



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

Comment la médiation théâtrale proposée par les ergothérapeutes, peut-elle permettre d'améliorer la cognition sociale des adultes après un traumatisme crânien ?



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Lorène Salaam

DE MOURA Alice

Session juin 2021

Note aux lecteurs

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné »

Remerciements

J'accorde mes sincères remerciements à mon maitre de mémoire, à l'équipe pédagogique, aux membres du jury, aux professeurs et à toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce processus d'initiation à la recherche.

Remerciements	
I. Introduction :.....	3
1) Présentation de la situation de départ	3
2) Question de recherche.....	3
3) Hypothèse	7
II. L'ergothérapie.....	7
1) Le rôle de l'ergothérapeute	7
2) Le cadre de référence de l'ergothérapeute	9
3) L'approche cognitivo-comportementale en ergothérapie.....	12
III. Le traumatisme crânien (TC).....	13
1) Le traumatisme crânien, une problématique de santé publique	13
Titre : Echelle de coma de Glasgow (Jennett et al, 1974)	15
2) Le parcours de soin des patients TC de l'accident à la réinsertion	15
a) La prise en soin en phase aigue.....	15
b) La prise en soin en structure MPR	15
c) La prise en soin à long terme.....	16
3) Les séquelles consécutives du TC.....	17
4) Les fonctions exécutives.....	19
5) Les troubles de la cognition sociale	20
IV. La médiation théâtrale.....	23
1) La médiation théâtrale présentée.....	23
2) La médiation théâtrale dans la pratique de l'ergothérapeute.....	24
V. Méthodologie de recherche.....	32
1) Le champ de recherche	32
2) Le choix de l'outil de recherche	33
3) La conception de l'outil de recherche.....	34
4) La mise en œuvre de la recherche	34
VI. Les résultats de la recherche	36
1) Le traumatisme crânien	36
2) La médiation théâtrale.....	39
3) La co-animation.....	41
4) Le rôle de l'ergothérapeute	42

5) La cognition sociale	44
6) Transfert des acquis dans la vie quotidienne.....	48
7) Les freins liés à la mise en place de la médiation théâtrale.....	50
VII. Discussion.....	52
1) Liens avec le cadre théorique.....	52
2) Les limites de la méthodologie d'enquête	54
VIII. Conclusion	55
Annexe A : Retranscription d'un entretien exploratoire.....	I
Annexe B : Formulaire de consentement pour les entretiens d'enquête.....	V
Annexe C : Trame prévue pour les entretiens d'enquête	VI
Annexe D : Retranscription d'un des entretiens d'enquête	VIII
Annexe E : Groupe « mime et expression » – Auto-évaluation	XVII
Résumé	

I. Introduction :

1) Présentation de la situation de départ

J'ai eu l'occasion de faire un stage sur un lieu de vie auprès d'enfants présentant diverses pathologies. C'est au sein de ce lieu de vie que j'ai rencontré Adèle, une petite fille souriante et dynamique qui adorait « faire le clown » devant tout le monde. Elle présentait un syndrome dysexécutif. Elle avait des capacités de concentration, mais sur un temps limité ou séparé par des pauses, du fait de ses troubles attentionnels modérés. Un jour, je l'aperçois jouer avec d'autres enfants au sein de l'institution. Chacun des enfants représentaient un personnage fictif et l'ensemble de ces personnages formaient une histoire.

Cette activité ludique, fictionnelle et créative m'a fait penser à l'activité théâtre. Ce parallèle m'a amené à souhaiter lier l'ergothérapie et le théâtre afin de former le sujet de ce mémoire. Enfin, les cours présentés sur les patients ayant subi un traumatisme crânien au cours de la formation en ergothérapie m'ont permis de préciser le cadre de ma recherche.

2) Question de recherche

Dans cette partie, je vais explorer les éléments qui m'ont permis de faire le lien entre cette observation de jeu et ma pratique de théâtre et chercher à reconnaître ce qui diffère entre ces deux derniers.

Le jeu d'Adèle et ma séance de théâtre se rejoignent sur le fait que dans les deux cas, il s'agit d'une activité qui ne peut se réaliser en solitaire. La création d'un groupe est donc un prérequis pour pouvoir réaliser l'une ou l'autre de ces activités. Reprenons la situation de jeu d'Adèle et ses amis : Les enfants se coordonnent et chacun alimente l'imaginaire de l'autre. En s'amusant dans un jeu de rôle, ils acquièrent une expérience créative et apprennent à communiquer et à « affirmer leur rôle » au sein du groupe. Adèle et ses amis forment un groupe. Le concept de groupe peut s'illustrer par la métaphore $1+1=3$. Il y a Adèle, il y a l'autre (chacun de ses amis), ils forment alors un « Nous ». Ce « nous » est le résultat de l'interaction, de la relation, de l'influence mutuelle, d'un but et d'une organisation commune. (Deswarte, s. d.). Dans notre situation, le but commun pouvait être de s'amuser ou de raconter une histoire fictive par exemple. Lorsque chacun joue son propre rôle, chacun fait aussi en sorte de contribuer à réaliser ce but implicite.

Néanmoins, je remarque que la différence principale entre le jeu d'Adèle et une séance de théâtre ordinaire est que dans cette dernière il y a la présence d'un public, contrairement au premier. La présence du public ajoute un enjeu car les acteurs ne peuvent plus se contenter de jouer pour eux-mêmes, dans le seul but de s'amuser ensemble. En effet, les acteurs montent sur scène pour se présenter sous un nouveau jour et doivent faire face aux regards des spectateurs. Ils cherchent alors à faire plaisir à ceux qui regardent en plus de leur plaisir personnel. Il y a donc un réel échange avec une certaine interdépendance. Le spectateur a besoin du comédien pour ressentir de la joie, de la surprise, de l'intrigue etc., tandis que le comédien a besoin du spectateur pour savoir s'il joue bien son rôle, si l'effet qu'il a cherché à susciter est bien celui qui est reçu par le spectateur et pour pouvoir faire évoluer sa pratique. D'ailleurs, si on se réfère au dictionnaire, le terme « théâtre » est défini comme étant au sens propre « *l'Art visant à représenter devant un public des êtres humains agissant et parlant* ». (Rey et al., 2008, p. 712)

Je viens de préciser une similitude (la question du groupe) et une disparité (la présence du public), ce qui explique le rapprochement que j'ai pu faire entre le jeu d'Adèle et une activité de théâtre ordinaire. Or, étant donné le cadre de rédaction de ce mémoire, j'ai conduit deux entretiens exploratoires afin de savoir ce qu'il en était en pratique.

Initialement, je souhaitais contacter un ergothérapeute ayant pratiqué la médiation théâtrale auprès de traumatisés crâniens. Or, à ma connaissance, le théâtre est peu utilisé en neurologie par les ergothérapeutes. En effet, plusieurs cas de figure sont venus interférer mes recherches. Dans le premier cas, le théâtre ne faisait pas partie de la pratique de l'ergothérapeute contacté. Dans le second, le théâtre faisait bien partie de la pratique de l'interlocuteur mais celui-ci n'exerçait pas la profession d'ergothérapeute (les ateliers théâtre étaient organisés par des psychomotriciens, un art thérapeute, une psychologue en coopération avec un comédien). Dans le dernier cas, l'ergothérapeute utilisait bien le théâtre comme médiation thérapeutique, mais la population ne correspondait pas aux traumatisés crâniens. Je me retrouvais alors dans une impasse, mais j'ai pu tout de même recueillir deux entretiens différents qui m'ont apporté des éléments intéressants. Ces derniers m'ont été utiles pour élaborer ma question de recherche. Pour choisir les entretiens qui ont été retranscrits ci-dessous, je me suis appuyée sur ces deux objectifs de départ :

- ✓ Savoir si la médiation théâtre peut être utilisée en neurologie par les ergothérapeutes.
- ✓ Comprendre le travail de l'ergothérapeute avec la médiation théâtrale.

Le premier entretien exploratoire est réalisé avec la coopération d'un ergothérapeute travaillant dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle à Paris auprès de personnes ayant une lésion cérébrale acquise et/ou des lésions traumatiques. Cet ergothérapeute ne pratique pas la médiation théâtrale. (Nous l'appellerons l'ergothérapeute 1). Au cours de ce premier entretien, je constate que les termes « apathie » et « aphasie » sont employés.

Selon la définition de l'article de Chanachey et Berney : « L'Apathie, un symptôme transnosographique¹ : diagnostic différentiel et prise en charge », le patient apathique apparaît fatigué, démotivé, ralenti, ne réagissant pas aux stimuli de son environnement, avec des difficultés à initier un mouvement et semble coupé de ses émotions.

Il existe deux types d'Apathie « émotionnelle-affective » ou « cognitive » qui se différencient selon la localisation des lésions dans le cerveau. (Chanachev & Berney, 2010, p 326). L'Apathie peut apparaître après un traumatisme crânien, une dépression, une démence, un stress post traumatique entre autres. Plus précisément, il s'installe chez 30 à 60 % de traumatisés crâniens (Chanachev & Berney, 2010, p 328). D'autre part, selon le dictionnaire médical, l'Aphasie est un trouble du langage dû, à une lésion du cortex cérébral gauche à la suite d'un AVC, un traumatisme crânien ou encore une démence. Elle se caractérise par des difficultés plus ou moins invalidantes pour comprendre, s'exprimer ou écrire (DocThom, 2020).

Je comprends que les patients qui présentent ces déficits puissent se retrouver impactés dans leur capacité à maintenir des liens sociaux. J'en déduis que l'ergothérapeute peut rencontrer des difficultés pour garantir la dynamique de groupe, tout en veillant au bien-être du patient. En effet, ces patients ont plus particulièrement besoin d'être accompagnés, guidés et stimulés pour agir, comprendre et communiquer. Il faudrait alors soit du personnel supplémentaire ou que l'ergothérapeute réadapte ses attentes vers un objectif plus réaliste et atteignable, tout en veillant à ne pas impatienter/ démotiver le reste du groupe. Ce qui en pratique, peut s'avérer être une tâche complexe.

¹ D'après le dictionnaire Le Robert 2008 :

Le préfixe « trans - » se traduit du latin « au-delà de » (Rey et al, 2008, p 727)

Le suffixe « -graphie » fait référence à la « manière dont un mot est écrit ». (Rey et al, 2008, p 335).

⇒ Par déduction : Un trouble est dit « transnosographique » lorsqu'il s'inscrit dans la symptomatologie de plusieurs maladies (au-delà d'une seule pathologie).

Enfin, l'ergothérapeute qui ne pratique pas la médiation théâtrale évoque la méconnaissance de la médiation théâtrale par les ergothérapeutes du service, ainsi que le manque de financements comme étant des éléments venant refreiner la mise en place de la médiation théâtrale au sein du service de neurologie.

De ce fait, ce qui a été énoncé précédemment m'encourage à chercher à en savoir plus et à m'orienter auprès d'un ergothérapeute qui utilise la médiation théâtrale dans sa pratique (Annexe A, Ergothérapeute 2).

Le deuxième entretien exploratoire (Annexe A) est réalisé avec la collaboration d'un ergothérapeute qui utilise la médiation théâtre dans sa pratique. Elle nous fait comprendre ses objectifs thérapeutiques : « [...] Prendre confiance en soi et en sa capacité de création par la pratique d'exercices et d'improvisations. Ouvrir et développer l'imaginaire. Différencier l'espace imaginaire de l'espace réel. Mettre à distance par le jeu théâtral différents états émotionnels [...] Reprendre contact avec son corps, son espace personnel et interpersonnel. Favoriser les échanges dans le cadre d'une activité de groupe. Favoriser l'investissement culturel par la découverte de l'univers théâtral. » (Ergothérapeute 2)

Je remarque, après avoir réalisé mes deux entretiens, que certains objectifs peuvent se rejoindre en ce qui concerne la pratique de la médiation théâtrale (Annexe A) et celle de la médiation cuisine. Ces objectifs sont : La « dynamique de groupe » (Ergothérapeute 1) ou le « maintien du lien social » (Ergothérapeute 1) avec la « dynamique de socialisation » (Annexe A) ; Le « maintien des capacités cérébrales » (Ergothérapeute 1) avec le fait de « mettre en jeu les fonctions cognitives » (Annexe A). Dans l'annexe A l'ergothérapeute ajoute la notion de « partage » qui est accentuée par le fait que l'ergothérapeute participe en même temps que les patients à l'activité. Ce qui ajoute un aspect convivial et non unilatéral.

Grâce à ces entretiens, je me rends compte que la médiation théâtrale à un intérêt en ergothérapie auprès de patients atteint d'une pathologie psychiatrique, tandis qu'elle est peu utilisée en neurologie. Or, je me souviens avoir appris que les personnes cérébrolésées, et particulièrement les traumatisés crâniens rencontraient des difficultés au niveau de leur participation aux interactions sociales, du fait de leurs troubles. En effet, j'ai découvert au travers des cours présentés dans le cadre de ma formation par Mme C. Drevelle (2019) et Mme A-M Caire (2020) sur le traumatisme crânien, que ces patients présentent souvent un

trouble des fonctions exécutives qui engendre des difficultés pour reconnaître et réguler leurs émotions et ceux des autres, pour adapter leur comportement social au contexte et pour improviser en situation non routinière (entre autres). Par la même occasion, j'ai également appris que ces difficultés pouvaient se répercuter sur leur vie quotidienne, notamment lors de leurs interactions sociales. Or la médiation théâtrale, comme nous l'avons vu est une médiation groupale, donc sujette à la confrontation à diverses interactions sociales pouvant ainsi devenir l'outil de travail de l'ergothérapeute. Il suffit de constater, dans notre vie quotidienne, combien de fois par jours nous sommes tous confrontés à des situations où nous devons nous exprimer / partager nos ressentis / communiquer. Par conséquent, je me demande : **Comment la médiation théâtrale proposée par les ergothérapeutes, peut-elle permettre d'améliorer la cognition sociale des adultes après un traumatisme crânien ?** Cette question devient ma question de recherche dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.

3) Hypothèse

J'émet l'hypothèse que la cognition sociale des patients après un traumatisme crânien peut être améliorée au travers de la médiation théâtrale lorsque l'ergothérapeute la pratique en collaboration avec un autre professionnel en intégrant des exercices variés au cours de séances régulières durant lesquelles les patients sont amenés à participer activement.

II. L'ergothérapie

1) Le rôle de l'ergothérapeute

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute : L'ergothérapeute se trouve au cœur de l'interaction entre la personne, l'activité et l'environnement. Le cadre d'intervention s'inscrit dans un lieu et un temps bien défini. L'ergothérapeute accompagne le(s) patient(s) vers la réalisation de leur projet de vie. (Code de la santé publique, 2010).

Pour ce faire, il veille à maintenir les capacités préexistantes et/ou à développer d'autres capacités cognitives, physiques, psychiques, sensorielles, et relationnelles. En effet, grâce à ces capacités le patient pourra devenir (plus) autonome, en sachant mieux s'adapter aux différentes situations de handicap qu'il peut être amené à rencontrer. Autrement dit, si le patient rencontre une difficulté, le rôle de l'ergothérapeute ne se limitera pas seulement à l'incapacité du patient à gérer cette situation mais il prendra également en compte le contexte dans lequel s'est déclenché le blocage rencontré. (Code de la santé publique, 2010). Les

éléments de ce contexte peuvent être définis par l'interaction entre la personne, l'activité et l'environnement (Fougeyrollas, 1998).

Par exemple, lors d'une séance de théâtre, il peut s'agir d'une observation et d'une analyse globale du nombre de spectateurs, de l'espace, du temps, des familiarités dans le groupe, du personnage joué, de la réaction des autres acteurs ou spectateurs, ce qui s'est passé avant l'incident et les conséquences que cet incident a eu sur la dynamique de groupe.

Ainsi, en adoptant cette approche l'ergothérapeute apprend à la personne à comprendre ce qui s'est passé, à l'accepter et à accéder à ses propres ressources personnelles afin que progressivement elle acquiert les capacités nécessaires pour mieux gérer la situation, ce qui permet au patient d'accéder à l'autonomie ou de l'optimiser. (Code de la santé publique, 2010).

Enfin, l'ergothérapeute est d'abord un professionnel de santé. Telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est un « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS | Santé mentale, s. d.). En permettant ainsi à son patient de reprendre ses activités de vie quotidienne, l'ergothérapeute vise à améliorer ou maintenir son autonomie.

D'après le dictionnaire Le Robert de poche 2008, l'autonomie étant le « fait de se gouverner par ses propres lois » ou « la faculté d'agir librement » (Rey et al., 2008, p. 54). En effet, étymologiquement on retrouve bien « Autos- » qui signifie « soi-même » et « -Nomos » qui se traduit par la « loi » (Jacob, 2020) comme on peut le lire dans l'encyclopédie Universalis.

L'autonomie se définit à un instant T. On parle d'autonomie individuelle ou d'autonomie groupale. L'individu autonome se suffit à lui-même. Il agit fonction de ses valeurs et des moyens dont il dispose. Le niveau d'autonomie évolue constamment, ce qui génère la dépendance de l'individu aux réactions d'autres groupes humains. L'autonomie se distingue de la dépendance dans le sens où cette dernière est davantage relationnelle qu'individuelle. Ces deux termes ne sont ni opposés, ni similaires (la dépendance peut permettre de gagner en autonomie). L'individu est indépendant lorsqu'il ne se trouve pas au sein de relations sociales (Escaffre et al., 2010, p. 152)

Lorsqu'un problème de santé survient dans la vie d'une personne, cette dernière se retrouve à devoir repenser ses activités en fonction de ses nouveaux facteurs personnels, facteurs environnementaux et de ses habitudes de vie qui peuvent s'en retrouver perturbées, voire

bouleversées. Elle devra faire de nouveaux choix, prendre de nouvelles décisions en fonction de sa situation et redéfinir/ réajuster son projet de vie pour évoluer vers du mieux-être et gagner en indépendance et en autonomie (Fougeyrollas, 1998).

En effet, ce problème de santé peut provoquer une restriction de participation dans ses activités de vie quotidienne. Cette restriction de participation peut être dû à des facteurs personnels, qu'ils soient organiques (intégrités/ déficiences) ou liés aux aptitudes de la personne (capacités/ incapacités) ou dû à des facteurs environnementaux, qu'ils soient matériels (lieu de vie, aides techniques etc..) ou humains (proches). Cette restriction peut également dépendre de l'activité elle-même (habitude de vie) créer une situation de handicap à défaut de permettre la participation sociale. (Fougeyrollas, 1998).

L'ergothérapeute fonde sa pratique sur la base d'un modèle conceptuel (ou cadre de référence). D'après l'ouvrage de Marie Chantal Morel-Bracq « Les modèles conceptuels en ergothérapie » de 2017, « un « modèle conceptuel » est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques, l'épistémologie² et la pratique. ». (Morel-Bracq, 2017)

2) Le cadre de référence de l'ergothérapeute

Lors de mes expériences de stage en service d'ergothérapie dans le cadre de ma formation, j'ai constaté que l'ergothérapeute travaille rarement seul, il est en constante collaboration avec d'autres professionnels de la santé, dans l'intérêt du patient. Les différents professionnels interagissent entre eux pour se concerter et pour conduire une démarche cohérente permettant de répondre aux besoins des patients : C'est l'interdisciplinarité³.

De ce fait, une des catégories décrites par la classification de Kortman en 1994 attire mon attention : Il s'agit de celle regroupant les « Modèles appliqués interprofessionnels » (Kortman, 1994, 115-122).

De plus, ayant abordé les troubles psychologiques et sociaux comme conséquences du traumatisme crânien dans ma troisième partie, je décide de cibler la sous-catégorie qui

² D'après le dictionnaire Le Robert de poche 2008, le terme « Epistémologie » se définit comme étant une « Etude critique des sciences (de leur origine, leur valeur...) » ou une « Théorie de la connaissance et de sa validité » (Rey et al., 2008, p. 256)

³ D'après le dictionnaire Larousse : Est nommé « interdisciplinaire », ce « Qui relève des relations entre plusieurs disciplines, plusieurs sciences. » Définitions : interdisciplinaire - Dictionnaire de français Larousse (Consulté en ligne le 21 décembre 2020 sur le site www.larousse.fr)

« troubles psychosociaux », telle qu'elle est nommée par l'auteur Kortman dans sa classification (Kortman, 1994, 115-122).

Au sein de cette sous-catégorie, le modèle cognitivo-comportemental y est cité. A première vue ce modèle semble traiter à la fois des aspects cognitifs et des aspects comportementaux. Or, la médiation théâtre, qui est au cœur de cette recherche, laisse entrevoir les comportements des patients lorsqu'elle est mise en place. Il me semble donc pertinent de partir des comportements que les patients nous montrent pour aller ensuite étudier ce qui se joue dans la dimension cognitive. L'objectif visé étant d'accompagner le patient vers le réajustement de ses comportements inadaptés en société. Finalement, il s'agit bien de ce modèle que je m'appête à expliciter ci-dessous car il me semble être celui qui s'intègre le mieux dans le cadre de mon étude au vu de l'argumentation précédente.

Le « Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive » (Fontaine, 2011) cite et décrit le modèle cognitivo comportemental de Beck (Beck, 1970, 1978). Ce modèle est initialement destiné aux patients souffrant de dépression avant de s'élargir à d'autres pathologies. Selon la théorie de Beck, un trouble de la pensée est à l'origine de la majorité des pathologies psychiques (Beck, 1970, 1978). Beck postule que nous réactivons des schémas cognitifs acquis antérieurement à des stimulus internes ou externes actuels (Beck, 1970, 1978). Autrement dit, il s'agit d'un stimulus actuel qui vient réactiver des pensées et cognitions spécifiques liés à nos expériences antérieures. Une fois induites et inscrites, nos cognitions peuvent perdurer même en l'absence de stimulus spécifique. Notre schéma de pensée et les comportements qui en découlent deviennent alors automatiques. Bien que nos schémas de pensée soient souvent en interaction avec notre environnement, ce schéma peut aussi se réactiver indépendamment du contexte. La perception que nous nous faisons de la réalité détermine cette dernière. Par conséquent, nous évaluons, interprétons et traitons l'information suivant ce procédé, ce qui modifie nos affects. Or, ces derniers déterminent la manière dont nous intégrons l'expérience vécue. Dans l'exemple de la dépression, quel que soit la situation actuelle, nous la percevons comme représentant une perte significative. C'est ainsi que nos schémas de pensées filtrent nos actions et donc nos comportements. (Fontaine & Fontaine, 2011, p. 35-41)

Le modèle cognitivo-comportemental est également expliqué dans le chapitre 4 de l'ouvrage « Les Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux » par Marie-Chantal Morel-Bracq et al en 2017 (Morel-Bracq, 2017, p. 213-218)

D'après ces auteurs, ce modèle part du postulat que nos comportements proviennent de nos schémas de pensées. Or, ces derniers peuvent être biaisés par les troubles cognitifs, les erreurs d'interprétation ou les émotions discordantes. Par conséquent, cela peut impacter négativement l'insertion sociale des personnes concernées. La solution se trouve alors dans l'apprentissage de nouvelles manières d'agir afin de venir modifier les schémas de pensées qui étaient prédominants, en faveur de l'insertion sociale. (Morel-Bracq, 2017, p. 213).

