed. Open questions have been processed with a content analysis method in order to identify themes. **Results:** 37 professionals answered the questionnaire. Their answers confirm that early intervention influences the different elements of occupational adaptation. It is sometimes necessary that external partners take over to ensure sustained return-to-work. The decision not to return to work also has to be guided. **Conclusion:** The results of this study help to better understand the benefits and limits of an early vocational rehabilitation approach. This will assist professionals working in rehabilitation centres to guide their practice.

**Key words:** acquired brain injury, vocational rehabilitation, early intervention, occupational adaptation