Le modèle cognitivo-comportemental fait appel aux techniques de réhabilitation psychosociale, à l'entraînement des habiletés sociales, à l'entraînement des comportements sociaux, aux thérapies cognitivo-comportementales et aux modules spécifiques (ciblé sur un besoin en particulier). Les travaux de Liberman (USA) en sont à l'origine et ils ont été ensuite repris par les auteurs Chambron et Marie-Cardine en 1992 en France (Morel-Bracq, 2017, p. 213).

Ce modèle a pour objectifs (Morel-Bracq, 2017, p. 214)

- 1- Diminuer les difficultés qui sont dues à des schémas de pensées biaisées.
- 2- Augmenter les capacités d'intégration sociale

Les objectifs cités ci-dessus sont évalués en fonction de la capacité du patient à se maintenir dans sa vie quotidienne, avec le moins d'aide humaine possible. Le modèle cognitivo-comportemental est davantage utilisé en réadaptation sociale (Morel-Bracq, 2017, p. 214).

En principe, ce modèle s'oriente sur deux dimensions (Morel-Bracq, 2017, p. 215)

- 1- Psychologique (sous-entend les aspects cognitifs et notamment les schémas de pensée du patient)
- 2- Comportement (Sous-entend un travail ciblé sur l'apprentissage des capacités d'adaptation sociale du patient)

La mise en situation pratique est le prérequis de cet apprentissage aux habiletés sociales. Cette mise en pratique permet de favoriser l'acquisitions des connaissances ou de les renforcer (Morel-Bracq, 2017, p. 214-215).

Il est préférable que l'activité choisie soit en lien avec la vie quotidienne du patient. Il peut s'agir d'un jeu de « compétences », de jeux de rôles, de mises en situations réelles etc... Quelle que soit l'activité choisie, celle-ci est analysée et adaptée aux capacités du patient pour permettre l'apprentissage (Morel-Bracq, 2017, p. 216).

Même si ce modèle peut sembler insuffisant puisqu'il ne s'intéresse qu'à l'origine psychique des troubles, il reste néanmoins très cohérent par rapport à la démarche de l'ergothérapeute liée à la réadaptation et à la réinsertion sociale (Morel-Bracq, 2017, p. 216).

Pour compléter, le chapitre 2 intitulé « Approche cognitivo-comportementale » (2012) nous explique que nos capacités d'adaptations s'acquièrent à travers nos expériences. Elle se développe lorsque nous observons, nous imitons ou que nous apprenons quelque chose de nouveau. Cet apprentissage peut être initié par notre motivation ou être appris par surprise, sans que nous en ayons fait le choix. (Leclère, 2012, p. 113-160).

En conclusion, l'approche cognitivo-comportementale vise à agir directement sur l'observable, c'est-à-dire sur les comportements, dans l'objectif d'engendrer des répercussions sur les aspects cognitifs et émotionnels. Cette approche se différencie d'autres techniques, qui agissent d'abord sur les cognitions et les émotions pour venir influencer les comportements. (Leclère, 2012, p. 113-160).

3) L'approche cognitivo-comportementale en ergothérapie

L'auteur Marie-José Manidi, dans un chapitre intitulé « Thérapie Cognitive et comportementale (TCC) appliquée à l'ergothérapie » (2005), explique que le comportement est étroitement lié à l'activité. Or, l'activité est justement le moyen thérapeutique privilégié de l'ergothérapeute. Dans les faits, grâce à l'activité, l'ergothérapeute peut aider le patient à se libérer de son schéma de comportements inadaptés. Un comportement inadapté est ici considéré comme un comportement non désiré, inefficace, qui n'aboutit pas au but fixé et/ou qui est désorganisé, il dépend du contexte. Le comportement est somme toute considéré comme une série d'actions qui sont observables. L'observation du comportement nous informe sur les éléments intrinsèques de la personne qui agit (ce qu'elle ressent, ce qu'elle pense, comment elle réfléchit, ce qu'elle a pu anticiper ou non, comment elle comprend le monde qui l'entoure etc. (Manidi, 2005, 40).

L'ergothérapeute prend en considération l'analyse du contexte (la situation), les résultats obtenus et les conséquences pour mieux comprendre le comportement actuel de patient et pour amener ce dernier à le modifier. Le tout étant réalisé en étroite collaboration avec le patient, les collègues et les proches (Manidi, 2005, 44).

Premièrement, l'ergothérapeute observe le comportement (au regard des compétences sociales et des compétences de la vie quotidienne principalement).

Ensuite, il essaye de comprendre le comportement en analysant l'interaction entre l'environnement, dans lequel il s'est produit, ce que dit le comportement de la personne elle-même, la nature du comportement inadapté et les conséquences que ce dernier a eu sur son environnement. Le comportement inadapté devient si automatisé que le patient ne s'en rend plus compte, ce qui contribue à alimenter le cercle vicieux.

Puis, il identifie et apprend au patient à savoir mobiliser ses propres ressources dans le but de parvenir à modifier son comportement.

Enfin, l'ergothérapeute évalue l'atteinte des objectifs fixés.

La collaboration avec un neuropsychologue est vivement conseillée car le comportement fait appel à des compétences cognitives. De plus, la modification du comportement par le patient présuppose l'accès à la conscience de celui-ci. (Manidi, 2005)

L'ergothérapie avec l'approche cognitivo-comportementale peut permettre aux patients d'acquérir une meilleure prise de conscience des troubles dans la vie quotidienne, de gagner en autonomie, de se sentir plus confiants. L'ergothérapeute encourage la prise d'initiatives, permet un apprentissage des habiletés sociales (réduire les difficultés relationnelles) etc. Pour ce faire, l'ergothérapeute met les patients en situation écologique (au plus proche de la vie quotidienne) et organise des jeux de rôles au sein d'une dynamique de groupe qui encourage les patients à progresser. (Morel-Bracq et al, 2017, p 216-217)

III. Le traumatisme crânien (TC)

1) Le traumatisme crânien, une problématique de santé publique

D'après Thurman et al (1995), cité dans le document de Santé publique France (2016) : « épidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux », l'OMS définit le traumatisme crânien par « La survenue d'une blessure à la tête suite à un traumatisme fermé ou ouvert ou suite à un phénomène d'accélération et/ou de décélération [...] » (Santé Publique France, 2016, p 12)

En 2010, 75 % des TC concernait des jeunes âgés de moins de 29 ans, à la suite d'un accident de la voie publique (Troué et Sadigh, 2010, p 247)

En 2012, on comptabilisait déjà 150 000 jeunes âgés entre 15 et 25 ans avec un TC, dont 80 % de ces TC étaient considérés comme légers (Oppenheim-Gluckman, 2012)

Dans l'article « Les troubles psychiques des patients cérébro-lésés : un problème de santé publique » (2012), issu de la revue *L'information psychiatrique*, les auteurs Oppenheim-Gluckman (psychiatre, psychanalyste) et Pradat-Diehl (médecine physique et réadaptation) relatent que les troubles cognitifs et comportementaux engendrés par le traumatisme crânien nécessitent un suivi à long terme des patients concernés. Ces derniers nécessitent une approche interdisciplinaire (Oppenheim-Gluckman, 2012).

Les troubles du comportement, en particulier, impactent considérablement la qualité de vie et l'insertion socioprofessionnelle des patients traumatisés crâniens (plus de la moitié des patients concernés). De plus, selon diverses études, la prévalence de troubles psychiatriques est majorée chez ces derniers par rapport au grand public. (Oppenheim-Gluckman, 2012).

Beaucoup d'entre eux ont souffert de dépression réactionnelle à la suite de l'accident (souffrance liée aux souvenirs d'avant l'accident, en comparaison avec les séquelles présentes aujourd'hui). L'accident est un facteur déclenchant un changement de situation sociale (rupture familiale, sociale et professionnelle). Les amis d'avant l'accident ne sont plus les amis d'après l'accident. En cause, les changements de personnalité de la victime, la durée de l'hospitalisation et l'isolement. Enfin, la fatigue est une difficulté qui rend encore plus difficile la réinsertion socioprofessionnelle. (Troué, 2010, p 249).

Le niveau de gravité du TC s'évalue à l'aide de l'échelle de coma de Glasgow (Jennett et Teasdale, 1974). Cette échelle comporte 3 critères de cotation :

- ✓ L'ouverture des yeux (cotable de 1 à 4 points)
- ✓ La réponse verbale (cotable de 1 à 5 points)
- ✓ La réponse motrice (Cotable de 1 à 6 points)

Le score total correspond à la somme des scores obtenus dans chacun de ces critères. Le score final peut donc varier entre 3 et 15 points. Plus le nombre de points obtenus est faible, plus le TC est considéré comme sévère/ grave. (Zeltzer, 2008)

- ✓ Le TC est considéré comme Léger lorsque ce score est compris entre 13 et 15 points.
- ✓ Le TC est considéré comme Modéré lorsque ce score est compris entre 9 et 12 points.
- ✓ Le TC est considéré comme Sévère si ce score est inférieur ou égal à 8 points.

Titre : Echelle de coma de Glasgow (Jennett et al, 1974)

Enfant/Adulte		
Activité	Score	Description
Ouverture des yeux	4	Spontanée
	3	À la demande
	2	À la douleur
	1	Aucune
Réponse verbale	5	Orientée
	4	Confuse
	3	Paroles inappropriées
	2	Sons incompréhensibles
	1	Aucune
Réponse motrice	6	Obéit aux commandes
	5	Localise à la douleur
	4	Retrait à la douleur
	3	Flexion anormale (décortication)
	2	Extension anormale (décérébration)
	1	Aucune

TAB. Echelle de coma Glasgow (GCS) de Bryan Jennett et Graham Teasdale (1974)

2) Le parcours de soin des patients TC de l'accident à la réinsertion

D'après la circulaire ministérielle du 18 juin 2004 de la Direction des Affaires Juridiques (DAJ), il y a 3 grandes phases dans le parcours de soin du patient ayant subi un traumatisme crânien (DAJ, 2004).

a) La prise en soin en phase aigue

L'accident a eu lieu, l'alerte est sonnée, les secours arrivent et le patient est transféré en service de réanimation. C'est l'état d'urgence, la priorité est donnée aux soins vitaux puis des examens complémentaires sont effectués tels que l'imagerie cérébrale. A ce stade, la prise en soin doit être la plus rapide et la plus adaptée possible. Après la réanimation, le patient est orienté dans une structure de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) neurologique (DAJ, 2004)

b) La prise en soin en structure MPR

Il existe différentes modalités selon l'état de santé du patient : Hospitalisation complète, de semaine, de jour ou encore en unité d'éveil. Les ergothérapeutes jouent un rôle actif en unité de MPR neurologique, en équipe pluriprofessionnelle avec le médecin, les soignants et leurs

collègues paramédicaux (comprenant le psychomotricien, le neuropsychologue, le psychologue etc.). Tous ces acteurs ont pour missions de rééduquer et de prévenir les déficiences physiques, neuropsychologiques et comportementales du patient, en tenant compte de son environnement afin de préparer la sortie et la réinsertion au sein de la famille et de la société. La coordination des dispositifs médicaux, médico-sociaux et sociaux est primordiale afin d'accompagner au mieux le patient dans son projet de vie. Des modalités transitionnelles de prise en charge doivent être prévues, en coopération avec les différents acteurs et structures parallèles. (DAJ, 2004).

c) La prise en soin à long terme

La prise en soin à long terme constitue un enjeu majeur. A ce stade, les objectifs principaux sont de soutenir/ d'accompagner la réinsertion familiale et socio-professionnelle et d'assurer la continuité du suivi (suivi médicaux et relais médicaux sociaux) afin de prévenir la désocialisation/ l'isolement. Sortir de l'hôpital après des mois d'hospitalisation n'est pas une étape anodine, en effet les patients et leurs proches découvrent les difficultés liées à la vie quotidienne. Ils ont particulièrement besoin, à ce moment-là, de soutien et de conseils dans cette étape. Une prise en soin globale et continue est particulièrement nécessaire (DAJ, 2004).

Le réseau sanitaire et médico- social est constitué de (DAJ, 2004) :

- ✓ Structures de MPR spécialisées
- ✓ Services d'aide et d'accompagnement à domicile : services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- ✓ Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH)
- ✓ Dispositifs d'aide à la vie autonome.
- ✓ Soins à domicile (SSIAD, HAD etc.)
- ✓ Unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle pour les patients craniocérébraux (UEROS)
- ✓ Les libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes),
- ✓ Etablissements d'accueil médico-sociaux et associations.

Leurs missions consistent à évaluer, accompagner, conseiller, surveiller, former/ informer, et ils mènent aussi des recherches épidémiologiques, cliniques et/ou sociales. (DAJ, 2004)

Un réseau complémentaire, plus récent existe. Ce réseau inclue des places médicalisées en Maison d'accueil spécialisé (MAS) et en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) pour les adultes entre autres. (DAJ, 2004)

3) Les séquelles consécutives du TC

En effet, les troubles persistants chez les patients traumatisés crâniens sont essentiellement des troubles neuropsychologiques avec des troubles cognitifs tels que les troubles de la mémoire, des fonctions exécutives et l'attention. De ce fait, ils présentent généralement un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information et des troubles comportementaux associés. (Vallat & Chardin-Lafont, 2014).

✓ Les séquelles spécifiques du TC léger

Parmi les TC, 70 à 80% sont considérés comme légers, soit 100 à 120 000 blessés par an. Un TC considéré comme léger peut provoquer des séquelles sévères. Souvent passées inaperçues, ces séquelles impactent le quotidien des patients affectés. Les troubles étant difficilement objectivables, beaucoup de patients ayant subi un TC dit léger quittent le parcours de soin avant d'avoir pu bénéficier d'un suivi adapté. Les séquelles liées au TC léger peuvent être d'ordre attentionnelles, mnésiques, langagières et/ou liés aux apprentissages. À la suite d'une évaluation précise des facilitateurs et des obstacles, ces patients peuvent être orientés vers des professionnels plus aguerris et un bilan approfondi en UEROS (Unité Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle) peut être proposé à plus long terme. (DAJ, 2004).

Selon les auteurs Alaoui et al (1998). Les traumatisés crâniens modérés ou légers mentionnent aussi les troubles de la mémoire mais les auteurs remarquent une prédominance de troubles affectifs et émotionnels observables par une humeur dépressive, une anxiété et/ou une labilité de l'humeur (Alaoui et al, 1998).

✓ Les séquelles spécifiques du TC grave

Les séquelles physiques sont au premier plan mais celles-ci disparaissent ou régressent généralement de manière significative et assez rapidement. Néanmoins, les atteintes cognitives et intellectuelles restent souvent conséquentes, notamment avec une altération de la mémoire, de l'attention/ concentration, de la planification/ organisation et du raisonnement et des troubles du comportements. Les troubles du comportement peuvent s'observer par l'Apathie, les troubles des conduites sociales et/ ou la désinhibition. Ils

constituent un frein non négligeable à la réinsertion des patients ayant subi un traumatisme crânien. Ils sont souvent incompris par les proches des patients, voire niés par les patients eux-mêmes, du fait de l'anosognosie⁴. (DAJ, 2004)

Différentes études ont pu être menées à distance de l'accident auprès de patients ayant subi un traumatisme crânien (Qui avait été évalué initialement comme grave). Je choisis d'en présenter trois ci-dessous :

Les auteurs Kozlowski, Pollez et al (2002), dans un article intitulé « Devenir et qualité de vie à trois ans dans une cohorte de patients traumatisés crâniens graves » ont comparé le devenir et la qualité de vie des traumatisés crâniens grave, 3 ans après l'accident, au regard des facteurs prédictifs décrits initialement. La conclusion de l'enquête s'est axée sur la mise en corrélation des résultats obtenus. Les 2/3 des patients ayant survécu ont bien récupéré physiquement mais les séquelles intellectuelles restent importantes et les problèmes affectifs et comportementaux se révèlent être les plus déficitaires. Ces déficits entraînent une dépendance accrue pour la réalisation de tâches complexes, de qui contribue à la diminution de la qualité de vie ressentie par les patients ainsi que par leurs proches. (Kozlowski, 2002)

Dans l'article « Satisfaction de vie et devenir psychosocial des traumatisés crâniens graves en Aquitaine », (2002) les auteurs Quintard, Croze et al ont pu constater que, 7 ans après l'accident, la majorité des patients (65-85% parmi un échantillon de 79 patients) ont retrouvé une autonomie de vie quotidienne satisfaisante. Néanmoins, l'accès à l'autonomie complète dans la vie sociale (sans assistance, supervision et/ou protection juridique) ne concerne que 35 à 55% d'entre eux. Plus précisément, 67 % ont déclaré être satisfaits de leur autonomie, de leurs relations familiales (66%) et de leur situation financière (41%) mais ils décrivent une insatisfaction concernant leurs loisirs (36%), leur vie sexuelle (32%) et leur statut professionnel (28%). Il en a été conclu que les loisirs, la vie sexuelle et le statut professionnel constituent des domaines à prioriser dans l'élaboration des programmes de réadaptation et d'aide à la réinsertion sociale. (Quintard et al, 2002)

L'article de Alaoui, Mazaux et al (1998) que l'on peut retrouver dans un ouvrage de la série Annales de Réadaptation et de Médecine physique (volume 41, Issue 4) a permis d'évaluer l'impact des séquelles neuropsychologiques 5 ans après le traumatisme crânien auprès de 79

⁴ Définition du dictionnaire Larousse : « Incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint. » (Consulté en ligne le 21 décembre 2020 sur le site www.larousse.fr (Définitions : anosognosie - Dictionnaire de français Larousse)

patients. L'enquête démontre que la fatigabilité mentale, l'humeur dépressive, les troubles de la mémoire et les troubles des fonctions exécutives chez les traumatisés crâniens graves sont les séquelles majoritairement mentionnées. (Alaoui et al, 1998).

4) Les fonctions exécutives

En ce qui concerne les troubles des fonctions exécutives : Elles se traduisent par des difficultés à organiser sa pensée, à s'adapter, à aboutir une action, à anticiper, une tendance à la persistance dans les erreurs, à la rigidité et avec un ralentissement de la pensée (Troué & Sadigh, 2010, p 248)

Une brochure a été élaborée par le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Neurologique Ambulatoire de Bruxelles par les neuropsychologues Degiorgio et al. Le document n'est pas daté. Elle permet d'aider les personnes à mieux comprendre les fonctions exécutives (FE) et leurs conséquences dans la vie quotidienne. Cette brochure nous sensibilise sur le fait que les fonctions exécutives sont sollicitées uniquement dans les activités non routinières, qui demandent un effort de réflexion. (Degiorgio et al, *s.d.*).

En fait, les fonctions exécutives jouent le rôle de la tour de contrôle qui dirige les fonctions cognitives sous-jacentes. Les fonctions cognitives sous-jacentes sont l'inhibition (qui nous permet de freiner une réaction automatique inadaptée), la mise à jour (prendre en compte une nouvelle information à partir du contenu de sa mémoire de travail préexistant), la flexibilité mentale (permet de changer son comportement en fonction du contexte), la récupération active d'informations en mémoire (nécessite un effort pour ramener à la conscience un souvenir), l'attention divisée (permet de partager son attention entre deux stimuli), la planification (organiser, prévoir, anticiper, choisir comment procéder) (Degiorgio et al, *s.d.*).

De plus, dans un extrait d'un livre intitulé « Empathie, comportements prosociaux et troubles du comportement », Girad et al rapportent qu'une altération des fonctions exécutives rend difficile la gestion des émotions car ces fonctions sont reliées au contrôle des pensées et de toutes les fonctions cognitives sous-jacentes. Bien que cette altération soit un handicap invisible, elle peut être observable par le biais des troubles du comportement, qui sont une des conséquences de celle-ci. Objectivement, on peut voir apparaître une certaine impatience du fait de l'hyperactivité et de l'impulsivité, un mécontentement pouvant générer de l'agressivité et du conflit, ou encore des fautes d'inattentions. Le désinvestissement scolaire et les dépendances en sont souvent des signes alarmants. Les interactions sociales et les

apprentissages sont rendus difficiles. De ce fait, on retrouve souvent des patients qui ont une faible estime d'eux même car ils ont été souvent rejetés par leurs pairs à cause de leur comportement inadapté en société. (Girard et al., 2014).

5) Les troubles de la cognition sociale

L'auteur Maxime Bertoux de l'article « cognition sociale » issu de EMC – Neurologie paru en mai 2016, explique comment la cognition sociale nous permet d'adapter nos comportements en société. La cognition sociale se caractérise par la manière dont nous percevons, nous analysons et nous interprétons les informations sociales que nous recevons afin de donner une réponse adaptée au contexte (Bertoux, 2016, p. 1).

Or, les troubles de la cognition sociale sont une des séquelles qu'on retrouve souvent à la suite d'un traumatisme crânien entre autres. (Bertoux, 2016, l. 308-312). Ces troubles ont un impact majeur sur l'emploi et la qualité de vie. Ils favorisent aussi l'isolement, les troubles mentaux, les comportements anti-sociaux. (Bertoux, 2016, l. 88-94).

Maxime Bertoux présente, dans l'article cité précédemment, les fonctions de la cognition sociale. Il les nomme : « La théorie de l'esprit », « l'empathie », « la reconnaissance des émotions », « la régulation émotionnelle », « la sémantique sociale », « l'analyse contextuelle », « les fonctions exécutives » et le « circuit de récompense ». (Bertoux, 2016)

- ✓ La théorie de l'esprit est constituée d'une branche affective et d'une branche cognitive, aussi nommée « empathie cognitive » (Bertoux, 2016).
- ✓ « L'empathie est la capacité de partager et de comprendre les sentiments des autres » (Bertoux, 2016, l. 11). C'est elle qui nous pousse à aller à la rencontre de l'autre. Cognitivement, elle nous permet de nous faire une idée de ce que l'autre peut ressentir. Affectivement, elle nous permet de ressentir physiologiquement les ressentis d'autrui. Dans les deux cas, l'empathie nous aide à adapter nos réactions en conséquence de ce que nous avons perçu/ ressenti. (Bertoux, 2016)
- ✓ La reconnaissance des émotions nous permet d'approfondir nos relations sociales. Selon les travaux d'Ekman, il existe 7 émotions universelles : tristesse, colère, joie, neutralité, peur et la surprise (dépend des auteurs). Les émotions influent sur nos pensées et sur notre langage corporel. (Bertoux, 2016)
- ✓ La régulation émotionnelle nous permet de nous adapter en société. Pour réguler nos émotions nous disposons de deux stratégies : Soit nous inhibons l'expression de cette

émotion (nous nous retenons de frapper alors qu'on sent la colère monter), soit nous réévaluons cognitivement la situation de manière à faire émerger un ressenti différent. Cette dernière se révèle être la plus efficace. (Bertoux, 2016)

- ✓ Le terme de sémantique sociale équivaut à la connaissance des codes socio-culturels qui nous permettent de savoir comment interagir selon le contexte. Cette analyse du contexte facilite l'interprétation des sentiments, idées, croyances, et émotions d'autrui. Elle est comme une béquille pour nous soutenir dans la régulation de nos émotions. (Bertoux, 2016)
- ✓ La cognition sociale est en lien avec les fonctions exécutives dans le sens où l'inhibition cognitive et la flexibilité mentale nous permettent également de mieux réguler nos émotions. (Bertoux, 2016, p. 1-3)

D'autre part, un groupe d'ergothérapeutes du Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC) au Foyer d'Accueil médicalisé (FAM) « La maison des Aulnes » (Adef Résidences, 1992) évoquent l'accompagnement de personnes cérébrolésés présentant un trouble de la cognition sociale. Selon ces ergothérapeutes, la cognition sociale rassemblerait trois domaines d'expertise. La perception du langage non verbal, l'empathie et l'autorégulation.

A propos du langage non verbal : Guy Barrier a écrit un livre intitulé « la communication non verbale : comprendre les gestes ; perception et signification » en 2011. Dans ce livre, il part du principe que le corps s'exprime même sans l'usage de la parole. A ce titre, même le silence peut être lourd de sens, si on tient compte du langage non verbal. Avant même de pouvoir parler, le bébé communique avec ce langage. Guy Barrier définit alors le langage non verbal comme étant un tout formé de gestes, de mimiques, d'une voix, d'un regard, d'une posture, ou encore d'une distance physique (Barrier, 2011, p. 11)

Ensuite, l'empathie est la capacité à reconnaître ses propres émotions et à identifier celles des autres. Comme nous l'avons vu avec l'auteur Bertoux précédemment : « l'empathie est la capacité de partager et de comprendre les sentiments des autres » (Bertoux, 2016, l. 115-116) ou telle quelle est définie dans le dictionnaire Le Robert de poche 2008 : « capacité de s'identifier à autrui par l'émotivité. » (Rey et al., 2008, p. 240)

De plus, l'autorégulation est la capacité de contrôle de soi. D'un côté « auto » est un terme issu du grec « autos » qui signifie « soi-même » (Rey et al., 2008, p. 53) tandis que de l'autre, la « régulation » est définie par le « Fait d'assurer le fonctionnement correct, régulier » (Rey et al., 2008, p. 614). Si on se réfère au modèle de processus de régulation des émotions de Gross de 2002, il y aurait deux stratégies pour l'autorégulation émotionnelle. La première est initiée en amont, c'est la réévaluation cognitive. Elle consiste à réinterpréter la situation pour en réduire l'affect. Elle est reconnue étant la plus efficace car elle permet de modifier l'expérience émotionnelle associée à cette situation. La seconde est la suppression émotionnelle, elle se fait plus tard et consiste à inhiber la réponse extérieure (frapper par exemple) associée à un stimulus interne (la colère par exemple) (Gross, 2002)

Dans leur cadre d'intervention, les ergothérapeutes du FAM prennent le rôle de gestionnaires de conflits dans le sens où ils permettent aux patients de prendre progressivement conscience de leurs erreurs d'interprétation et leur apprennent à mieux interagir avec leur interlocuteur. (Adef Résidences, 1992)

Par ailleurs, pour Rosenberg, « tout conflit est l'expression tragique d'un besoin insatisfait » (Rosenberg & Seils, 2006, p. 41) d'où l'importance en tant qu'ergothérapeute de s'intéresser à ce que ressentent les patients présentant des troubles de la cognition sociale pour les aider au mieux à avoir des relations interpersonnelles apaisées et adaptées.

Une étude exploratoire est parue dans *American Association on Health and Disability (AAHD)* en 2009. Cette étude porte sur les facteurs influant sur la participation aux loisirs après un traumatisme crânien. Vingt-six patients ont participé à cette étude, quelle que soit l'intensité de leur lésion (légère à grave). (Bier et al., 2009).

Les auteurs de cette étude ont utilisé un questionnaire semi structuré. Grâce à celui-ci, ils ont pu comparer la participation aux loisirs avant / après l'accident. Les questions portaient sur la fréquence des activités, leur degré d'intérêt, leur volonté à les modifier, et sur les difficultés personnelles et environnementales qui pouvaient venir influencer leur participation aux loisirs. A l'issue de cette étude, la perturbation de la participation aux loisirs due au traumatisme a été objectivée. 92% des participants affirment avoir diminué leur participation aux activités de loisirs. Ce constat peut s'expliquer par la présence des déficiences motrices et par les obstacles sociaux dans l'environnement. Pour les blessures les moins graves, il y a tout de même une augmentation du temps dédié à la réalisation des

activités. Pour conclure, la lésion cérébrale d'origine traumatique à un effet délétère objectivable et non négligeable sur la participation aux loisirs. (Bier et al., 2009)

IV. La médiation théâtrale

1) La médiation théâtrale présentée

Dans la situation de départ, Adèle était en train de jouer avec ses camarades à un jeu de rôle. Il s'agissait donc d'une activité réalisée à l'initiative d'Adèle, en tant que loisir.

Or, la rédaction de ce mémoire vise à explorer le potentiel thérapeutique de cette activité théâtre et de s'interroger sur la manière dont celle-ci peut devenir une médiation thérapeutique, faisant partie intégrante de la pratique de l'ergothérapeute.

A première vue, une activité, pour qu'elle soit thérapeutique, nécessite la présence d'un thérapeute et se base sur un/des objectif (s) thérapeutique(s) et un cadre prédéfini. En ce sens, elle requiert une visée thérapeutique. En effet, jouer une pièce de théâtre n'est pas une fin en soi. En réalité, « *Elle n'est qu'un véhicule, un médium qui prétend à d'autres buts [...]* » (Widlöcher, 1962). C'est-à-dire que les objectifs sont différents entre l'activité et la médiation.

Dans l'activité théâtre, le but recherché est de réaliser une belle représentation sur scène le jour J. Les ateliers théâtre sont donc principalement dirigés vers ce but. Or, la médiation théâtre ne peut se suffire à ce but. Lorsqu'un thérapeute utilise le théâtre comme médiation, il s'en sert avant tout comme moyen. Il utilise donc ce moyen pour répondre à des objectifs prédéfinis en collaboration avec le patient.

Comme nous l'avons vu lors de notre entretien exploratoire, avec l'ergothérapeute qui pratique la médiation théâtre (Annexe A) : Les objectifs peuvent être « [...] prendre confiance en soi [...] développer l'imaginaire [...] mettre en jeu les fonctions cognitives » entre autres. (Annexe A).

Il y a aussi un intérêt particulier qui est attribué au cadre. La médiation théâtrale est utilisée de manière réfléchie : L'ergothérapeute veille aux profils des patients qui y participent (cohérence du groupe), à la distinction physique entre l'espace scénique et de l'espace réel (une estrade, une délimitation), elle détermine une durée, une fréquence et des règles à respecter par exemple (Annexe A).

Pour Dolghin (psychothérapeute), la médiation théâtrale est classée comme étant une médiation expressive portant sur l'image du corps. En utilisant le corps avec imagination, on s'autorise à s'identifier et à se différencier. La scène offre alors l'opportunité de parler de soi sans prendre trop de risques. Dans la peau du personnage que l'on incarne, le temps de la représentation, on peut rejouer sa propre histoire (introjection) dans un espace suffisamment sécuritaire, ce qui facilite la libre expression. Enfin, il y a aussi une projection qui peut se faire du spectateur vis-à-vis du rôle que jouent les acteurs. (Dolghin, s. d.).

Le cadre est réfléchi, il s'adapte à la situation de chaque patient et est à la fois souple et ferme (Kelemen, 1996). Il présuppose :

Au lieu : [organisation des espaces, disposition des meubles, la taille de la pièce, éclairage]

Au temps : [Fréquence, Où en est le patient dans son processus ?]

Au dispositif : [Rituels d'entrée et de sortie, Choisir entre un groupe ouvert, semi ouvert ou fermé, Avec ou sans inscription, Régulier ou ponctuel, production commune ou individuelle, Homogénéité du groupe.]

A la proposition : [La médiation théâtre par exemple, Veiller à ce qu'elle soit ou devienne significative pour le patient, solliciter l'agir du patient]

Aux règles : [le non-jugement, l'acceptation de l'autre, la présence obligatoire après engagement sauf en cas d'urgence, etc.].

Par ailleurs, le cadre doit être suffisamment accueillant, contenant, sécurisant, adapté, et fiable. (Kelemen, 1996).

A titre d'exemple, en 2019, Cariou-Rognant Anne Marie et Chaperon Anne-Françoise (psychologues cliniciennes, enseignantes à l'Association Française de Thérapies Comportementales et Cognitives) et Duchesne Nicolas (psychiatre libéral) rapportent que le jeu de rôle permet de rejouer une situation relationnelle qui a posé, ou qui risque de poser un problème dans la vie quotidienne du patient, afin de travailler sur les habiletés sociales. Dans un premier temps, l'objectif est de permettre au patient d'apprendre à interagir de manière adaptée (bonne régulation émotionnelle, bon contrôle de ses comportements, et de ses pensées) en situation délicate. Dans un second temps, le transfert des acquis dans la vie personnelle et professionnelle du patient est recherché. Se réalisant au sein d'un groupe, le jeu de rôle offre la possibilité de faire participer plusieurs acteurs. Le thérapeute coconstruit le scénario avec les patients avant la mise en scène. La répétition de cette dernière et le changement de rôle (se mettre à la place de l'autre) facilitent l'apprentissage. Finalement, le

jeu de rôle offre un espace suffisamment sécurisé (avec moins de conséquences que dans sa vie quotidienne) au patient afin qu'il puisse apprendre par l'expérience. (Cariou-Rognant et al., 2019, p. 18-19).

Nous avons pu définir la médiation théâtrale de manière générale en l'illustrant avec un exemple de jeu de rôle. Cependant, qu'en est-il en ergothérapie ?

2) La médiation théâtrale dans la pratique de l'ergothérapeute.

A titre d'exemple, Masselin (orthophoniste), Destailats (psychiatre), Lozes (psychologue) et Belio (ergothérapeute) en 2001 décrivent la mise en place d'un groupe intitulé « jeux de rôles » pour lequel des objectifs concrets, de complexité progressive (tâches graduelles) et en lien avec le projet de vie du patient ont été définis au préalable. Le chapitre dans lequel le jeu de rôle est décrit s'intitule : « De l'importance de la métacognition et du soutien psychologique dans l'abord cognitivo-systémique de patients cérébrolésés ». Ce groupe est mis en place dans le cadre de stages de type UEROS ce qui offre un espace suffisamment sécurisé et espacé dans le temps, de manière à permettre aux patients de s'exprimer librement et d'apprendre à leur manière et à leur rythme (information et éducation). Les auteurs de ce chapitre rapportent que du fait de leurs lésions cérébrales, les patients peuvent ressentir et exprimer leurs émotions de manière différente des personnes non cérébrolésées. Ils ressentent réellement ce qu'ils vivent mais ils ont plus de difficultés à l'interpréter et à reconnaître la cause de leur manifestation. En effet, ils ont souvent des troubles des fonctions exécutives qui altèrent leur processus cognitif et les empêchent d'analyser et de comprendre correctement ce qu'ils vivent dans les relations interpersonnelles. Les objectifs et moyens thérapeutiques travaillés dans ces séances groupales sont répartis en trois niveaux de difficulté croissants (Masselin et al., 2001).

Pour les patients, les objectifs de premier niveau sont :

- ✓ Améliorer leur estime d'eux-mêmes
- ✓ Savoir utiliser la communication analogique et digitale à bon escient.

Pour ce faire les moyens utilisés sont :

- ✓ Les exercices de présentations (un patient se présente, les autres observent et commentent, puis les rôles sont échangés),
- ✓ Les mimes (des situations émotionnelles jouées par des patients puis filmées et les autres patients doivent deviner le sentiment que leur camarade a essayé d'exprimer),

- ✓ La lecture d'une pièce de théâtre (il leur est demandé de moduler leur voix à partir d'une pièce de théâtre afin de transmettre leur message par association de l'analogique et du digital).

Ce chapitre nous explique aussi qu'en conséquence de leur lésion cérébrale, les patients ont besoin d'aide pour détecter chez l'autre un ressenti émotionnel auquel eux-mêmes n'auraient plus accès. En effet, ils sont souvent pris par surprise et confrontés à l'incapacité d'anticiper une situation car ils ne peuvent détecter les signes avant-coureurs de l'état émotionnel de leur interlocuteur.

Les objectifs de second niveau sont :

- ✓ Identifier les situations de perte de contrôle et/ou de sentiment d'agression sans justification.
- ✓ Faciliter le travail de compréhension d'une situation en élaborant plusieurs solutions possibles.
- ✓ Sensibiliser sur les divergences qu'il peut y avoir entre ce qu'on a voulu dire, ce qu'on dit, ce que l'autre comprend.
- ✓ Savoir identifier le moment où la situation commence à déraiser (perte de contrôle, erreur d'interprétation...) et prendre conscience du rôle actif qu'ils jouent au sein de la relation. (Diminuer sentiment de persécution).

Pour réaliser ces objectifs, les thérapeutes utilisent des moyens comme :

- ✓ La sensibilisation
- ✓ Le changement de rôle
- ✓ La verbalisation (communication autour des questions de type : Quel comportement sont inadaptés ? Pourquoi c'est difficile pour eux ? Qu'est-ce qui peut mener au conflit relationnel ?)
- ✓ La caméra (permet aux patients de pouvoir se revoir à partir de la position d'observateur). Il est vrai qu'il est plus facile pour les patients cérébrolésés d'analyser une situation où ils ne sont pas impliqués.

L'Objectif de troisième niveau est : Expérimenter et maîtriser les relations.

Cet objectif peut être très difficile pour les patients surtout s'ils présentent des troubles importants. Malgré tout, à ce stade, les patients auront déjà bénéficié d'une bonne prise de

conscience de leurs troubles à l'issue des mises en situations proposées (vécu expérientiel avec implication émotionnelle). Le but recherché est de les sensibiliser et de les amener à une prise de conscience de leurs capacités et incapacités. Pour ce faire, les thérapeutes utilisent l'analyse de situations vécues par les patients lors du travail en groupe mais aussi celles rencontrées dans leur vie quotidienne. En effet, le choix de la mise en scène est livré au hasard et on demande aux patients de tenter d'élaborer une stratégie pour se sortir d'une situation relationnelle délicate (Masselin et al., 2001, p. 54-55).

Finalement cet atelier permet aux thérapeutes de se rendre compte des aptitudes relationnelles et des capacités d'adaptation en contexte inconnu que montrent les patients (en se basant sur ce qui est visible). Ce qu'on leur apprend est indépendant du contexte, ce qui facilite la généralisation et l'ergothérapeute est habilité à faire des liens entre les échecs et leurs raisons sous-jacentes, en associant ces observations avec ces connaissances sur le fonctionnement cognitif du patient (Masselin et al., 2001, p. 56-57).

Il peut être difficile de dissocier les troubles cognitifs et les troubles psychologiques mais il est très important de travailler les deux en parallèle. En créant une alliance thérapeutique avec le patient on l'aide à faire baisser ses défenses psychologiques. La conscience de soi est définie par Masselin et al comme étant la reconstruction de l'identité par connaissance de soi (et de ses limites) et permet au patient de se reconstruire une nouvelle représentation de lui-même. Principalement pour les traumatisés crâniens, il faut veiller à la répercussion psychique individuelle et familiale, et ce, même à distance de l'accident. (Masselin et al., 2001, p. 57-58).

Concernant, la posture professionnelle du thérapeute, il est important de prendre en considération que ce dernier fait office de tremplin pour aider les patients à franchir leurs obstacles mais que le thérapeute ne peut laisser les patients s'appuyer sur lui, au risque qu'ils s'effondrent s'il lâche son soutien. Autrement dit, le thérapeute doit s'assurer que le patient ne devienne pas dépendant de son soutien au point de ne plus pouvoir expérimenter sa vie sans celui-ci. En ce sens, il faut donc aussi envisager la question de la séparation. (Masselin, 2001, p. 57-58).

Finalement, les objectifs sont prioritaires sur les moyens et le plus important reste ce qui se joue entre les participants. La dynamique de groupe et les relations interpersonnelles sont donc les outils de travail principaux. (Masselin, 2001, p. 58-59).

Aussi Delphine Sonrier (ergothérapeute spécialisée dans la prise en soins des patients ayant subi un traumatisme crânien) et Mélanie Vanberten (psychologue) dans l'article « La prise en charge des troubles du comportement et des émotions chez les patients cérébro-lésés : mise en place d'un groupe de cognition sociale » (2011) décrivent et expliquent la mise en place d'un groupe de cognition sociale mené auprès de patients cérébro-lésés.

Ces principaux objectifs sont :

- ✓ Déterminer les troubles de la cognition sociale
- ✓ Amener le patient vers une prise de conscience de ses difficultés
- ✓ Tenter une médiation permettant de favoriser la réinsertion sociale, scolaire/professionnelle et ou familiale.

A partir de là, des objectifs plus individualisés sont définis tels que faire passer un message, le décoder, le comprendre, gérer / réajuster leur comportement par exemple. Le dispositif de groupe permet de créer une dynamique de partage et offre un espace de sociabilisation qui réduit le risque d'isolement (Sonrier, 2011, 6-7).

- ✓ Modalités (Sonrier, 2011, 7-8) : 1h de séance par semaine (avec 30 minutes supplémentaires dédiées à la rédaction des comptes rendus de séance entre professionnels). Les séances se déroulent toujours au même lieu. Le groupe est constitué de 3 à 5 patients. Les auteurs prônent la plus-value d'être un binôme à mener ce groupe (mise en commun de points de vue différents, complémentarité des pratiques).
- ✓ Matériel utilisé (Sonrier, 2011, 8-9) : Tableau/ *Paper board*, caméra ou appareil photo.

Les participants sont admis selon des critères d'inclusions spécifiques, notamment ceux liés au niveau de leurs difficultés, de leurs capacités adjacentes et de leur état psychologique. Le programme est divisé en 4 modules. Chaque module traite une dimension de la cognition sociale et des émotions de manière ludique. Les thérapeutes ont une participation active auprès des patients (font avec eux / comme eux) ce qui permet de dédramatiser et de les encourager à participer.

Le premier module s'intitule « émotion » (Sonrier, 2011, p 9) et permet de travailler la connaissance, l'expression, et la reconnaissance des émotions au travers de re visionnages, de jeux de mimes et de mises en situations.

Le deuxième module traite de la « communication », c'est-à-dire : Savoir entrer en relation, s'affirmer, faire une demande etc.

Le troisième module est le module « comportement » (Sonrier, 2011, 10). Il offre aux patients un espace pour réfléchir/ analyser son propre comportement/ celui des autres). Les patients peuvent être filmés pour pouvoir se revoir en action et prendre ainsi conscience de leur comportement.

Le dernier module s'intéresse à ce qui est « implicite » (Sonrier, 2011, 10) : C'est-à-dire à la capacité de comprendre le message transmis par le discours et du langage non verbal. Pour ce faire, les auteurs réutilisent des publicités, des dessins ou encore des vidéos humoristiques.

Les troubles du comportement, de la cognition sociale et des émotions sont encore trop souvent « réprimés, médiqués ou ignorés » alors que les patients atteints de ses troubles sont exposés souvent à l'isolement social, aux relations conflictuelles, accèdent difficilement à l'emploi et s'en retrouvent réfrénés dans leur autonomisation. (Sonrier, 2011, 12-13)

Autre exemple : Le centre Activité de Jour (CAJ) de la côte d'or accueille principalement des patients traumatisés crâniens (80%) âgés entre 18 et 60 ans. Ce CAJ est présenté dans le chapitre « De l'interdisciplinarité ou comment travailler ensemble : exemple d'une activité théâtre d'improvisation en coanimation ergothérapeute et psychomotricienne » par Troué (ergothérapeute) et Sadigh (psychomotricienne) en 2010. Les patients qui y sont accueillis sont autonomes pour marcher mais présentent des séquelles cognitives persistantes. Au sein de cette structure, une psychomotricienne et un(e) ergothérapeute, formés spécifiquement à l'accompagnement de ce profil de patients, ont mis en place une « activité théâtre d'improvisation » (Troué & Sadigh, 2010, pp 246-254).

En amont de la description d'une séance de théâtre type, les séquelles physiques, cognitives, sensorielles et psychoaffectives que présentent souvent ces patients sont présentées. (Troué & Sadigh, 2010, p 248). Pour rester dans le cadre de ce mémoire, seules les séquelles psychoaffectives seront explicitées ci-dessous. Parmi ce type de séquelles on retrouve : Les troubles du comportement, la désinhibition, l'impulsivité, la perte de contrôle,

l'imprévisibilité, les attitudes inadaptées en société (insensibilité à l'égard d'autrui), l'irritabilité, la susceptibilité, l'impatience ou au contraire, la passivité (perte d'initiative). Les patients ont alors souvent le sentiment d'être différents des autres et peuvent même avoir des difficultés à se reconnaître dans les actes qu'ils peuvent commettre en conséquence de leur trouble. On distingue deux profils de patients traumatisés crâniens. Les uns se dévalorisent et ont davantage tendance à la passivité, tandis que d'autres se surestiment (en lien avec l'anosognosie⁵) et s'opposent davantage. Chez ses patients on retrouve souvent des troubles émotionnels avec une labilité de l'humeur et un manque d'adaptation aux changements, ce qui peut induire une source de stress, de la frustration, de la colère ou de la tristesse (Troué & Sadigh, 2010, p 248-249).

En général, ces séances se déroulent une fois par semaine à horaires réguliers. Tout d'abord, les patients sont immergés dans l'activité par le biais d'échauffements avec des mouvements amples et des lancers de ballons. Ce temps d'accueil est suivi d'un temps d'expression corporelle avec des exercices de mimes. Le niveau de difficulté est croissant et peut être adapté grâce à plusieurs paramètres (le nombre d'acteurs, la possibilité de poser sur le papier ses idées, la réflexion semi dirigée, la mise en place d'un grand miroir pour faciliter le contrôle du langage corporel ou encore le fait de d'associer plusieurs mimes à la fois pour complexifier). A ce moment, une pause de 15 minutes s'impose. Après ce temps de repos, un temps d'expression verbale et corporelle est proposé avec des mises en scènes à plusieurs sur des situations vécues au quotidien. Il est également possible de marquer un temps d'arrêt à la scène pour en modifier sa finalité. Puis, le moment de débattre arrive. Pour cet exercice il est demandé aux patients de se décentrer de son véritable avis. Pour clôturer la séance, le temps sensoriel permet un retour au calme. En marchant les yeux fermés, les participants ont leurs sens en alerte et doivent essayer de reconnaître leur camarade par sa voix, son toucher et son odeur. (Troué & Sadigh, 2010, p 250).

Cette activité théâtre d'improvisation sollicite donc trois dimensions : physique, cognitive et relationnelle. Chaque dimension doit être travaillée séparément afin d'éviter la surcharge attentionnelle. Cette médiation permet aux patients de découvrir et d'optimiser leur potentiel

5 Définition du dictionnaire Larousse : « Incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint. » (Consulté en ligne le 21 décembre 2020 sur le site www.larousse.fr (Définitions : anosognosie - Dictionnaire de français Larousse)

en verbalisant leurs ressentis, en travaillant sur leurs émotions, en s'entraînant à l'écoute altruiste, à avoir l'esprit d'équipe et à solliciter leur imaginaire. En se connaissant mieux, ils deviennent plus confiants, plus paisibles et bénéficient d'une meilleure compréhension des codes sociaux, ce qui les rend plus aptes à ajuster leur comportement aux réactions des autres. (Troué & Sadigh, 2010, p 251).

En ce qui concerne le cadre thérapeutique de cette « activité théâtre d'improvisation » : Il rassure, sécurise, facilite le développement de compétences et l'insertion dans la société des patients traumatisés crâniens. En ce sens, les mises en situations permettent de reprendre confiance avant de transférer ses acquis dans la vie quotidienne via les moyens de compensations explorés. (Troué & Sadigh, 2010, 249).

Par ailleurs, la dynamique de groupe qui existe au sein de cette activité constitue un outil thérapeutique à part entière. En effet, les interactions sociales y sont inévitables. Le fait d'être observés par les spectateurs permet de travailler sur l'image que les patients se font d'eux-mêmes. Le cadre est à la fois externe (observable par le choix du lieu et des horaires par exemple) et interne (plus subjectif : contenant et rassurant). Il est important que la scène soit physiquement différenciée de l'espace des spectateurs pour réduire l'ambiguïté entre le jeu et la réalité. Le groupe est volontairement restreint et suffisamment à l'abri des regards extérieurs pour faciliter la libre expression de chacun. Par ailleurs, la participation active des thérapeutes vise à encourager l'implication des patients. Les thérapeutes doivent s'assurer de la bonne compréhension des consignes et des objectifs par les participants. Ils doivent permettre aux patients d'y mettre du sens, de s'approprier l'exercice dans l'objectif ultime d'un transfert d'acquis dans leur vie quotidienne. (Troué & Sadigh, 2010, pp 251-252).

Les auteurs de cet « atelier théâtre d'improvisation », Troué et Sadigh (2010) prônent l'intérêt d'être deux intervenants, permettant ainsi de multiplier par deux les observations et de mieux se réajuster au cours de la séance. En effet, lorsque l'un s'entretient avec un patient qui rencontre une difficulté, l'autre peut continuer à gérer le reste du groupe. Le psychomotricien et l'ergothérapeute se retrouvent sur l'attention portée au langage du corps (posture, gestes, mimiques) et à la manière dont le patient se le représente, l'utilise et l'investit. Mettre en évidence le lien entre ce qui est observable du corps de l'autre avec ce que celui-ci peut éprouver comme sentiments permet de redonner des repères aux patients, comme un signal d'alarme qui les inciterait à amorcer un réajustement de leur comportement.

Ces deux thérapeutes s'intéressent à valoriser les aptitudes observées pour encourager les patients à progresser et les aider à prendre conscience de leurs progrès. Finalement, leur complémentarité apporte une valeur ajoutée à l'analyse de leur pratique, ce qui est favorable au bon déroulement des séances. (Troué & Sadigh, 2010, 252-254)

En résumé, ce cadre théorique nous a permis de comprendre le rôle joué par l'ergothérapeute en général et plus spécifiquement avec l'approche cognitivo-comportementale, auprès de patients traumatisés crâniens. L'étude de leur parcours de soin me permettra de préciser le champ de recherche ultérieurement. L'exploration des séquelles du traumatisme crânien, en particulier les fonctions exécutives et les troubles de la cognition sociale nous a été utile pour réfléchir à notre question de recherche, à savoir : Comment la médiation théâtrale proposée par les ergothérapeutes, peut-elle permettre d'améliorer la cognition sociale des adultes après un traumatisme crânien ? Ensuite, nous avons pu rendre compte, à travers différentes études, du rôle tenu par l'ergothérapeute en ce qui concerne la mise en place et le suivi de groupes de théâtre, en co-animation.

Finalement, ce travail préalable m'a permis de préciser au mieux la méthodologie de recherche et de me positionner sur le choix et la conception de l'outil de recherche.

V. Méthodologie de recherche

1) Le champ de recherche

Comment la médiation théâtrale proposée par les ergothérapeutes, peut-elle permettre d'améliorer la cognition sociale des adultes après un traumatisme crânien ?

Population cible : La population ciblée dans ma question de recherche concerne les patients ayant subi un traumatisme crânien. Ces patients ne se trouvent pas en phase aigüe de leur parcours de soin (soins d'urgence vitale et rééducation importante). Ils seront autonomes dans leurs déplacements. Ils présenteront des troubles de la cognition sociale, c'est-à-dire qu'ils se retrouvent en situation de handicap pour interagir avec les autres (relations conflictuelles, incompréhensions, difficultés à gérer leurs émotions et à se comporter de manière adaptée en présence d'autrui etc...). Enfin, ils sont suivis en ergothérapie où ils sont accompagnés dans leur projet de réinsertion sociale.

Hypothèse : J'émet l'hypothèse que la cognition sociale des patients après un traumatisme crânien peut être améliorée au travers de la médiation théâtrale lorsque l'ergothérapeute la pratique en collaboration avec un autre professionnel en intégrant des exercices variés, au cours de séances régulières, durant lesquelles les patients sont amenés à participer activement.

Population visée par l'enquête : Je recherche donc à interviewer des ergothérapeutes exerçant la médiation théâtrale auprès de la population cible définie ci-dessus.

Critères de sélection : Les ergothérapeutes qui travaillent avec la médiation théâtrale avec un groupe mixte de patients cérébrolésés seront inclus, à condition que des patients qui correspondent à ma population cible y soient présents dans ce groupe. En revanche, seront exclus de mes critères de sélection, les ergothérapeutes n'ayant pas de spécificité/d'expérience auprès des patients traumatisés crâniens, ainsi que ceux qui accompagnent des patients mineurs et/ou non cérébrolésés.

Terrain d'enquête : En prenant appui entre autres sur la circulaire ministérielle du 18 juin 2004 (DAJ, 2004), je pense pouvoir contacter des ergothérapeutes au sein de structures de MPR (Médecine Physique et de réadaptation), en SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale), en SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour les personnes adultes handicapées), en UEROS (Unités d'Evaluation de réentraînement et d'Orientation sociale et professionnelle) au sein d'Associations, en MAS (Maison d'accueil spécialisée), en FAM (Foyer d'accueil médicalisé), au encore en CAJ (Centre d'accueil de jour). Les structures se trouvant en dehors du territoire Français ne seront pas explorées, du fait de la barrière de la langue, d'une part, et pour délimiter un cadre de recherche d'autre part.

2) Le choix de l'outil de recherche

La lecture du chapitre 8 du « Guide pratique de recherche en réadaptation » (2014) issue de la revue Méthodes en techniques et outils d'intervention, de Sylvie Tétrault et Pascal Guillez m'a permis de me positionner concernant le choix de mon outil d'enquête. J'ai finalement opté pour l'entretien de recherche.

Cet outil me semble être le plus adapté pour aller explorer le point de vue et recueillir le vécu expérientiel des professionnels. En effet, l'entretien me permet de mener une enquête qualitative (basée sur une transmission de savoirs et d'expériences) plutôt que quantitative

(des données chiffrées). Cette étude qualitative me permettra de découvrir différentes manières d'aborder la médiation théâtrale selon la personnalité, les expériences et les croyances de l'ergothérapeute qui utilise cette médiation, ce qui enrichira les résultats de mon enquête. Par ailleurs, il peut être structuré, semi-structuré ou libre (Tétreault, 2014, 221-224).

Mon choix s'oriente davantage vers l'entretien semi-dirigé car il permet de guider les propos de la personne en direction de ma question de recherche, tout en laissant suffisamment de place à la personne pour s'exprimer sur le sujet. Il oriente mais ne fige pas, il offre une certaine flexibilité (Tétreault, 2014, 223). Par ailleurs, il s'agit d'un outil informatif (qui amène la personne interrogée à s'exprimer et à partager des connaissances / des expériences), interactif (qui invite la personne à se confier/ à approfondir ses propos et à faire part de son ressenti), spontané (communication active et unidirectionnelle) et révélateur (le participant est impliqué émotionnellement dans ce qu'il dit). Néanmoins, l'entretien garde une part de subjectivité qui varie selon la manière dont il est mené, les modalités de passation, et la capacité de l'interviewer à poser ses questions au bon moment. (Tétreault, 2014, 216-218).

3) La conception de l'outil de recherche

Premièrement, j'ai invité les ergothérapeutes à me décrire le profil de patients qu'il a l'habitude de suivre et les spécificités de ce profil de patients. Cette approche m'a permis de rendre compte des éléments à prendre en considération lors des séances de médiation théâtrale. Ensuite, j'ai abordé la thématique de la médiation théâtrale afin de pouvoir comprendre comment l'ergothérapeute met en place et assure le suivi des séances de théâtre. Puis, je m'intéresse à la spécificité du rôle joué par le professionnel interrogé, à la manière dont il gère le cadre thérapeutique et à la question de la co-animation. Par ailleurs, j'ai exploré également les freins liés au transfert des acquis dans la vie quotidienne des patients, ainsi que ceux reliés à la mise en place de cette médiation par l'ergothérapeute. Enfin, j'ai clôturé les entretiens par une synthèse et des remerciements (Annexe D).

4) La mise en œuvre de la recherche

Ma trame d'entretien (Annexe D) reprendra les 4 principales thématiques de mon cadre théorique, à savoir le traumatisme crânien, la cognition sociale, la médiation théâtrale et le rôle de l'ergothérapeute (ou autre professionnel si le participant interviewé n'est pas ergothérapeute, dans ce cas, le rôle de ce dernier sera comparé à celui de l'ergothérapeute dans l'analyse des entretiens).

Sélection des participants : J'ai rassemblé les coordonnées des participants potentiels, dans un tableau, en fonction de mes critères de sélection. Ce tableau est organisé en 4 colonnes : Le nom de l'établissement, le nom du participant potentiel, ses coordonnées, et une case « réponse du professionnel ». Pour cette dernière colonne, je choisis un code couleur : le rouge pour une réponse négative, l'orange pour une réponse en attente, le vert pour une réponse positive. En complément, j'ai utilisé la méthode « boule-de-neige », qui consiste à ce qu'un participant potentiel contacté fournisse les coordonnées d'un second, que ce dernier fournisse à son tour les coordonnées du suivant, et ainsi de suite (Tétreault, 2014, 233).

Ainsi, chaque nouveau contact obtenu est ensuite ajouté au tableau. Par ailleurs, j'ai pris contact également avec le Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC), j'ai posté une annonce sur une page Facebook dédiée à l'ergothérapie. De plus, j'ai pu obtenir un contact par le biais de la plateforme de réseaux professionnels tels que « Keskeces » ou « LinkedIn ». Enfin, le premier contact a été soit réalisé par mail soit par téléphone, en fonction du moyen de communication que j'ai pu obtenir à l'issue de ma recherche ou des pistes partagées par les autres participants.

Modalités de passation : J'ai conduit trois entretiens d'une durée de 30 minutes environ pour chacun. En effet, j'ai préféré mener plusieurs entretiens de courte durée, plutôt qu'un seul d'une durée plus longue afin de pouvoir aboutir à une analyse comparative de ces entretiens en fin de compte. De plus, la diversité des entretiens m'a offert une dynamique suffisamment variée pour me permettre d'évaluer ce qui relie et ce qui diverge entre les propos tenus par les différents participants interviewés.

Ces entretiens ont été réalisés en individuel et effectués en Visio-conférence avec l'application zoom, en prévision du contexte sanitaire. Ce dispositif permet de pallier les contraintes liées à la crise sanitaire et offre un panel plus large de possibilités d'organisation compte tenu des disponibilités de chacun et de la distance géographique. Ces entretiens ont été enregistrés après avoir obtenu le consentement écrit (libre et éclairé) des participants (Annexe C).

Analyse des données : Les données recueillies à partir des entretiens ont été retranscrites, codées, et analysées (Tétreault, 2014, 233-234) : En effet, j'ai retranscrit le contenu du discours tenu lors des entretiens à l'aide de la version gratuite de certains sites de retranscription en ligne tels que « Sonix » et « Happy Scribe ». Cette retranscription

automatique a nécessité une reprise manuelle attentive associée à plusieurs écoutes du contenu des enregistrements.

Ensuite, une fois les retranscriptions réalisées, celles-ci ont fait l'objet de relectures avec prise de notes et surlignage. Une première étude de retranscription a permis de rassembler les éléments relatifs à mes différentes parties prédéfinies dans mon cadre conceptuel. En effet, bien que ma trame d'entretien ait été conçue en fonction de ces parties, les ergothérapeutes interrogés fournissent des informations à différents moments de l'entretien. C'est pourquoi il a été nécessaire de retrier les informations. Pour ce faire, j'ai utilisé un codage mixte (Tétreault, 2014, 234). C'est-à-dire qu'un code couleur (surlignage) a été mis en place de manière à dissocier et répartir les divers éléments de la retranscription en fonction de thématiques préalablement définies. Ces thématiques sont relatives au cadre théorique et sont également issus des questionnements évoqués dans la trame d'entretien.

VI. Les résultats de la recherche

La retranscription d'un des entretiens d'enquête réalisés est ajoutée en annexe (Annexe A). Il s'agit de l'entretien réalisé auprès de l'ergothérapeute A.

1) Le traumatisme crânien

L'**ergothérapeute A** exerce son métier dans un CAJ spécialisé dans l'accompagnement des personnes cérébrolésées en phase de réadaptation/réinsertion. Au sein de ce CAJ, il y a principalement des patients adultes (18-60 ans) ayant subi un traumatisme grave (orientés par la MDPH au CAJ après une période de rééducation importante). Les patients bénéficiaient d'un accompagnement d'une durée de 3 ans maximum au CAJ.

« Il y avait des personnes qui avaient des séquelles motrices, mais [...] toutes avaient des séquelles cognitives [...] au niveau exécutif et [...] des problèmes de mémoire, attention, concentration et donc, pour certains, régulation du comportement, gestion des émotions, etc. » (Ergothérapeute A).

Ces séquelles cognitives constituaient un handicap invisible qui était souvent difficilement compréhensible pour les proches.

« Le côté handicap invisible est vraiment très particulier. C'était aussi compliqué pour les proches » (Ergothérapeute A).

Ils présentaient des difficultés pour comprendre le comportement de leur proche (le patient). Notamment, lorsque ce dernier pouvait apparaître par moments apragmatique et à d'autres moments réagir de manière exacerbée, « *parce qu'il y a une frustration, parce qu'il y a quelque chose qui ne s'était pas passé comme prévu.* » (Ergothérapeute A).

Ces difficultés étaient majorées lorsque le patient présentait une anosognosie :

« Ce qui était plus compliqué, c'était le décalage [...] entre la perception de la personne qui se voyait quand même comme avant en général, et puis la perception des proches qui avaient vraiment du mal à reconnaître leur proche, qui, avaient eux aussi du mal à faire le lien entre les difficultés cognitives et ce qu'ils observaient dans la vie quotidienne. » (Ergothérapeute A).

Ce qui impliquait une réduction des contacts sociaux et de la participation aux activités de loisirs, et par conséquent la nécessité d'une reconstruction identitaire.

« [Ils] avaient moins d'amies, [...], il fallait reconstruire des activités ou des liens utiles et se reconstruire [...] se recréer un peu sa personnalité. [...] parce qu'ils n'étaient plus comme avant [...]. » (Ergothérapeute A).

L'ergothérapeute B a travaillé avec des adultes cérébrolésés dans un FAM, où la moitié des résidents étaient des patients ayant subi un traumatisme crânien. Elle a pu mener un groupe « mimes et expression » en collaboration avec une psychomotricienne.

Depuis peu, elle exerce dans un CAJ qui accueille en majorité des patients avec un traumatisme crânien et au sien duquel elle a monté un groupe ayant le même nom, mais qu'elle gère seule cette fois.

Elle énonce que les personnes ayant subi un traumatisme crânien ont souvent une anosognosie, une apathie, des troubles de l'initiative, des troubles mnésiques et des troubles des apprentissages. L'ergothérapeute reconnaît que les personnes cérébrolésées présentaient des troubles de la gestion du comportement et des émotions qui ne s'exprimaient pas de la même manière que pour des personnes non cérébrolésées.

« [...] en termes de reconnaissance de ces propres émotions, d'apathie et d'initiative etc. ça ne se montrait pas de même manière. » (Ergothérapeute B).

Néanmoins, elle nuance son propos en ajoutant que les troubles de la cognition sociale entre autres, ne sont pas forcément spécifiquement attribuables aux patients ayant subi un traumatisme crânien car ces derniers peuvent se retrouver chez d'autres personnes cérébrolésées.

L'ergothérapeute C exerce en UEROS auprès de patients ayant eu une lésion cérébrale acquise, à la suite d'un TC ou d'un AVC. Il s'agissait de patients adultes âgés entre 20 et 57 ans. Les patients ressortent d'une période de rééducation à l'hôpital et étaient retournés au domicile. Ils venaient effectuer un stage en UEROS, entre 4 mois ½ et 6 mois, afin de bénéficier d'une évaluation et d'un accompagnement à la reprise d'activité professionnelle et/ou réinsertion sociale. Ces patients présentaient majoritairement des troubles cognitifs, notamment un syndrome dysexécutif avec une problématique liée à la relation à l'autre (principalement à la suite d'un TC).

« Ça pouvait s'exprimer de plusieurs manières, ça pouvait être une désinhibition, ça pouvait être une difficulté dans la relation à l'autre, une non-perception de l'intention de l'autre, parfois [...] un manque d'émotion par rapport à une situation, c'est plus rare mais ça pouvait arriver aussi. »
(Ergothérapeute C).

Durant le stage UEROS, la problématique de la conscience des troubles était travaillée. L'ergothérapeute C explique que les patients se rendait plus compte de leur difficulté à la suite de leur retour à domicile, puisque à l'hôpital, ils avaient moins de moyens de comparaison avant/après accident. De ce fait, ils arrivaient à UEROS en ayant déjà en partie entamé leur prise de conscience des troubles. Elle précise que les patients pouvaient dire :

« Moi quand je suis sortie de l'hôpital et que je suis rentrée chez moi [...] je m'énervais tout le temps et les gens me le disaient, mais en fait, je ne l'entendais pas, mais aujourd'hui, quand même, je vois que [...] je m'énervais vraiment pour un rien. » (Ergothérapeute C).

En résumé, les trois ergothérapeutes ayant participé à l'enquête accompagnaient des patients ayant subi un traumatisme crânien, à distance de leur accident et dans leur projet de d'insertion ou de réinsertion sociale, grâce à la médiation théâtrale. Ils travaillaient les fonctions de la cognition sociale entre autres. Les problématiques soulevées ont été relatives à la régulation des émotions et à la gestion du comportement. Du fait de leur troubles, ce

sont des patients qui sont souvent isolés et se retrouvent au sein de situations relationnelles difficiles, voire conflictuelles, dans le milieu familial (Ergothérapeute A, Ergothérapeute C) ou institutionnel (Ergothérapeute B). Enfin, les trois ergothérapeutes évoquent des problématiques reliées à l'Anosognosie.

2) La médiation théâtrale

- Déroulement de la séance

Le CAJ où exerce l'**ergothérapeute A** propose différentes activités, dont deux qui se rapprochent de la médiation théâtrale, le « groupe théâtre d'improvisation » et « le groupe théâtre ». L'ergothérapeute a participé au groupe « théâtre d'improvisation » uniquement.

Le groupe « théâtre d'improvisation » s'agissait d'un groupe fermé (avec toujours les mêmes personnes) qui se retrouvait régulièrement pendant 6 mois. Une période d'essai de 3 séances était proposée avant d'exiger un engagement de présence de la part des participants pour toutes les autres séances.

Le groupe « théâtre d'improvisation » auquel elle participait en coanimation avec une psychomotricienne visait une stimulation des capacités mnésiques, organisationnelles, et des fonctions de la cognition sociale (dont la gestion des émotions). Pour ce groupe, il n'y avait « [...] *pas de nécessité de se souvenir particulièrement de ce qui avait été fait d'une séance sur l'autre* » (Ergothérapeute A).

[En revanche, le groupe qui avait lieu en parallèle, était mené par une psychomotricienne et une metteuse en scène. Pour ce « groupe théâtre », la psychomotricienne et la metteuse en scène ont porté davantage leur attention sur le fait qu'il y ait un suivi d'une séance à l'autre]

Les séances du « groupe théâtre d'improvisation » étaient organisées par un premier temps d'échauffements, suivi d'un temps dédié aux saynètes ou aux mimes. Enfin, la séance s'achevait par un moment de détente.

Les objectifs sont reliés à un travail autour de la perception et de l'expression des émotions avec une graduation des objectifs.

« [...] *on travaillait quand même beaucoup sur la perception des émotions de l'autre. Comment moi j'exprime mes émotions aussi.* » (Ergothérapeute A).

Les patients devaient imaginer une manière de réagir à une situation de vie quotidienne et devaient trouver des alternatives (envisager d'autres réactions possibles) par le biais d'exercices de saynètes.

« [...] Par exemple, ils sont au restaurant. Il y a un cheveu dans l'assiette. Comment ils réagissent ? Ok. Cette manière de réagir. Comment est-ce qu'on pourrait réagir autrement ? Et puis avec les échanges des uns et des autres est-ce qu'il y aurait une autre manière de réagir. [...] (O)n était aussi à essayer d'envisager des réactions qui ne sont pas forcément la leur, mais qui pourraient arriver. » (Ergothérapeute A).

L'ergothérapeute B évoque un atelier intitulé « mime et expression » qu'elle a coanimé avec la psychomotricienne. Cet atelier avait été proposé pour 4 à 6 résidents. Un cycle durait 6 semaines puis le groupe était modifié. Pour chaque cycle, les résidents bénéficiaient de 6 à 8 séances. Ce dispositif avait été pensé de telle manière que tous les résidents puissent en bénéficier. Pour des raisons pratiques, il a été prévu qu'il y ait qu'une seule personne présentant une Aphasie par groupe. La séance durait entre 3 quarts d'heure et 1h30 et les séances étaient organisées en 3 parties.

La première partie était dédiée aux échauffements réalisés avec un fond musical avec le yoga du rire et les mimes.

« [...] La séance commençait [...] par des choses qui ne faisaient pas trop appel aux affects » (Ergothérapeute B).

« On faisait le yoga du rire, on essayait de déclencher un rire. » (Ergothérapeute B).

La deuxième partie concernait la reconnaissance et l'expression des émotions à partir de photos et de mimes.

« La personne devait identifier l'émotion et devait la mimer aux autres pour que les autres puissent deviner l'émotion montrée sur la photo. [...] (O)n devait tous reproduire l'émotion avec ces propres manières d'exprimer cette émotion-là. Ensuite, on faisait un tour des participants pour les faire réfléchir sur (la circonstance durant laquelle) on peut ou on a pu éprouver cette émotion. » (Ergothérapeute B).

La troisième et dernière partie marquait la fin de la séance par un rituel de salutations.

« On s'arrêtait pour se saluer les uns des autres, [...] (C) 'était important que chacun puisse aller vers les autres, surtout que dans le FAM il pouvait y avoir des tensions entre les résidents [...] » (Ergothérapeute B).

L'ergothérapeute C décrit des séances organisées en groupe fermé, avec 10 personnes (ce qui représentaient la moitié des patients de l'UEROS). Le programme était constitué de 10 séances. Ces personnes étaient admises sur la base du volontariat. Certains patients étaient réticents au départ mais ont fini par adhérer à l'atelier. D'autres ont même choisi de poursuivre leur participation à l'atelier, même si leur période de stage en UEROS était arrivée à terme. Au cours des ateliers de théâtre, des exercices de niveau de complexité progressive étaient proposés :

« On commençait toujours l'atelier par dire son prénom et donner son état du jour, on le faisait tous, y compris les animateurs. Ça pouvait être [...] se balader dans la salle, dire bonjour à son prochain, des choses assez simples au début, puis à partir de scènes qui étaient préparées par les participants et puis des improvisations » (Ergothérapeute C).

En résumé, les séances de médiation théâtrale se déroulent au sein d'un groupe fermé. Elles sont régulières. Les exercices proposés sont de niveau de complexité progressive et permettent de travailler les différentes dimensions de la cognition sociale (Ressenti, reconnaissance, gestion des émotions et du comportement etc.), en intégrant des mimes et/ou des saynètes par exemple. Les ergothérapeutes tiennent à inclure des mises en situations en lien avec les situations relationnelles que les patients ont vécu ou risquent de vivre dans leur vie quotidienne. A partir de cette base commune, les ergothérapeutes organisent leur séance différemment.

3) La co-animation

L'ergothérapeute A travaille à partir de scènes de la vie quotidienne tandis que la psychomotricienne s'attèle au langage corporel. La collaboration est appréciée pour faciliter la répartition des rôles. L'une pouvant être participante tandis que l'autre observante et inversement, de même que l'une pouvait sortir du groupe pour échanger avec certains patients tandis que l'autre pouvait continuer à gérer le groupe en salle.

De plus, l'ergothérapeute reconnaît que la collaboration facilitait le maintien du cadre, surtout lorsque les participants présentaient des troubles du comportement.

« Concrètement, quand on avait des groupes avec plusieurs personnes cérébro-lésées, [...] (c)'était aussi bien d'être deux pour gérer ça, surtout que là, c'est quand même une activité qui demande aux personnes de s'exposer. [...] ça pouvait être un peu déstabilisant et leur demander une attention plus importante. Une charge cognitive plus importante, et on avait d'autant plus de [...] troubles du comportement » (Ergothérapeute A).

L'ergothérapeute B met en avant le travail d'équipe, notamment pour le partage des tâches.

« Comment on se partageait en deux la partie échauffement ? Je crois qu'elle travaillait plutôt la partie du haut du corps et moi je proposais des exercices d'automassages » (Ergothérapeute B).

L'ergothérapeute C coanimait les séances de théâtre avec une comédienne qui intervenait bénévolement 1 semaine sur 2. Il y avait aussi une éducatrice sportive et une formatrice créativité (qui travaille aussi la communication) qui sont intervenues lors d'une séance. Ces dernières étaient deux professionnelles faisant partie intégrante de l'accompagnement en UEROS.

« [...] c'est un programme [...] qui ne touche pas que l'ergothérapie, car il faut avoir des compétences théâtrales. » (Ergothérapeute C).

Enfin l'ergothérapeute C ajoute qu'elle s'entretenait régulièrement avec la neuropsychologue en parallèle pour accorder leurs pratiques.

En résumé, la co-animation avec une psychomotricienne est présentée dans deux cas sur trois. La co-animation avec une comédienne et/ou formatrice créativité s'est révélée être aussi intéressante. La co-animation s'est révélée être bénéfique pour faciliter la répartition des tâches et la gestion du cadre thérapeutique. Chacun des professionnels apporte sa spécificité.

4) Le rôle de l'ergothérapeute

- Cadre thérapeutique

L'ergothérapeute A valorise le travail d'équipe avec la psychomotricienne, notamment pour surveiller les troubles du comportement, veiller à la compréhension des consignes et au maintien en mémoire de ces dernières. Toutes deux tenaient à proposer un cadre rassurant, bienveillant permettant aux personnes d'oser participer, de se sentir en confiance.

« [...] on était vraiment dans l'idée de proposer un cadre [...] suffisamment rassurant, bienveillant, pour que les personnes osent se mettre en situation (et) pour qu'elles osent imaginer » (Ergothérapeute A).

Ils n'hésitaient pas à redonner/ réexpliquer les objectifs et l'intérêt des exercices proposés.

« On repositionnait à chaque fois les objectifs de l'activité en leur redisant pourquoi on faisait ça, qu'est-ce qu'on en attendait et quels intérêts ça pouvait avoir en fonction des difficultés des uns et des autres en général » (Ergothérapeute A).

Néanmoins, l'ergothérapeute reconnaît sa spécificité lorsqu'il s'agit de permettre aux patients de rejouer une situation relationnelle qu'ils ont ou qu'ils risquent de rencontrer dans leur vie quotidienne. En effet, la médiation théâtrale offre un espace permettant cette mise en scène (par le biais des saynètes notamment).

Par ailleurs, elle explique qu'elle pouvait échanger avec la neuropsychologue pour pouvoir travailler en groupe, ce qui avait été évalué en neuropsychologie.

Il fallait veiller à adapter le niveau de difficulté des exercices proposés de manière à permettre aux participants de progresser, sans pour autant les démotiver. Le risque étant qu'ils ne reviennent plus participer (d'où les 3 séances d'essais).

Il fallait *« [...] Faire en sorte que les gens se sentent suffisamment en confiance » (Ergothérapeute A)*, et éviter *« [...] qu'il y ait du jugement [...] » (Ergothérapeute A)*. Il était aussi nécessaire de faire baisser les défenses de chacun et faire circuler la parole pour favoriser un échange permanent.

L'ergothérapeute B rapporte qu'il est difficile de d'isoler le facteur ayant contribué à l'amélioration des résultats observés. Néanmoins, elle veille à l'adaptation des exercices et des supports proposés.

« [...] La partie adaptation du mime est importante. Maintenant c'est difficile de savoir la part de l'ergothérapie dans la partie thérapie [...] Quand il y a une petite scénette à lire j'essaie de les adapter en gros caractères, de mettre des mots simples [...] » (Ergothérapeute B).

L'ergothérapeute C reconnaît sa spécificité lorsqu'il s'agit de remettre en scène des situations de vie quotidienne que les patients ont pu vivre personnellement.

« [...] pour garantir un cadre en ergothérapie, je me suis attachée à ce qu'on fasse des scènes de vie quotidienne, même reprendre des situations que les stagiaires avaient vécues au quotidien pour les remettre en matière de travail [...] » (Ergothérapeute C).

Aussi, l'ergothérapeute tient à expliquer les conséquences des troubles et leur impact sur la vie quotidienne aux patients.

[...] la plus-value de l'ergothérapeute [...] c'était [...] (de) voir où est-ce qu'il y avait des petites incompréhensions, des mauvaises perceptions [...] et d'expliquer, même de manière générale, qu'après un traumatisme crânien, on peut mal percevoir les intentions des autres ou que quelqu'un qui n'a pas conscience de ces troubles peut réagir dans la colère » (Ergothérapeute C).

En résumé, le cadre thérapeutique est garanti en équipe (lorsqu'il est coanimé). L'atelier est voulu rassurant, bienveillant et il facilite la prise de confiance. Les ergothérapeutes veillent à la bonne compréhension et à l'intégration des consignes et des objectifs par les participants. Une vigilance particulière était apportée sur le comportement des participants au sein du groupe et à l'adaptation du niveau de difficulté pour chacun des participants. Enfin, l'ergothérapeute C précise qu'elle veille aussi sur l'adaptation des supports et des exercices proposés.

5) La cognition sociale

- Evaluation

L'ergothérapeute A rapporte que les troubles de la cognition sociale étaient évalués grâce aux bilans réalisés par la neuropsychologue. Il y avait aussi d'autres activités organisées au sein de la structure telles que des activités de groupe, des activités de vie quotidienne, des sorties au cinéma, à la piscine etc. qui permettaient de mettre en évidence les troubles grâce

à un regard professionnel. Aussi, l'ergothérapeute avait ses propres observations et ses évaluations, par des mises en situations notamment, qui étaient plutôt orientées sur l'évaluation des fonctions exécutives. Néanmoins, les observations complémentaires relevées lors de la passation de ses évaluations révélaient ainsi les troubles de la cognition sociale. Parmi ces évaluations, l'ergothérapeute A cite le TEM⁶ (Test des Errances Multiples) et le PAVQ⁷ (Profil des activités de vie quotidienne).

L'ergothérapeute B et la psychomotricienne avaient fait passer un auto-questionnaire aux usagers pour qu'ils puissent évaluer eux-mêmes où ils en sont dans la gestion de leurs émotions et dans leur niveau d'intégration sociale (Annexe E). L'ergothérapeute a donc plus récemment repris cette méthode pour évaluer les participants au groupe qu'elle gère seule actuellement.

*« [...] (C)e que je trouve intéressant, c'est que, c'est eux qui me posent la question et qu'ils viennent dans ce groupe pas juste parce que on veut les occuper mais parce que c'est pour une bonne raison qu'ils viennent [...] »
(Ergothérapeute B).*

L'ergothérapeute C et son équipe ont évalué les troubles de la cognition sociale au travers d'un auto-questionnaire dysexécutif. Il s'agit du DEX⁸ (*Dysexecutive Questionnaire*) issu de la BADS (*Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome*). Cet auto-questionnaire a été réalisé en amont des séances de théâtre et réévalué à l'issue de la dernière séance. Par ailleurs, une grille d'observation et d'évaluation a été spécifiquement conçue dans le cadre du groupe de théâtre afin d'évaluer les capacités communicationnelles, conversationnelles et de résolution de problèmes. Enfin, des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisées

⁶ TEM : Il s'agit d'un test qui sollicite les fonctions exécutives des patients cérébrolésés par le biais d'une mise en situation durant laquelle le patient doit réaliser plusieurs tâches dans un quartier commerçant en suivant des consignes spécifiques énoncées en amont. Il est suivi d'un auto-questionnaire. La passation de ce test mobilise deux évaluateurs sur une durée minimale de deux heures. (Quesney, 2005)

⁷ PAVQ : Il s'agit d'une évaluation validée pour un profil de patients traumatisés crâniens. Elle est composée d'un temps d'entretien semi-dirigé avec le patient et son proche et d'un temps de mise en situation. Elle évalue l'indépendance et l'autonomie dans la réalisation de tâches quotidiennes réparties par domaines d'activité. Il est demandé au patient de réaliser les tâches, comme à son habitude, sans indiçage. L'évaluateur intervient qu'en cas de mise en danger. Enfin, chaque domaine peut être évalué indépendamment des autres (Poulin, 2012).

⁸ DEX : La DEX est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer les troubles associés au syndrome dysexécutif chez les personnes cérébrolésées. Il peut être administré au patient lui-même et éventuellement à un proche/professionnel en complément. Il comporte 20 thématiques relatives aux aspects émotionnels, motivationnels, comportementaux et cognitifs (Burgess, 1996).

pour chacun des participants de l'atelier (patients et professionnels), afin de recueillir leurs ressentis.

Différents items étaient abordés, avec des échelles de cotation, notamment : « *difficultés à se présenter à un inconnu* » (Ergothérapeute C), « *réagir de manière adaptée* » (Ergothérapeute C), « *exprimer clairement ses idées* » (Ergothérapeute C), « *Incompréhension par les proches* » (Ergothérapeute C), « *relation aux gens* », (ergothérapeute C). L'ergothérapeute précise que les patients ont pu ressentir une progression pour chacun de ces items.

- Evolution du comportement social

L'ergothérapeute A estime que cette médiation a permis aux participants d'acquérir une prise de conscience de leur difficulté à transmettre l'émotion et à décrypter celles des autres. Enfin, elle explique que le fait d'imaginer d'autres manières de réagir à certaines situations aide les patients à se décentrer de leur point de vue et à réagir différemment.

L'ergothérapeute B soutient l'idée que les patients apprennent à reconnaître qu'ils ont besoin d'aide et à demander de l'aide au fur et à mesure.

L'ergothérapeute C explique que l'atelier théâtre offrait aux patients l'opportunité de retravailler sur leurs situations de vie quotidienne (ce qui n'était quasiment pas retravaillé dans les autres activités proposées à l'UEROS). Ils avaient un espace supplémentaire où ils pouvaient prendre encore davantage conscience de leurs troubles et améliorer leurs relations.

« Ça permettait de voir ce qu'ils ont ressenti, [...] comment ils ont perçu les intentions des uns et des autres » (ergothérapeute C).

« Au fil des discussions et au travers des expériences des uns et des autres, ça permet d'aider aussi à la conscience des troubles. » (Ergothérapeute C).

- Conséquences sur la dynamique de groupe

L'ergothérapeute A décrit qu'il y a davantage de tolérance entre les participants car ils comprennent mieux les difficultés de chacun, les échanges entre eux sont plus nombreux, ils se sentent davantage en confiance et accèdent plus facilement à un lâcher-prise en se permettant la réalisation de nouvelles actions. L'ergothérapeute explique que les résultats sont plus observables individuellement que pour l'ensemble du groupe. Enfin, elle rapporte

qu'au début les participants se trouvaient davantage dans des systèmes de défense, ce qui exigeait davantage de vigilance de la part des professionnels.

L'ergothérapeute B exprime ces craintes concernant l'aspect routinier qui risque de s'installer. Selon elle, conduire ce type de médiation exige une bonne prise de recul de la part de l'ergothérapeute. Enfin, ce groupe « mime et expression » a permis aux participants de manifester leur prise de confiance et leur prise de plaisir.

L'ergothérapeute C décrit la prise de conscience progressive des participants au fil des séances de théâtre :

« Au début ils étaient [...] timides et sur la fin [...] ils étaient plus ouverts et [On a vu] une progression sur [...] l'envie d'être là. L'atelier était devenu [...] important, il ne fallait pas qu'il n'ait pas lieu, [...] ils s'(y) sentaient vraiment en sécurité. Ils étaient plus en lien avec les autres membres du groupe. »
(Ergothérapeute C).

D'après les résultats obtenus, les patients présentaient des difficultés identifier leur propre état émotionnel, à exprimer leurs émotions et à percevoir et/ou interpréter celles de leur interlocuteur, à gérer leurs émotions et leur comportement.

La médiation théâtrale leur a permis de progresser sur ces aspects. Néanmoins, cette progression est nuancée par l'aspect multifactoriel et l'expression fluctuante des troubles. De plus, les progrès réalisés chez les patients sont davantage observables au cours des séances qu'en dehors du cadre de la médiation théâtrale.

Grâce à la médiation théâtrale, les patients ont pu bénéficier d'un espace de socialisation, leur permettant de gagner en confiance, et de prendre encore davantage conscience de leurs difficultés et de leur impact dans leurs interactions sociales. Enfin, d'après les ergothérapeutes, les patients ont pu apprendre à mieux identifier leur état émotionnel, à exprimer et gérer leurs émotions et à reconnaître celles de leur interlocuteur.

Les ergothérapeutes interviewés valorisent le travail pluriprofessionnel pour appréhender l'évaluation des troubles de la cognition sociale, notamment par le biais des bilans neuropsychologiques et des retours d'observations des différents professionnels au cours du séjour. Néanmoins, selon l'ergothérapeute, la méthodologie d'évaluation diffère.

6) Transfert des acquis dans la vie quotidienne

L'ergothérapeute A reconnaît qu'il lui est difficile de transposer les progrès observés en séance dans la vie quotidienne du patient. Avec la surcharge cognitive, après la séance, les patients étaient fatigués et n'avaient plus les capacités attentionnelles suffisantes pour veiller à leur comportement et à la gestion de leurs émotions.

Les répercussions sont difficilement objectivables étant donné qu'il n'y pas eu d'évaluation réalisées pour le vérifier. En général, ils avaient des retours positifs des patients et des proches sur le séjour au CAJ mais ces retours n'étaient pas spécifiquement attribuables aux effets du groupe « théâtre d'improvisation ». Ce dernier était un outil parmi toutes les autres activités proposées au CAJ.

Tout de même, l'ergothérapeute A nous dit que ces séances de théâtre d'improvisation ont permis une certaine prise de conscience des troubles liés à l'expression et à la gestion des émotions. De plus, les patients ont pu se rendre compte de leurs réactions automatiques. Néanmoins, le transfert des acquis dans la vie quotidienne reste multifactoriel et les résultats sont fluctuants selon les moments.

« Des personnes qui avaient des troubles du comportement continuait à en avoir même si (ils) étaient réduit(s) » (Ergothérapeute A).

L'ergothérapeute B reconnaît que le transfert des acquis est difficile et pas toujours effectif.

« Les déficits sont si profonds, si lourds, que je ne crois pas qu'en 6 à 8 séances on puisse améliorer la gestion des émotions, le respect des convenances sociales, tout ce qui concerne la cognition sociale » (Ergothérapeute B).

Il y a d'autres éléments qui entrent en ligne de compte tels que : « [...] les temps informels où ils ont entre eux et où il y a des interactions sociales » (Ergothérapeute B). En effet, ça leur apprend à comprendre que les autres ont des problèmes mais qu'eux-mêmes en ont peut-être aussi. » (Ergothérapeute B).

De ce fait, il est difficile de reconnaître la partie reliée exclusivement aux effets des séances de groupe « mime et expression ».

De plus, la présence de l'anosognosie et les troubles de la mémoire et des apprentissages viennent réfréner ce transfert des acquis.

« Ce serait miraculeux de dire oui, ce ne serait pas très honnête, peut-être une prise de conscience de leur difficulté [...] ça peut, je pense contribuer à faire bouger l'anosognosie. » (Ergothérapeute B).

Les objectifs visés par l'ergothérapeute en termes de transfert des acquis sont :

« Qu'ils apprennent à faire confiance au personnel et à reconnaître qu'ils ont besoin d'aide et à savoir demander de l'aide » (Ergothérapeute B).

Et qu'ils puissent « faire aussi des suppositions sur l'état émotionnel de l'autre et les exprimer pour les vérifier » (Ergothérapeute B) en disant par exemple « j'ai l'impression que tu es... ». (Ergothérapeute B).

L'ergothérapeute reconnaît qu'il aurait fallu que le groupe soit plus chronophage et avec les mêmes personnes. Tout en ayant des retours réguliers des autres membres de l'équipe. En effet, l'évolution constatée est davantage observable à l'instant T durant la séance.

Tout compte fait, elle conclut l'entretien en disant :

« Est-ce que déjà le fait de participer, de prendre du plaisir ce n'est pas déjà un premier pas ? [...] » (Ergothérapeute B).

Ergothérapeute C explique que les participants ont beaucoup apprécié l'aspect social de l'atelier théâtre : Un des patients a pu exprimer *« Le groupe me stimulait, j'ai pu redécouvrir la notion de sociabilité, ça nous a donné envie de communiquer, humainement ça m'a aidé » (Ergothérapeute C)*, par exemple. En fait, *« Les usagers ont vraiment apprécié l'atelier, et certains ont pu dire que ça avait noué des liens entre eux, qui allaient perdurer après le stage UEROS. » (Ergothérapeute C).*

L'ergothérapeute C confie qu'elle a eu peu de moyens à sa disposition pour pouvoir objectiver le transfert des acquis, outre les retours des participants et de l'équipe.

« [...] Ils se sentaient plus à l'aise avec la communication, ils se sentaient mieux compris par leurs proches, [...] je pense que quelqu'un qui se sent mieux [...], ça va forcément se ressentir dans ses relations avec les autres. » (Ergothérapeute C).

« Je pense [...] que spontanément, ça s'est mis en place dans la vie quotidienne mais après on n'a pas eu le moyen de l'affirmer » (Ergothérapeute C).

En résumé, deux ergothérapeutes sur trois s'accordent sur le fait que le transfert des acquis en situation relationnelle dans la vie quotidienne des patients est difficilement attribuable uniquement aux effets des séances de théâtre car il y avait beaucoup d'autres activités proposées au cours du séjour (aspect multifactoriel). Tandis que, l'ergothérapeute qui travaille en UEROS explique que les patients ont verbalisé que les liens créés au cours des séances perdureront a posteriori et que l'aspect social du groupe leur ont apporté un enrichissement personnel (ergothérapeute C).

7) Les freins liés à la mise en place de la médiation théâtrale

Les ergothérapeutes A et B partagent le même avis sur le fait que le nombre de séances est trop limité pour pouvoir rendre compte d'un transfert des acquis.

Pour **l'ergothérapeute A**, le fait qu'il s'agisse d'une médiation qui nécessite de s'exposer peut constituer un frein car elle peut faire naître un sentiment de gêne au premier abord chez les participants et réactiver des peurs liées à l'image sociale (peur du ridicule). Les exercices pouvaient paraître sans intérêt pour les patients avant qu'ils ne comprennent les enjeux sous-jacents. Enfin, l'adaptation du niveau de difficulté et la gradation des objectifs est complexe, ce qui peut aussi constituer un frein à la mise en place de cette médiation par l'ergothérapeute.

« Les gens ne sont pas à l'aise en général. En tout cas, ils peuvent avoir l'impression que c'est une médiation qui n'est pas simple parce qu'effectivement ça demande de s'exposer. [...] (I)ls pouvaient trouver ça complètement inintéressant. [...] ça leur faisait peur. [...] Le risque c'était de pouvoir avoir l'impression d'être ridicule. [...] c'étaient des choses qu'on expliquait très régulièrement » (Ergothérapeute A).

C'est à ce moment particulier que les thérapeutes ont un rôle à jouer avec le dialogue et la réassurance.

« [...] Tout en expliquant [...] que personne ne jugerait dès qu'ils avaient des idées parce (qu'ils) pouvaient se moquer ou avoir des défenses les uns envers les autres [...]. On faisait circuler la parole en demandant ce qui avait été difficile, ce qui était plus simple. [...] (C) c'était vraiment important d'avoir aussi

un temps décharge avec eux, quasiment permanent, et de croiser aussi le regard des différents professionnels » (Ergothérapeute A).

L'ergothérapeute B se souvient d'une personne Aphasique qui présentait des difficultés de compréhension des consignes, [...]. L'ergothérapeute reconnaît que l'Aphasie peut être un frein par rapport aux objectifs fixés et elle s'interroge sur la pertinence de sa participation dans le groupe. Avec la psychomotricienne, ils essayaient d'interpréter les souhaits de cette personne afin de l'aider à mimer.

« [...] L'Aphasie était quand même un frein [...] à ce qu'on voulait travailler. Après la personne était [...] participante, contente de venir [...] Même si ça n'a pas amélioré ses troubles, ça ne les a pas aggravés. [...] (J)e pars du principe que tant qu'il y a interactions sociales, tant qu'il y a stimulation c'est bien. Surtout pour les personnes aphasiques, (Les) situation(s) d'interactions sociales ça (ne) peut qu'être bénéfique pour la personne » (Ergothérapeute B).

Cet ergothérapeute ajoute que cette médiation mobilise aussi des compétences chez l'ergothérapeute, en faisant notamment appel à ses savoir-faire (gérer un groupe, établir un climat de confiance, s'adapter), ses savoirs cognitifs (connaissance de soi) et à son savoir être (compréhensible, flexible, à l'écoute).

Ergothérapeute C trouve des limites en ce qui concerne les compétences que cette médiation sollicite. Elle évoque également un manque de financement pour permettre la co-animation notamment.

« [...] je ne suis pas sûr qu'on ait toutes les clefs [...] pour mettre en place cette médiation. On a besoin d'une équipe [mais] tous les membres de l'équipe ne sont pas forcément intéressés pour mettre en place ce type d'atelier. » (Ergothérapeute C).

« [...] C'est un programme [...] intéressant qui ne touche pas que l'ergothérapie, il faut avoir des compétences théâtrales. » (Ergothérapeute C).

« [...] une des limites c'est que la plus-value de la comédienne est pour moi intéressante [...] (mais) il faut avoir des financements. [Cela] paraît quasiment impossible mais [...] ça dépend des structures [...] » (Ergothérapeute C).

En résumé, cette médiation « nécessite de s'exposer » (Ergothérapeute A) / « fait appel aux affects » (Ergothérapeute B) et les objectifs thérapeutiques ne sont pas facilement identifiables par les participants. Elle mobilise beaucoup les capacités attentionnelles des patients et elle demande aussi des compétences chez l'ergothérapeute (prise de recul, flexibilité, écoute, gestion de groupe, compétences théâtrales, capacités d'adaptations etc.). Par ailleurs, les financements pour pouvoir collaborer avec des professionnels extérieurs ne sont pas toujours possibles (ergothérapeute C). Ce qui peut constituer des freins à la mise en place de ce type de médiation par l'ergothérapeute.

Pour conclure l'analyse des résultats, nous avons vu que les ergothérapeutes pouvaient utiliser la médiation théâtrale en co-animation, dans le cadre d'un groupe fermé, sur des créneaux réguliers, durant lesquels sont proposées des exercices variés et de niveau de complexité progressive. L'hypothèse formulée initialement est donc validée (malgré les nuances qui seront exposées dans la partie discussion)

VII. Discussion

1) Liens avec le cadre théorique

Tout d'abord, les ergothérapeutes interviewés accompagnaient des patients ayant subi un traumatisme crânien, à distance de leur accident, en phase d'insertion/ réinsertion sociale, voire professionnelle (en UEROS). Ils étaient donc déjà sortis de leur période de rééducation selon le parcours de soin (DAJ, 2004).

Les ergothérapeutes décrivent l'accompagnement des personnes ayant subi un traumatisme crânien au regard de l'interaction entre la personne (troubles cognitifs, aptitudes), l'activité (médiation théâtrale) et l'environnement (familial, intra-institutionnel, dynamique de groupe) au vu de favoriser leur participation sociale (Fougeyrollas, 1998).

De plus, l'approche cognitivo-comportementale de Beck (Beck, 70,78) est évoquée au cours du premier entretien. Par ailleurs, l'idée que cette approche véhicule se retrouve dans les autres entretiens (bien qu'elle ne soit pas citée comme telle). En effet, les comportements des patients durant les séances sont observés objectivement puis analysés, à partir de là, il

en découle un travail cognitif (réfléchir sur les éléments favorisant la reconnaissance des émotions ou encore la réflexion sur les comportements alternatifs par exemple).

Par ailleurs, les différentes fonctions de la cognition sociale évoquées dans le cadre théorique (Bertoux, 2016) sont également décrits au cours des entretiens (reconnaissance des émotions, éléments relatifs à la théorie de l'esprit, régulation des émotions, gestion du comportement etc.). Les troubles des fonctions exécutives et leur impact dans les interactions sociales y sont également cités (Degiorgio, s.d)

L'ergothérapeute A évoque également les thématiques du handicap invisible, l'isolement, la reconstruction identitaire et de la fatigue cognitive. Ces éléments précédemment été évoqués au sein de la partie sur le cadre théorique (Troué, 2010)

D'autre part, nous avons vu que les patients traumatisés crâniens pouvaient se retrouver dans des situations d'interactions sociales conflictuelles et/ou être socialement isolées du fait de leurs troubles. (Girard, 2014) Cet aspect est également évoqué au cours des entretiens, notamment dans le domaine familial (Ergothérapeute A) ou au sein de l'unité d'hébergement (Ergothérapeute B).

Aussi, le lien entre le langage corporel et l'expression des émotions (Barrier, 2011, p. 11) est également évoqué au cours des entretiens réalisés.

De plus, la réduction de la participation aux activités de loisirs (Bier, 2009) des patients après un traumatisme crânien, qui était présentée dans la cadre théorique, se retrouve mentionnée dans le premier entretien.

En effet, nous avons vu que ces patients étaient souvent rejetés par leur proches / amis et se retrouvaient socialement isolés du fait de leur comportement inadapté en société notamment. Les entretiens d'enquête ont révélé l'importance que prenait la dimension sociale proposée par la médiation théâtrale aux yeux des patients, qui reconnaissaient les bénéfices apportés par cet espace de sociabilisation. Certains patients verbalisaient même que les liens créés au cours des séances seraient maintenus a posteriori (avec un transfert dans le domaine personnel) lorsque ces derniers se trouvaient dans le cadre d'un stage UEROS (Ergothérapeute C).

Enfin, dans le cadre théorique nous avons présenté des exemples d'accompagnement avec la médiation théâtrale (Masselin, 2001 / Sonrier, 2011) et nous avons vu que cette médiation

permettait une prise de conscience des difficultés, redonnait une certaine confiance aux patients et elle offrait un espace d'échanges, où la tolérance y était recherchée. Or, ce qui précède est également confirmé par les résultats de l'enquête.

2) Les limites de la méthodologie d'enquête

Il m'a été parfois difficile de maintenir le cadre du temps prédéfini. La délimitation de la durée de l'entretien a été malgré tout nécessaire car la retranscription, le codage et l'analyse des entretiens demandent du temps, de la rigueur et un investissement important.

Néanmoins, le nombre de personnes interviewées a dû être limité de manière à pouvoir rendre mon écrit dans les délais fixés.

Le fait d'avoir choisi de réaliser les entretiens en visioconférence m'a offert l'opportunité de solliciter des participants provenant du Sud ou du Nord de la France, ce qui aurait été nettement plus complexe en terme d'organisation (disponibilité, coût du voyage, restrictions liées à la situation sanitaire actuelle). Le choix de l'application zoom n'a pas été un problème car les ergothérapeutes interrogés n'ont pas présenté de difficultés particulières à la manipulation de cet outil. L'enregistrement à la fois du visage de la personne et de ses dires est un atout pour faciliter la compréhension des propos tenus. En visioconférence, la caméra est discrète et on en vient presque à l'oublier au cours de l'enregistrement. Enfin, ce dispositif offre la possibilité aux deux parties de pouvoir participer à l'entretien d'où qu'ils soient (à leur domicile ou au bureau ou autre).

Comme chaque outil, il a ses avantages et ses limites. Les limites se trouvent, à mon sens, dans le fait qu'une visite en présentiel permet de faire un premier pas dans l'environnement familial de la personne et d'offrir à la personne interrogée une mise en confiance plus souple et plus progressive. Aussi, la caméra ne permet pas toujours de montrer l'ensemble de la posture et de la gestuelle (langage non verbal).

Dans les deux cas, contrairement à la passation de questionnaires par exemple, il est plus difficile de garantir la non-interruption de l'entretien par des interventions extérieures (bruit dans le couloir, appel simultané)

Il m'a été difficile de trouver un nombre suffisant de participants correspondant à mes critères de recherches, en effet, il y a en réalité très peu d'ergothérapeutes qui pratiquent la médiation théâtrale avec des patients traumatisés crâniens.

Enfin, les entretiens en eux-mêmes revêtent une part de subjectivité en fonction du niveau de stress de l'interviewé ou de l'intervieweur, de la formulation des questions, du rythme et du débit de parole et de la capacité de l'interviewer à conduire l'entretien.

VIII. Conclusion

Initialement, je voulais savoir comment la médiation théâtrale proposée par les ergothérapeutes pouvait permettre d'améliorer les troubles de la cognition sociale chez les patients adultes ayant subi un traumatisme crânien.

J'ai émis l'hypothèse que la cognition sociale des patients après un traumatisme crânien peut être améliorée au travers de la médiation théâtrale, lorsque l'ergothérapeute la pratique en collaboration avec un autre professionnel, en intégrant des exercices variés, au cours de séances régulières, durant lesquelles les patients sont amenés à participer activement.

Tout compte fait, j'ai pu démontrer la validité de mon hypothèse au travers de mes entretiens. Néanmoins, cette conclusion est à nuancer en considérant le fait qu'il n'y a pas que cette médiation qui permette d'atteindre cet objectif. De plus, cette médiation est certes efficiente en co-animation ergothérapeute-psychomotricienne, ou encore avec une comédienne ou une formatrice créativité mais elle peut aussi être adaptée sans cette co-animation et/ou être utilisée par d'autres professionnels. En effet, au cours des entretiens, l'ergothérapeute B a évoqué un atelier qu'elle gérait seule, tandis que l'ergothérapeute A a évoqué un groupe de théâtre auquel elle ne participait pas.

L'ergothérapeute apporte son expertise lorsqu'il y a besoin d'adapter les objectifs, les exercices, et les supports proposés aux capacités des patients. L'ergothérapeute se retrouve aussi en proposant de faire travailler les patients à partir de situations d'interactions sociales auxquels ces derniers ont été confrontés ou risquent d'être confrontés. La médiation théâtrale offre un espace permettant aux patients d'expérimenter activement et les situations sur lesquelles ils présentent des difficultés. Ces situations problématiques ont pu être observés par l'ergothérapeute et/ou grâce à des questionnaires, entretiens ou encore des évaluations réalisées au cours du suivi. L'ergothérapeute trouve son intérêt à compléter ses observations et bilans par celles et ceux des autres professionnels afin de proposer des exercices spécifiquement en lien avec les problématiques des patients, durant les séances de médiation théâtrale.

Ensuite, au cours des entretiens réalisés, il a été évoqué un manque de financements pour la co-animation. Il a été aussi précisé que la médiation théâtrale est un moyen thérapeutique qui exige des compétences spécifiques, que ce soit pour le thérapeute (gestion du groupe, prise de recul) ou pour le patient (s'exposer, s'exprimer). Ces deux éléments peuvent refreiner un ergothérapeute qui voudrait mettre en place cette médiation.

Enfin, les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence les limites de cette médiation en ce qui concerne le transfert des acquis en situations relationnelles quotidiennes. En effet, un manque de moyens pour évaluer ce dernier, un nombre de séances limité, une dimension multifactorielle, et une intensité d'expression des troubles fluctuante (selon la fatigabilité des patients) sont des éléments mentionnés comme constituant des freins au transfert des acquis.

Ce qui laisse entrevoir un potentiel sujet d'étude complémentaire : **Par quels moyens l'ergothérapeute pourrait évaluer et favoriser le transfert des acquis, en ce qui concerne les compétences sociales, à partir d'une médiation théâtrale ?**

Bibliographie

- Adef résidences (1992). La Cognition sociale : une dimension indispensable à intégrer dans un lieu de vie collectif. Comment le déficit de conscience de soi et les troubles de la cognition sociale viennent perturber les interactions des résidents entre eux et avec les professionnels ? [Format PDF] Foyer d'accueil médicalisé la maison des Aulnes, Maules.
- Alaoui, P., Mazaux, JM., Masson, F. et al. (1998). Devenir neuropsychologique à long terme des traumatisés crâniens. Évaluation à 5 ans des troubles neuropsychologiques et comportementaux par l'échelle neurocomportementale révisée (à propos de 79 cas), *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Volume 41, Issue 4, 1998, Pages 171-181, ISSN 0168-6054, [https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(98\)80001-9](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(98)80001-9).
- Barrier, G. (2011). *La communication non verbale : Comprendre les gestes ; perception et signification* (6e édition). ESF Expansion Scientifique Française.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and relation to Behavior therapy. *Behavior therapy*, 1, 184-200
- Beck, A.T. (1978). *Cognitive therapy and emotional disorders*, New York, int. univ. press.
- Bertoux, M. (2016). Cognition sociale. *EMC - Neurologie*. [https://doi.org/10.1016/S0246-0378\(16\)65655-5](https://doi.org/10.1016/S0246-0378(16)65655-5)
- Bier, N., Dutil, E., Couture, M. (2009). Factors affecting leisure participation after a traumatic brain injury: An exploratory study. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(3), 187-194. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e3181a0b15a>
- Burgess, P. W., Alderman, N., Wilson, B. A., Evans, J. J., & Emslie, H. (1996). Validity of the battery: Relationship between performance on the BADS and ratings of executive problems. In B. A. Wilson (Ed.), *BADS: Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome manual*. Bury St Edmunds, U.K.: Thames Valley Test Company
- Cariou-Rognant, A.-M., Chaperon, A.-F., Duchesne, N. (2019). Chapitre 1 : Définition et principes théoriques de l'affirmation de soi et du jeu de rôle. *L'affirmation de soi par le jeu de rôle en thérapie comportementale et cognitive*, 3e édition, 18-19. Dunod.
- Code de la santé publique. (1010). Pub. L. No. NOR: SASH1017858A, 0156 JORF 12558. Consulté le 10 septembre 2020, à l'adresse <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf>
- Chanachev, A., Berney, A. (2010). L'apathie, un symptôme transnosographique : Diagnostic différentiel et prise en charge. *Revue Médicale Suisse*, 6, 326-329.

- Direction des Affaires Juridiques. (2004). Circulaire ministérielle DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crâniocérébraux et des traumatisés médullaires.
- Degiorgio, C., Fery, P., Polus, B., Watelet, A. (2020). Fonctions exécutives [Format PDF]. Consulté 4 octobre 2020, à l'adresse <http://www.crfna.be/Portals/0/fonctions%20ex%C3%A9cutives.pdf>
- Deswarte, E. (2020). *Concept de groupe*. Psychologie-sociale. Consulté 10 juillet 2020, à l'adresse <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>
- DocThom. (2020). *Définition de « Aphasie »*. Dictionnaire médical. <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/952-aphasie/>
- Dolghin, M.-C. (s. d.). *Médiations expressives*. www.ergopsy.com. Consulté 6 juillet 2020, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/mediations-expressives-a403.html>
- Escaffre, J.-P., Quidu, F., Personnic, M., Quilleré, M. M., Forget, A.-C., Mégret, A. (2010). De la dépendance à l'autonomie : De la théorie à la pratique. *Pratiques et Organisation des Soins, Vol. 41(2)*, 151-159.
- Fontaine, P., & Fontaine, O. (2011). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Usuel Retz. 35-41.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., et al. (1998). Processus de production du handicap. *Classification québécoise*. Lac St-Charles.
- Girard, É., Terradas, M. M., Matte-Gagné, C. (2014). Empathie, comportements prosociaux et troubles du comportement. *Enfance, N° 4(4)*, 459-480.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39(3)*, 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Jacob, P. (2020). *LOI, épistémologie*. Encyclopædia Universalis. Consulté le 15 décembre 2020, à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/loi-epistemologie/>
- Jennett, B., Teasdale, G. (1974). Echelle de coma de Glasgow (GCS)
- Kelemen, E.-B. (1996). Cadre thérapeutique et cadre pédagogique : Quelques liens. *Journal d'ergothérapie, Vol. 18/3*, 101-108.
- Kortman, B. (1994). The eye of the Beholder: Models in Occupational Therapy. *Australian Occupational Therapy Journal, 41*, 115-122.

- Leclère, M. (2012). Chapitre 2. Approche cognitivo-comportementale. *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*.113-160. Dunod.
- Manidi, M.-J. (2005). Chapitre 2 : Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) appliquée à l'ergothérapie. In *Compared occupational therapy in mental health and psychiatry*.40-45
- Masselin, C., Destailats, J. M., Lozes, S., Belio, C. (2001). De l'importance de la métacognition et du soutien psychologique dans l'abord cognitive-systémique de patients cérébrolésés. *Expériences en ergothérapie*, 14, 47-63.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2ème édition). De Boeck Supérieur.
- OMS / Santé mentale. (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 10 juillet 2020, à l'adresse http://www.who.int/topics/mental_health/fr/
- Oppenheim-Gluckman, H. & Pradat-Diehl, P. (2012). Les troubles psychiques des patients cérébro-lésés : un problème de santé publique. *L'information psychiatrique*, 5(5), 327-329. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0327>
- Poulin, V., Barfod, V., (2012). Profil des AVQ. *Info AVC*.
- Quesney, D., Rouy-Thenaisy, C., Vandenhelsken C., (2005). Test des Errances Multiples : expériences et projet. ARFEHGA – 3èmes journées d'ergothérapie de Garches. *Ergothérapie et Neuropsychologie Enfant et Adulte*.
- Quintard, B., Croze, P., Mazaux, J.M et al. (2002). Satisfaction de vie et devenir psychosocial des traumatisés crâniens graves en Aquitaine, *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Volume 45, Issue 8, 456-465, ISSN 0168-6054, [https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(02\)00296-9](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(02)00296-9).
- Rey, A., Morvan, D., Firmin, G. (2008). *Le Robert de poche 2008*. Le Robert.
- Rosenberg, M. B., Seils, G. (2006). *Livre : Dénouer les conflits par la communication non violente* (Jouvence).
- Santé Publique France. (2016). Etat des connaissances : Épidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux. *Synthèse bibliographique*, p. 12
- Sonrier, D., Vanberten, M. (2011). La prise en charge des troubles du comportement et des émotions chez les patients cérébro-lésés : mise en place d'un groupe de cognition sociale, *ErgOTHérapies*, 43, p. 5-13. De Boeck-Solal, Ed.
- Tétréault, S., Guillez, P. (2014). Méthodes, techniques et outils d'intervention : Guide pratique de recherche en réadaptation. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 215-242

Troué, A., Sadigh, M. (2010). De l'interdisciplinarité ou comment travailler ensemble : Exemple d'une activité théâtre d'improvisation en co-animation ergothérapeute et psychomotricienne, in *Expériences en Ergothérapie*, Coord. M.H. Izard, 23^e série, Montpellier : Sauramps Médical, p. 246-254.

Vallat, C., Chardin-Lafont, M. (2014). Chapitre 9. Le traumatisme crânien. *Neuropsychologie et santé*. 235-273. Dunod.

Widlöcher, D. (1962). *Le psychodrame chez l'enfant*. Presses universitaires de France.

Annexe A : Retranscription d'un entretien exploratoire.

Moi : « Bonjour, je suis Alice DE MOURA, étudiante à l'IFE ADERE, dans le cadre de mon projet de mémoire, je souhaiterais savoir si vous utilisiez la médiation théâtrale auprès de vos patients ? »

L'ergothérapeute 2 : « Bonjour Alice, Oui bien sûr, je travaille en tant qu'ergothérapeute en psychiatrie adulte à [lieu d'exercice] »

Moi : « Très bien, Merci beaucoup. »

L'ergothérapeute 2 : « ... » (silence)

Moi : « Quel est le public concerné ? »

L'ergothérapeute 2 : « Nous suivons des patients atteints de psychoses, bipolarité, troubles anxieux et dépressifs. L'activité ouverte à l'ensemble des patients des communes voisines. Suivis soit en ambulatoire au CMP, soit en Hôpital de jour, après accord des médecins référents. Chaque année une moyenne de 12 patients et 3 soignants participent à l'atelier. »

Moi : « Qu'apporte de théâtre à court terme et à long terme ? »

L'ergothérapeute 2 : « A court terme le groupe donne des repères dans le temps, les liens sont créés entre les patients et avec les soignants. La mémoire. La réassurance des capacités. Par exemple un patient qui va dire « Apprendre par cœur même à l'école c'était difficile », on lui répondra « La mémoire ça se travaille, vous y arriverez. » La mémoire des déplacements aussi. Tenir compte de l'autre. Travail de la question du regard et sur les difficultés relationnelles. A long terme l'effet troupe apporte un réel sentiment d'appartenance, on a le trac, on est heureux tous ensemble. On appartient à un ensemble, on n'est plus une petite chose. Quand le spectacle est fini, les lumières s'éteignent, il y a souvent l'effet de contre coup. Le feu de la rampe s'éteint. Mais beaucoup disent que ça leur a apporté confiance en eux et beaucoup de plaisir. Et le plaisir c'est déjà quelque chose d'énorme, ça veut dire qu'il y a quelque chose qui fonctionne psychiquement, qui se met en route. Se mettre en route, ce n'est pas quelque chose d'évident dans bien des cas. Parfois on les mobilise, on les emmerde un peu et parfois ça fait plaisir. Ce qui induit une dynamique de lien aux autres, de socialisation. »

Moi : « A quelle fréquence les séances ont-elles lieu ? »

L'ergothérapeute 2 : « Il s'agit d'un atelier hebdomadaire d'une durée de deux heures. »

Moi : « Combien de personnes y participent ? »

L'ergothérapeute 2 : « Chaque année, nous accueillons en moyenne 10 patients. L'atelier existe depuis 10 ans. »

Moi : « **Connaissez-vous les patients que vous suivez au théâtre ?** »

L'ergothérapeute 2 : « 4 ergos, peu de suivi individuel, c'est un choix de notre part. On en voit certains à d'autres ateliers 3h, 3 fois par semaines et d'autres qu'on apprend à connaître au théâtre. Ensemble des patients du secteur, juste suivis au CMP ou hospitalisés sous contrainte avec permission. La motivation du patient est primordiale. Mode de suivi sans interférence. »

Moi : « **Est-ce un groupe ouvert ou fermé ?** »

L'ergothérapeute 2 : « Le groupe fonctionne de septembre à juin. Il est ouvert jusqu'aux mois de janvier/ février au maximum et ensuite les patients présents s'engagent, ou non, jusqu' en juin, date de la représentation. C'est un groupe fermé. »

Moi : « **Comment se déroule une séance type ?** »

L'ergothérapeute 2 : « Une première partie est dédiée aux échauffements et aux exercices (concentration, voix et déplacements). Puis il y a une pause de 15 mn avant de passer aux improvisations. A partir des mois de janvier/ février, le texte de l'adaptation de la pièce choisie est donné à tous et la distribution des rôles se fait avec apprentissage, découverte, compréhension du texte et mise en scène. (Le choix du texte, l'adaptation et la distribution sont laissés à notre intervenante / metteur en scène). En juin, nous connaissons généralement une intensification du travail avec une à deux journées pleines de répétition par semaine. »

Moi : « **Qu'apportez-vous en tant qu'ergothérapeute en proposant une séance de théâtre ?** »

L'ergothérapeute 2 : « Les « domaines de compétences » se recoupent en psychiatrie assez facilement. En ce qui nous concerne (ergothérapeutes), les médiations sont plus particulièrement notre outil / cœur de métier. Nous sommes les mieux placés quand il s'agit en complément des répétitions de mettre en places les ateliers costumes /décors. »

Moi : « **Etes-vous accompagné d'un autre intervenant lors des séances ?** »

L'ergothérapeute 2 : « L'équipe de l'atelier théâtre est composée de deux ergothérapeutes, d'une psychologue et d'une intervenante extérieure (comédienne / metteur en scène). Les soignants sont dégagés du choix artistique, garants du cadre thérapeutique mais décalés de la position « classique » du soignant. En effet, les soignants sont participants, au même titre que les patients à l'atelier. Cette position est particulièrement intéressante à plusieurs titres. »

Moi : « **Quels sont les avantages de cette position d'ergothérapeute participant ?** »

L'ergothérapeute 2 : « C'est rassurant parce qu'on est à côté d'eux, on joue avec eux. Ils savent qu'a priori ils peuvent compter sur nous. On ne sait pas plus ou mieux qu'eux. On partage des difficultés communes. Il peut arriver qu'on se retrouve en difficulté là où eux ont des facilités. On traverse toute cette aventure ensemble. On se détache de la position soignant-soigné. Il n'y a pas de relation de type dominant-dominé, comme on pourrait le dire autrement. Le théâtre est vraiment une relation horizontale, pas quelque chose de hiérarchique. En général on dit qu'on accompagne, dans ce cadre-là on partage avant tout. Bien qu'on ne soit pas 100% comme eux, on reste garant du cadre, on fait des allers retours avec l'équipe mais on est comme eux dans le jeu. On éprouve les mêmes choses, les mêmes efforts, les mêmes découvertes. Il y a un effet de miroir qui se joue. Le patient se dit qu'il éprouve des difficultés ordinaires et que ce n'est pas juste parce qu'il est malade. »

Moi : « Comment garantissez-vous le cadre thérapeutique pendant la séance ? »

L'ergothérapeute 2 : « Le cadre est d'emblée énoncé comme une condition. La salle est prêtée par la municipalité. Il faut qu'ils se déplacent tous les mardis à l'heure prévue quand ils découvrent, donc pas encore engagés mais à partir du moment où ils disent ok, on demande un engagement de présence et de ponctualité. Pas de jugement. On supporte le regard des autres. On croit en eux. On ne juge pas non plus. Le respect, la bienveillance avec les nouveaux dans le groupe. Chacun puisse être suffisamment en confiance, à l'aise pour oser. Aussi, être attentif, passer son tour quand c'est nécessaire. Le cadre global est donc le respect de l'autre et de soi. »

Moi : « Quelles difficultés rencontrez-vous souvent lors des séances ? »

L'ergothérapeute 2 : « Tu prends tout ce que je t'ai dit là, tout ce qui fait effraction au cadre. Après, un patient qui va bien s'engage puis il va moins bien et une hospitalisation est nécessaire. Ou un patient qui s'engage puis prend peur et puis dit, non malgré tout, par choix. Aussi, des problématiques propres à la pathologie du patient. Une personne hypocondriaque qui va jouer et donner à voir son symptôme. Une personne paranoïaque peut discuter et rediscuter les indications de la comédienne. »

Moi : « Quels sont vos objectifs individuels et collectifs ? »

L'ergothérapeute 2 : « Prendre confiance en soi et en sa capacité de création par la pratique d'exercices et d'improvisations. Ouvrir et développer l'imaginaire. Différencier l'espace imaginaire de l'espace réel. Mettre à distance par le jeu théâtral différents états émotionnels/ Mettre en jeu les fonctions cognitives (mémorisation, concentration...) notamment par la lecture et l'apprentissage du texte/ Comprendre le texte et interpréter un personnage/

Reprendre contact avec son corps, son espace personnel et interpersonnel/ Favoriser les échanges dans le cadre d'une activité de groupe. Favoriser l'investissement culturel par la découverte de l'univers théâtral. Répondre à des règles de précisions que requiert un texte théâtral en interaction avec un ou plusieurs partenaires. Respecter une mise en place exigée par la mise en scène afin de rendre possible la cohérence du travail du groupe et du spectacle. »

« Ces objectifs sont mis en œuvre par la mise en jeu du corps, de la voix de manière dynamique dans l'espace scénique et par un travail de synergie du groupe. Nous proposons des sorties théâtrales, et des échanges avec des professionnels. Une mise en scène donne lieu à une ou plusieurs présentations publiques. »

Moi : « Comment les représentations publiques s'organisent-elles ? »

L'ergothérapeute 2 : « Notre atelier théâtre a pour objectifs, entre autres, depuis l'origine, de présenter en fin de chaque session un spectacle. Nous serons sur scène comme tous les ans fin juin, dans un des Théâtre municipaux de notre secteur devant 200/250 personnes. Les acteurs sont évidemment les patients mais aussi les 3 personnes de l'équipe (ergothérapeutes et psychologue). Notre implication dans le projet, et principalement sur scène au côté des patients, est primordiale. Si vous êtes en région parisienne et intéressée pour assister à la représentation dites le moi (entrée libre). »

Moi : « Super ! Je suis intéressée par la représentation, ce serait une belle opportunité de me faire une idée plus objective du travail qui peut être accompli à l'issue des séances.

Quand a-t-elle lieu ? »

L'ergothérapeute 2 : « Le [date] à [heure] h. Entrée libre, pas de réservation. Je vous envoie les détails. Venez accompagnée autant que vous voulez, la salle est très grande, de la place pour tout le monde... »

Moi : « Parfait, merci beaucoup de l'attention et du temps que vous venez de m'accorder pour cet entretien, vous avez répondu à toutes mes questions et ça m'a beaucoup apporté. »

L'ergothérapeute 2 : « Merci à vous aussi pour votre intérêt sur l'atelier, bon après-midi. »

Moi : « A vous aussi, au revoir. »

Annexe B : Formulaire de consentement pour les entretiens d'enquête

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je suis Alice DE MOURA, une étudiante en dernière année de formation en Ergothérapie au sein de l'IFE ADERE à Paris, ce statut me permet de conduire un projet d'initiation à la méthodologie de recherche.

Je m'intéresse à la manière dont les ergothérapeutes utilisent la médiation théâtrale dans le cadre de leur pratique, auprès de patients traumatisés crâniens, afin de réduire les difficultés liées aux troubles de la cognition sociale qu'ils peuvent présenter.

- ✓ Vous êtes ergothérapeute
- ✓ Vous exercez/ ou avez déjà exercé auprès de patients ayant subi un traumatisme crânien en phase d'insertion /réinsertion familiale, sociale et/ou professionnelle.
- ✓ Vous pratiquez/ ou avez déjà pratiqué la médiation théâtrale auprès de ces patients.
- ✓ Un de vos objectifs est de développer et/ou de compenser les troubles de la cognition sociale et de développer les habiletés sociales de ce profil de patients.

Je me permets donc de vous inviter à participer à un entretien que j'aurais préparé en amont.

Cet entretien vous prendra au maximum 30 minutes. Vous restez libre d'accepter ou de refuser de participer.

Toutes les informations que vous me transmettez seront anonymisées : L'anonymat s'élargit aussi au nom de la structure / service auquel vous appartenez. Il pourra néanmoins être mentionné votre statut (Ergothérapeute, pratiquant depuis X années), votre domaine d'expertise global (neurologie, rééducation/ réadaptation, réinsertion socio-professionnelle) et le profil de patients en général que vous accompagnez (cérébrolésés, traumatisés crâniens et leur tranche d'âge) pourront être transmises.

Les informations que vous transmettez seront enregistrées et retranscrites dans le but de les analyser dans le cadre de cette recherche. Je m'engage à ce qu'en aucun cas vos informations soient détournées.

Je reste disponible pour répondre à vos éventuels questionnements.

Je soussignée Mme/Mr

Avoir pris connaissance des modalités présentées ci-dessus.

Vouloir m'impliquer dans cette recherche en m'exprimant au cours d'un entretien.

J'autorise Alice DE MOURA à procéder à des enregistrements selon les conditions énoncées ci-dessus.

Signature de l'enquêtrice :

Signature du participant :

Annexe C : Trame prévue pour les entretiens d'enquête

TRAME D'ENTRETIEN

I. Le traumatisme crânien

- 1) Pouvez-vous me décrire le profil des patients ayant subi un traumatisme crânien que vous suivez ?
- 2) Quelles sont les spécificités liées à cette population ?
 - ⇒ *Qu'en est-il concernant la gestion de leurs comportements, de leurs émotions et de leur manière d'interagir avec les autres ?*
 - ⇒ *Leurs difficultés à atteindre un but fixé s'observent-elles en séance ? Si oui, de quelle manière ?*

II. La médiation théâtrale

- 3) Que pouvez-vous me dire sur la mise en place et le suivi de ce groupe de théâtre ?
 - ⇒ *Pouvez-vous me rappeler le constat initial ayant justifié la nécessité de la mise en place du groupe ?*
 - ⇒ *Quels étaient vos critères d'inclusion et d'exclusion pour l'accueil des patients au sein du groupe ?*
 - ⇒ *Pouvez-vous décrire vos objectifs et vos moyens ?*
 - ⇒ *Si vous travaillez en collaboration avec un autre professionnel, quelle est sa spécialité et que vous apporte-t-il dans votre pratique en tant qu'ergothérapeute ?*
 - ⇒ *Pouvez-vous préciser brièvement la fréquence / le lieu / la durée séances / la durée du programme / le type de groupe, ou encore si le groupe est organisé par modules par exemple.*
- 4) Selon vous, quels éléments ont pu influencer vos choix vers ce type de modalités ?

III. Le rôle de l'ergothérapeute

- 5) En tant qu'ergothérapeute comment garantissez-vous le cadre des séances ?
- 6) Quel regard professionnel apportez-vous lors des séances ? En ce qui concerne les émotions, les comportements ou encore les propos des patients lors des séances, quels sont ceux qui, selon vous, doivent alerter particulièrement un ergothérapeute ?
- 7) Selon vous, quelles peuvent être les leviers et les freins liés à la mise en place de ce type de médiation auprès de ce profil de patients ?

IV. La cognition sociale

- 8) Comment évaluez-vous les troubles de la cognition sociale des patients ?
- 9) Afin de mesurer l'évolution de ces troubles : Pouvez-vous expliciter les changements constatés dans le comportement social des patients au cours du suivi ?
- 10) Pouvez-vous me décrire les conséquences sur la dynamique de groupe au fil des séances ?
- 11) De votre point de vue, le transfert des acquis dans la vie quotidienne (dans les relations institutionnelles, familiales, amicales, professionnelles etc.) a-t-il été efficace pour la majorité des patients » ?
 - ⇒ Si oui, pouvez-vous préciser les éléments qui semblent le confirmer ?
 - ⇒ Si non, quels éléments ont pu venir refreiner ce transfert des acquis à votre avis ?
 - ⇒ *Savez-vous si ces progrès ont pu perdurer dans le temps, à distance du programme, au sein de l'institution ou encore dans le cercle familial et/ou professionnel du patient ?*

V. Synthèse et remerciements.

- Nous avons parlé des objectifs et des modalités de la mise en place de votre groupe de théâtre auprès de patients traumatisés crâniens et nous avons vu comment celui-ci a pu permettre d'améliorer les troubles de la cognition sociale de ses patients.
- Je vous remercie pour votre collaboration et votre implication, merci d'avoir consacré une partie de votre temps pour participer à cet entretien.

Alice DE MOURA

Annexe D : Retranscription d'un des entretiens d'enquête

[Cet entretien est réalisé auprès d'un ergothérapeute ayant déjà utilisé la médiation théâtrale en collaboration avec une psychomotricienne auprès de patients traumatisés crâniens en ayant pour objectifs entre autres, de travailler les troubles de la cognition sociale.]

Moi : « Pouvez-vous me décrire le profil des patients ayant subi un traumatisme crânien que vous avez suivi ? »

Ergothérapeute A : « ok donc alors. A l'époque, c'était dans le cadre d'un centre d'activités de jour pour personnes cérébrolésés, donc principalement des personnes qui avaient eu un traumatisme crânien. Alors, avec toutes des personnes qui avaient eu un traumatisme crânien grave, avec une période de rééducation plus ou moins importante, et puis qui était donc orientés par la MDPH dans ce centre d'activités de jour, on va dire plutôt sur une phase de réadaptation /réinsertion sociale et donc. C'était ... il y avait des personnes qui avaient des séquelles motrices, mais heu toutes avaient des séquelles cognitives avec des montées au niveau exécutif et puis voilà des problèmes de mémoire, attention, concentration et donc, pour certains, régulation du comportement, gestion des émotions, etc. Donc c'étaient des personnes de 18 à 60 ans. C'étaient des personnes adultes. Et pas nécessairement avec des séquelles motrices.

Moi : « Quelles sont les spécificités liées à cette population ? Vous venez de dire les émotions, le comportement etc. Est-ce qu'il y en a d'autres ? »

Ergothérapeute A : « Eh bien le côté handicap invisible est vraiment très particulier. C'était aussi compliqué pour les proches. On va dire heu parce qu'au final, il y avait quand même peu de personnes qui vivaient seules. On avait beaucoup de jeunes qui étaient retournés vivre chez les parents ou qui n'avaient jamais quitté le domicile familial pour ceux qui avaient eu leur accident vers 18/20 ans. Et puis sinon, on avait aussi des personnes qui étaient en couple, qui avaient eux-mêmes des enfants. Ce qui était plus compliqué, c'était le décalage on va dire entre la perception de la personne qui se voyait quand même comme avant en général, et puis la perception des proches qui avaient vraiment du mal à reconnaître leurs proches, qui avaient eux aussi vraiment du mal à. À faire le lien entre ces difficultés cognitives et ce qu'ils observaient dans la vie quotidienne. On avait aussi beaucoup d'interventions à ce niveau-là en expliquant que ce n'étaient pas QUE des problèmes de motivation, que des

problèmes ... fin voilà de de mauvaise, fin, qu'il n'y avait pas de problème de mauvaise volonté, etc. Mais que c'étaient vraiment des difficultés qui étaient dues à la lésion cérébrale et que cette personne qui faisait beaucoup de choses avant, avait beaucoup, on va dire de rôles sociaux et galants. Charge pas mal de choses à la maison, mais ce n'était plus le cas et que bah c'était vraiment lié on va dire aux difficultés exécutives ou à un défaut d'initiative ou comportement. Souvent, ils avaient vraiment du mal entre hum... des moments où la personne allait très pragmatique et d'autres moments où elle va réagir de manière exacerbée parce qu'il y a une frustration, parce qu'il y a quelque chose qui ne s'était pas passé comme prévu. Il y avait tout ce travail-là à faire... et puis bah au niveau des personnes c'était vraiment on va dire une reconstruction identitaire ou quasi quoi. Parce que... parce que ben voilà quoi la personne, elle, se rendait compte au fur à mesure du temps. C'est vrai que ce n'était pas pareil quand on sortait vraiment de la rééducation. Et puis, c'étaient des personnes qu'on accompagnait en général pour trois ans maximums à ce moment-là. Là, c'est vrai que on se rendait compte de tout, de la nécessité d'un accompagnement quand même dans le long terme pour justement pouvoir aborder le fait que oui. Finalement, la personne n'était plus tout à fait comme avant. Elle avait au moins d'amies, moins de personnes qu'elle voyait au final et que ben oui, il fallait reconstruire des activités ou des liens utiles et se reconstruire un peu autrement et se recréer un peu sa personnalité. Parce que voilà, parce qu'ils n'étaient plus comme avant quoi. C'était compliqué.

Moi : « Ok maintenant concernant la médiation théâtrale : Que pouvez-vous me dire sur la mise en place et le suivi de ce groupe de théâtre ? »

Ergothérapeute A : « Donc, c'était on avait à ce moment-là deux types, en général hein deux types d'activités théâtre qui étaient proposées. Donc celle à laquelle je participais, moi en général, c'était celle de théâtre d'improvisation.

Sinon, on avait un autre groupe théâtre pour d'autres personnes et c'était souvent plutôt dans un second temps, on proposait ça aux personnes. C'était un groupe de théâtre plus.

Donc là, en l'occurrence. Donc, le théâtre d'impro, c'était coanimation ergo psychomot et le groupe théâtre, c'était psychomot et une metteuse en scène, donc une dame metteuse en scène qu'on faisait intervenir et où là, on était moins, on va dire sur des choses, justement...de...de... Mémoire, d'organisation, de gestion des émotions, même de cognition sociale, on était plus à ce moment-là, sur des objectifs, de ben ... D'avoir quelque chose de valorisant, d'être aussi sur quelque chose de représentation parce que ça a donné lieu à des...

(On entend du bruit provenant du couloir) Excusez-moi, il n'y a rien de particulier ?
[Prénom]

Du coup, une représentation avec une pièce de théâtre qui a été faite alors qu'était pièce de théâtre, on s'entend. Il n'y avait quand même beaucoup de choses de l'improvisation, parce que c'était difficile pour eux de mémoriser, mais là, on était plus sur des choses qui allaient d'une séance à l'autre. Sur ce groupe théâtre pour avoir une production au final, alors que ce qu'on faisait en théâtre d'improvisation.

Même si vous avez lu l'article, je pense, même si on avait toujours les mêmes phases, c'est à dire cette phase des choses d'échauffement. Ensuite, les différents Mimes ou, voilà qu'on pouvait faire et ensuite quelque chose de plus, de différentes saynètes et ensuite un côté un peu plus relax. C'était toujours la même organisation, mais ça ne se suivait pas nécessairement d'une séance sur l'autre.

Mais voilà, on avait un groupe fermé quand même dans les deux cas. C'est-à-dire que c'étaient les mêmes personnes pendant... c'était sur un temps de planning en général de six mois à peu près et donc pendant six mois, on avait le même groupe de personnes qui participaient à cette activité, donc en l'occurrence théâtre d'improvisation. Nous, on avait une graduation dans les objectifs et dans ce qu'on demandait aux personnes, mais il n'y avait pas nécessité de se souvenir particulièrement de ce qui avait été fait d'une séance sur l'autre. On était vraiment plus dans l'idée de se dire ben voilà, on travaillait quand même beaucoup sur la perception des émotions de l'autre. Comment moi, j'exprime mes émotions aussi. Et puis, quand on était sur les saynètes, c'était aussi imaginer une manière de réagir à une scène plus ou moins liée à la vie quotidienne. Et puis donc imaginer je ne sais pas, puff je ne sais pas moi... par exemple, ils sont au restaurant. Il y a un cheveu dans l'assiette. Comment ils réagissent ? Ok. Cette manière de réagir. Comment est-ce qu'on pourrait réagir autrement ? Et puis avec les échanges des uns des autres est-ce qu'il aurait encore une autre manière de réagir. Enfin voilà, on était aussi à essayer d'envisager des réactions qui ne sont pas forcément la leur, mais qui pourraient arriver. »

Moi : « Vous m'avez parlé de la collaboration ergo-psychomotricienne, et d'un autre côté ergo-metteur en scène. Quand vous dites un metteur en scène c'est Dramathérapeute ou pas forcément ?

Ergothérapeute A : « Non, non, c'était une personne qui faisait du théâtre, elle a fait plusieurs groupes avec des personnes en situation de handicap, mais c'est une professionnelle du théâtre. »

Moi : et qu'est-ce que cette co-animation vous a apporté et quel regard vous avez en tant qu'ergothérapeute, en comparaison avec la psychomotricienne ? ou le metteur en scène ?

Ergothérapeute A : « Du coup moi en collaboration avec le metteur en scène je n'ai jamais fait, c'était plus avec la psychomot. C'était plus quelque chose qu'elle utilisait le théâtre. On va dire hein heu...

Enfin, c'était plus intéressant pour moi, en tant qu'ergo, d'être sur le théâtre d'improvisation parce qu'on était vraiment sur... c'était plus de la ...des... imaginer des scènes de la vie quotidienne en fait. Et elle n'était plus sur le versant gestion des émotions et sur le versant physique aussi, puisque le corps pouvait exprimer.

Après, dans tous les cas, on faisait beaucoup de choses en co-animation parce que ça nous permettait de dispatcher un peu les rôles, c'est à dire que celle qui allait plus être dans l'animation permettait à l'autre d'être plus dans l'observation. Ça permettait aussi ce que l'on avait quand même pas mal de difficultés de comportement hein Concrètement, quand on avait des groupes avec plusieurs personnes cérébro-lésées, ça pouvait être vite aussi partir un peu...C'était aussi bien d'être deux pour gérer ça, surtout parce que là, c'est quand même une activité qui demande aux personnes de s'exposer. J'ai envie de dire et d'être un peu plus dans leur. Ben, disons que ça pouvait être un peu déstabilisant et leur demander une attention plus importante. Une charge cognitive plus importante, et on avait d'autant plus de potentiellement de troubles du comportement. C'était aussi intéressant d'être deux. Et puis ça nous permettait aussi de faire Bah de Quelqu'un, une professionnelle, puisse sortir avec une, deux ou trois personnes en fonction pour imaginer une saynète pendant que l'autre va être avec l'autre groupe. Pour les autres parties, pour travailler certaines choses avec. »

Moi : et comment en tant qu'ergothérapeute vous garantissez le cadre, à quoi vous faites attention en particulier... ?

Ergothérapeute A : « Tout ça on faisait attention au comportement des personnes. Ça, c'est sûr, au fait qu'elles aient bien compris la consigne, qu'on puisse la reformuler. Que la personne n'oublie pas la consigne au fil des échanges. Et puis après, Voilà, on était vraiment dans l'idée de proposer un cadre. On va dire suffisamment rassurant, bienveillant, pour que

les personnes osent se mettre en situation pour qu'elles osent imaginer. Ben voilà, il n'y avait quasiment personne qui avait déjà participé à une activité comme ça. Donc, même les mimes, même. Voilà, ce n'était pas si simple pour eux. Donc, c'est aussi se mettre en scène soi-même. Le fait d'être deux, ça permet ça, c'est qu'il y en avait toujours une qui participait aux mines, ou alors à l'échange, ou alors à la saynète. Et puis, c'est vraiment faire en sorte que les gens se sentent suffisamment en confiance. Soit disponible. Et puis ben oui, qu'on évite qu'il y ait du jugement, qu'on favorise vraiment. Bien qu'on soit toujours ... on repositionnait à chaque fois les objectifs de l'activité en leur redisant pourquoi on faisait ça, qu'est-ce qu'on en attendait et quels intérêts ça pouvait avoir en fonction des difficultés des uns des autres en général. Donc on ciblait à chaque fois pourquoi on fait ça. »

Moi : Selon vous quels peuvent être les leviers et les freins liés à la mise place de ce type de médiation auprès de ce profil de patients en particulier ?

Ergothérapeute A : « Hum bah les freins heu... Les gens, ils ne sont pas à l'aise en général. En tout cas, ils peuvent avoir l'impression que c'est une médiation qui n'est pas simple parce qu'effectivement ça nécessite de s'exposer. Voilà faire un mime d'un animal. Ils pouvaient trouver ça complètement inintéressant. On va dire ça leur faisait un peu peur. Ils avaient l'impression. Le risque, c'était de pouvoir avoir l'impression d'être ridicule. Voilà, c'étaient des choses qu'on expliquait très régulièrement.

(Bruit dans le couloir) Alors je suis désolée parce que en fait... j'ai l'impression qu'on a fait chut...chut... je reviens hein ... pardon. C'est compliqué je suis encore au travail.

Bref hum bon je ne sais plus hum... après voilà c'est vrai que c'est un support qu'on a utilisé à de nombreuses reprises et en plus, on a eu des coanimations différentes dans le temps. Il y avait sur le théâtre d'impro hein j'entends. Il y a eu aussi des coanimations neuropsychomot, neuropsych-ergo fin voilà pour aussi avoir. Là encore, vous disiez vous aussi le rôle de l'ergo. On a aussi des choses qui sont très liées à notre spécificité c'est-à-dire que puisque moi, je pouvais faire quand je faisais, par exemple des activités de la vie quotidienne pour une personne ou un test, des errances multiples. Ou bien on essayait de travailler, ce qui avait pu être observé en évaluation, en activité, en le remettant en situation sur ce théâtre d'impro et de la même manière, la neuro-psy. Elle savait, en fonction des bilans qu'elle avait fait ben là où, justement, au niveau de la cognition sociale, au niveau de telle ou telle personne, ce qui pouvait être plus important de travailler. Et voilà ça permettait vraiment qu'on puisse ... alors tout en tout en limitant on va dire Ne fallait pas que ça mette les

personnes trop en difficulté. Donc, on était aussi vigilants à ça parce que sinon, on avait des gens qui voulaient arrêter quoi... On mettait toujours trois séances d'essais avant que la personne s'engage dans l'activité. Mais voilà, l'idée c'était aussi en leur disant ce n'est pas simple, mais voilà ce que ça va vous permettre de travailler. On sait, vu les difficultés qu'on a pu observer que ben voilà, ça va permettre de travailler tel ou tel ou tel objectif avec vous. C'était souvent ça qui permettait à ce que les personnes se lancent tout en expliquant ben voilà que personne ne jugerait, dès qu'il avait des idées parce qu'il y en a qui peuvent se moquer ou avoir des défenses les uns envers les autres. Et tout ça, on redescendait tout de suite. On faisait circuler la parole en demandant ce qui avait été difficile, ce qui était plus simple. Enfin, voilà, c'était vraiment important d'avoir aussi un temps d'échange avec eux, quasiment permanent, et de croiser aussi le regard des différents professionnels. »

Moi : concernant la cognition sociale...hum comment vous avez évalué les troubles de la cognition sociale ?

Ergothérapeute A : « Alors, soit sur justement la neuropsychologie elle pouvait faire des évaluations à ce niveau-là, ça peut. Et puis nous, on pouvait observer. Il y avait quand même beaucoup, beaucoup d'activités de groupe et de vie quotidienne. Voilà on pouvait aller au cinéma, on pouvait aller à la piscine. On pouvait ...donc voilà toujours forcément des lieux où on va s'apercevoir qu'il y a des choses qui sont problématiques. Et puis, comme je vous dis, ça pouvait s'observer sur le test des errances multiples, sur certains bilans que l'ergo faisait passer. Même le profil des activités de la vie quotidienne. On pouvait se rendre compte qu'il y avait des choses. Quand Je ne sais pas quand la personne, elle téléphonait, quand voilà, on voyait des choses qui étaient difficiles, qui posaient un problème à ce niveau-là. »

Moi : « Pouvez-vous expliciter les changements constatés dans le comportement social des patients au cours du suivi ? »

Ergothérapeute A : « En fait, ils se sont rendu compte que justement, quand ils essayaient d'exprimer une émotion, elle n'était pas forcément perçue par les autres. Ce n'était pas forcément celles qui souhaitaient exprimer qui était perçue par les autres. On n'avait rien de tel que justement, ce groupe là pour percevoir ça. Parce que justement, quand on était sur des petits papiers, ben alors ça a commencé par une émotion. Cela étant, on mixait mimer une émotion avec une action, mimer une émotion avec une action dans un lieu, par exemple. Et en fait. Ben voilà, il y avait des émotions qui étaient plus simples que d'autres. Mais souvent, les personnes pensaient qu'elle aurait aucune difficulté à transmettre l'émotion, alors

qu'en fait, il y avait très peu de personnes du groupe qui l'a capté. Donc ça, pour les gens, c'était vraiment de se dire « ah mais attend... » Voilà, mis à part la colère, je n'arrive pas tellement à faire passer mes émotions. Ils se rendaient compte aussi que ce n'était pas si simple pour eux de décrypter celles des autres. Donc, il y avait ce genre de choses-là qui étaient vraiment très intéressantes. Et puis aussi le fait d'imaginer d'autres manières de réagir à certaines situations. On avait des gens qui étaient toujours dans le même type de réaction à chaque fois qu'on imaginait une scène et avait toujours le même type de réaction, et ça les obligeait à trouver une autre manière de faire. Et certains ont pu nous dire que ça les aidait, justement. Ben voilà où à décentrer leur point de vue ou à pouvoir réagir un peu autrement à une situation, quoi. »

Moi : « Du coup quelles étaient un peu les conséquences sur la dynamique de groupe ? »

Ergothérapeute A : « Alors ça dépendait des groupes, évidemment. Il y avait plus de tolérance entre eux au fur et à mesure, ça c'est sûr. Ils se rendaient compte que ce n'était pas simple non plus. Donc il y avait plus d'échange et plus de tolérance que dans d'autres groupes. Principalement. »

Moi : « Vous avez constaté une évolution entre le début et la fin »

Ergothérapeute A : « Voilà après Ça restait sur un nombre de séances quand même assez limité. Et puis, c'était plus individuellement que les gens le ressentaient par rapport au groupe en lui-même. Effectivement, au départ, il y avait beaucoup plus de systèmes de défense et on était beaucoup plus vigilants qu'à la fin. Parce que finalement, après, ben voilà, ils étaient plus en confiance. Ils étaient plus rassurés en se disant Bah oui, je peux m'autoriser à faire telle et telle chose, même si je m'expose, même si au début, j'aurais pensé que j'aurais l'air ridicule en faisant ça. Maintenant, je vois qu'il y en a d'autres qui font que finalement, personne ne rigole, que personne n'est mal à l'aise, que personne...je peux donc m'autoriser plus de choses. Et effectivement, ils étaient aussi moins tendus, moins nerveux et plus tolérants les uns envers les autres. Mais après, ça reste dans le cadre de l'activité. Ce n'était pas forcément si simple de transposer ça. Par contre, cette tolérance-là qui était dans le cadre de l'activité, on pouvait se rendre compte que finalement, voilà quelques heures après, si on avait trop chargé, par exemple cognitivement, s'ils étaient fatigués, voilà, ça pouvait partir en vrille deux heures après. Parce que y avait trop... trop de charges cognitives et que finalement, ils n'étaient plus tellement disponibles pour gérer leur comportement sur une situation lambda »

Moi : « Donc la question qui suit c'est ... : Que ce soit dans les relations au sein de la famille, amicales ou autre... est -ce que ce transfert des acquis a été efficace pour la majorité des patients ? »

Ergothérapeute A : « Après on n'a jamais fait d'évaluation qui nous permettait d'objectiver ça, donc ce n'est pas si simple. Après, effectivement, c'est difficile de savoir ce qui était dû à quoi. Parce qu'en général, effectivement, les proches en avaient des retours positifs. Mais il y avait plein de choses qui rentraient en jeu. Il y avait le fait d'être moins souvent ensemble. Juste le fait que les personnes viennent à l'accueil de jour. Ça permettait qu'ils soient moins ensemble des choses qui soient travaillées, que la personne avait une activité en dehors, des choses à dire en dehors. Enfin, voilà. Après, forcément, ça permettait. Comme je vous dis quoi... Il y a forcément eu des choses sur l'expression des émotions, sur la gestion des émotions, sur le fait de se rendre compte que quelques personnes réagissaient un peu toujours dans le même mode relationnel. Donc ça, ça a permis une certaine prise de conscience qui pouvait être travaillée. Mais après, ce n'était pas toujours simple de le transférer vraiment dans... en tout cas. En général, ça pouvait à certains moments, mais pas toujours se passer ensuite. Comme je disais en général, quand c'était possible à l'activité plus théâtre ou là, il y avait quand même vraiment un côté valorisant pour les personnes. Ça, c'était vraiment quand il y avait cette représentation. Il y avait beaucoup de stress, mais les gens étaient ravis de pouvoir montrer ça à leurs proches, de pouvoir inviter des amis, de pouvoir avoir ce temps festif où ils étaient un peu au centre et où, pour le coup, c'était vraiment très valorisant.

Ce qui n'était pas le cas sur le théâtre d'improvisation, parce qu'on était vraiment plus sur des objectifs très précis et très cognitivo comportemental entre guillemets.

Mais oui oui, après, il y avait forcément des répercussions, mais rien n'a été objectivé, donc c'était très subjectif et nous, oui, ça a permis ça . Mais voilà, c'est ce n'est pas si simple ce que ce soit transféré à ce qu'on puisse mesurer le transfert qu'il y a dans la vie quotidienne. Ce n'est pas facile à objectiver.

Après les patients nous disent Bah oui, moi, j'ai tendance à toujours réagir comme ça. Je ne me rendais pas compte. J'ai du mal à faire passer mes émotions. Voilà les proches disaient que C'était bien, mais voilà. Après. Pour autant, quelqu'un qui avait des difficultés de comportement continuait à avoir des difficultés de comportement, Peut-être peut être moins, peut-être.

Mais il y avait plusieurs activités qui permettaient. On avait des personnes qui progressaient et ça, c'est sûr. On voyait toujours une grande différence entre le départ et l'arrivée.

Mais il y avait aussi beaucoup, beaucoup, beaucoup d'activités qui étaient proposées dans des registres différents, avec des objectifs différents et toujours quand même assez centré sur le cognitif, sur la gestion du comportement.

Mais c'était un des outils qu'on avait et on estimait être efficace sans pour autant avoir d'évaluation. On va dire en début et en fin ça permettait d'objectiver la progression. Après, forcément, toutes les personnes quasi avaient des retours positifs sur les mois et les activités passées à l'accueil de jour. »

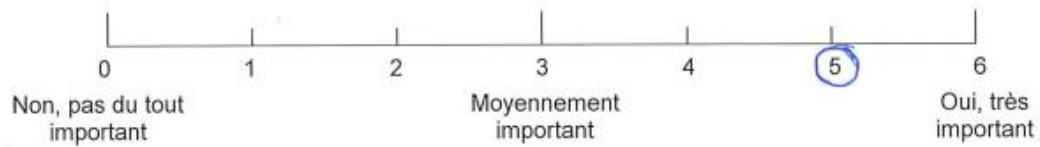
Moi : « Nous avons parlé des objectifs et des modalités de la mise en place de votre groupe de théâtre auprès de patients traumatisés crâniens et nous avons vu comment celui-ci a pu permettre d'améliorer les troubles de la cognition sociale de ses patients. Je vous remercie pour votre collaboration et votre implication, merci d'avoir consacré une partie de votre temps pour participer à cet entretien. »

Annexe E : Groupe « mime et expression » – Auto-évaluation

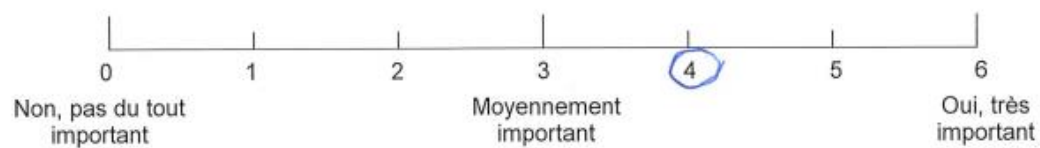
AUTO-EVALUATION

Partie 1 : Sur une échelle de 0 à 6 : Entourez le numéro qui convient.

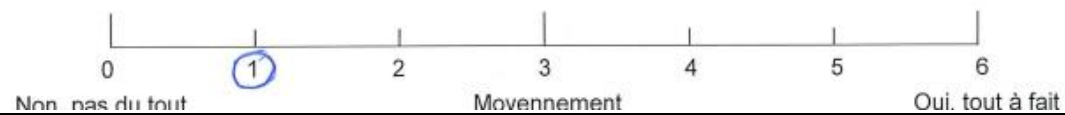
- Estimez-vous important de comprendre ce que ressent une personne ?



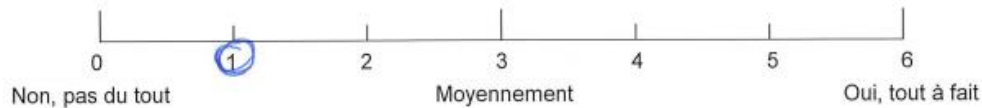
- Estimez-vous important que les autres comprennent ce que vous ressentez ?



- Arrivez-vous à identifier les émotions que ressent une personne ?



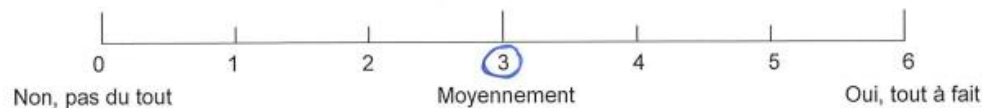
- Est-ce que les autres comprennent ce que vous ressentez ?



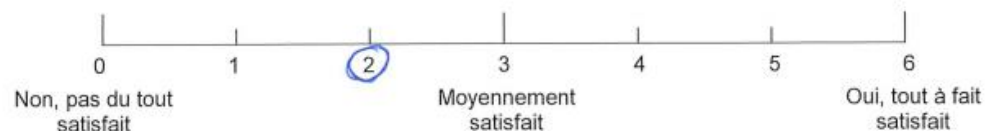
- A quelle fréquence vous retrouvez-vous dans une situation où une personne ne comprend pas ce que vous ressentez ?

Tout le temps Souvent Parfois Rarement Jamais

- Arrivez-vous à contrôler vos émotions ?



- Etes-vous satisfait des relations que vous avez avec les autres ?



Résumé

Comment la médiation théâtrale proposée par les ergothérapeutes, pourrait permettre d'améliorer la cognition sociale des adultes après un traumatisme crânien ?

Mots clefs : Ergothérapie – Traumatisés crâniens – Médiation - Théâtre – Cognition sociale

Cette recherche concerne des patients ayant subi un traumatisme crânien et qui sont ressortis de leur période de rééducation. Ils sont en phase de (ré)insertion sociale et présentent une altération de la cognition sociale. Cette dernière est utile pour percevoir, interpréter et exprimer des émotions et pour adapter un comportement à une situation. De ce fait, ces patients se retrouvent en situation de handicap dans leurs interactions sociales. Les conséquences principales sont l'isolement, les relations conflictuelles et la réduction de la participation sociale. Cette recherche vise à comprendre comment l'ergothérapeute peut utiliser la médiation théâtrale pour travailler la cognition sociale et réduire ces conséquences. L'enquête réalisée auprès de trois ergothérapeutes révèle que les séances de théâtre sont le plus souvent menées en co-animation, avec des objectifs adaptés et grâce à des exercices divers qui font appel aux fonctions de la cognition sociale. La dynamique de groupe est utilisée pour faciliter l'apprentissage social. Les ergothérapeutes veillent à adapter les supports proposés, à clarifier les objectifs avec les patients et ils les aident à réguler leurs émotions/ comportements. Par ailleurs, grâce à cette médiation les patients ont pu reprendre confiance en eux-mêmes, renouer des liens sociaux et prendre davantage conscience de leurs difficultés. Néanmoins, les ergothérapeutes rapportent un manque de moyens pour objectiver le transfert dans la vie quotidienne.

Abstract

How could the theatrical mediation offered by occupational therapists improve social cognition in adults after a head injury?

Keywords: Occupational therapy - Head trauma - Mediation - Theater - Social cognition

This research concerns patients who have suffered a head trauma and who have come out of their rehabilitation period. They are in the phase of social (re)integration and present an alteration of social cognition. The latter is useful for perceiving, interpreting, and expressing emotions and for adapting behavior to a situation. As a result, these patients find themselves disabled in their social interactions. The main consequences are isolation, conflicting relationships and reduced social participation. This research aims to understand how the occupational therapist can use theatrical mediation to work on social cognition and reduce these consequences. The survey of three occupational therapists reveals that the theater sessions are most often conducted in co-facilitation, with adapted objectives and through various exercises that call on the functions of social cognition. Group dynamics are used to facilitate social learning. Occupational therapists ensure to adapt the proposed supports, to clarify the objectives with the patients and they help them to regulate their emotions / behaviors. Moreover, thanks to this mediation, patients were able to regain self-confidence, re-establish social ties and become more aware of their difficulties. Nevertheless, occupational therapists report a lack of means to objectify the transfer in daily life.

DE MOURA Alice

Sous la direction de Lorène Salaam