

## Institut universitaire de formation en ergothérapie

Mémoire d'initiation à la recherche

Session juin 2022

### L'impact de l'OT'Hope auprès du jeune traumatisé crânien : un moyen de favoriser l'identification de leurs problèmes occupationnels prioritaires

UE 6.5 – Evaluation de la pratique professionnelle et de recherche



*Récupéré sur France Traumatisme crânien*

Soutenu par Mathilde FILIPPINI

Sous la direction de Amaia MINTEGUI, ergothérapeute aux hôpitaux de Saint Maurice



# Engagement sur l'honneur

---

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e), FILIPPINI Mathilde, étudiant(e) en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 24/05/2022

Signature :



# 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

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont entourée cette année et m'ont accompagnée à travers la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma maitre de mémoire, Amaia MINTEGUI, pour ses conseils avisés, son investissement et son soutien sans faille.

Je souhaite également remercier mes référents pédagogiques, Amandine IBANEZ et Hélène HAVIN, pour leurs précieux conseils et leur suivi tout au long de l'année. J'aimerais exprimer ma gratitude à Esmeralda GAUTHIER pour son suivi sur ses trois ans d'étude et pour son soutien à travers ce mémoire.

J'aimerais ensuite remercier les quatre ergothérapeutes qui ont accepté d'effectuer les entretiens. Sans elle, mon travail n'aurait pu aboutir.

Pour finir, je remercie ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur soutien inconditionnel.

*“It is the client who knows what hurts, what directions to go, what problems are crucial, what experiences have been deeply buried. It began to occur to me that unless I had a need to demonstrate my own cleverness and learning, I would do better to rely upon the client for the direction of movement in the process.”*

*Carl R. Rogers, On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy (1995)*

# Liste des acronymes

---

TC : Traumatise crânien / Traumatisé crânien

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

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

CO-OP: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

SMART: Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini

# Table des matières

---

<b>Introduction</b> .....	<b>9</b>
Contexte .....	9
Situation d'appel .....	9
Problématique.....	10
Hypothèse .....	10
<b>Partie Conceptuelle</b> .....	<b>12</b>
1.Le traumatisme crânien pédiatrique.....	12
1.1.Définition, étiologie et épidémiologie.....	12
1.2.Degré de gravité .....	13
1.3.Spécificité du traumatisme crânien chez l'enfant.....	14
2.Conséquences du traumatisme crânien.....	16
2.1.Le MCREO, présentation du modèle conceptuel .....	16
2.2.Les séquelles du traumatisme crânien pédiatrique .....	17
2.3.L'impact des séquelles sur l'occupation.....	22
2.4.L'impact sur l'environnement .....	24
3.L'identification de ses problèmes occupationnels prioritaires, une base à l'accompagnement ergothérapeutique.....	26
3.1.L'accompagnement en ergothérapie de l'enfant traumatisé crânien .....	26
3.2.Les particularités du passage du jeune traumatisé crânien en soins de suite et de réadaptation .....	27
3.3.Identification des problèmes occupationnels prioritaires en pédiatrie.....	28
3.4.Outil d'identification des problèmes occupationnels prioritaires.....	32
4.L'OT'Hope, un outil facilitant l'identification des problèmes occupationnels prioritaires des enfants traumatisés crâniens ? .....	34
4.1.Définition.....	34

4.2.Description du support.....	34
4.3.Passation .....	35
4.4.Intérêt chez l'enfant traumatisé crânien.....	35
<b>Partie expérimentale .....</b>	<b>38</b>
1.Méthodologie de l'enquête.....	38
1.1.Objectifs de l'enquête .....	38
1.2.Population ciblée.....	39
1.3.Choix de l'outil d'investigation .....	39
1.4.L'échantillonnage .....	40
2.Résultats et analyse.....	41
3.Discussion.....	55
3.1.Confrontations entre les recherches théoriques et les éléments du terrain.....	55
3.2.Limites et apports de mon étude de recherche.....	60
<b>Conclusion .....</b>	<b>63</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>65</b>
<b>Sommaire des annexes .....</b>	<b>75</b>

# Introduction

---

## Contexte

Le traumatisme crânien est la 1<sup>ère</sup> cause de décès et de handicap acquis de l'enfant et de l'adolescent (Chevignard, 2015).

Chaque personne atteinte d'une lésion cérébrale a une histoire et une identité qui lui est propre, rendant chaque processus de récupération unique (Cisneros, 2019). Il en est de même pour les enfants. En ergothérapie, nous possédons plusieurs outils qui nous permettent de capturer la singularité, les besoins et les attentes de nos clients. Dans une pratique pédiatrique en ergothérapie, l'enfant doit être acteur de sa prise en soins (Alexandre et al., 2010). La place de l'enfant, acteur de son parcours de soin est en congruence avec l'évolution de l'implication des usagers au sein du système de santé français (Maryse, 2020). En effet, la Haute autorité de santé émet des nouvelles recommandations dont l'un des axes stratégiques pour la période 2019-2024 est de favoriser l'engagement des usagers dans le système de soins en les rendant acteur de leur prise en charge (HAS, 2018).

## Situation d'appel

En ergothérapie, identifier ses problèmes occupationnels est au cœur de l'approche centrée sur le client. Cette approche promue en ergothérapie, est un concept défini par Carl Rogers, dans son livre *The Clinical Treatment of the Problem Child*, publié en 1939 et spécifique à la pédiatrie. Il élabore la théorie selon laquelle, l'approche centrée sur la personne est non directive puisque le client et le thérapeute dirigent conjointement la thérapie (Law, 1998). Il stipule que le rôle du client est **d'identifier ses difficultés**, de trouver des solutions pour les résoudre et conclure le processus ergothérapique.

J'ai constaté lors de mon stage en soins de suite et de réadaptation pédiatrique, qu'il pouvait être difficile pour les enfants d'identifier leurs problèmes occupationnels prioritaires, étape qui pourtant est à la base de l'approche centrée sur le client en ergothérapie. Cette démarche m'a semblée d'autant plus difficile pour les enfants victimes d'un traumatisme crânien. En effet, les troubles inhérentes aux fonctions exécutives, à l'aphasie, à l'attention, à la compréhension, ou encore à l'anosognosie, qui sont des conséquences fréquentes à la suite d'un traumatisme crânien peuvent empêcher ces enfants de formuler correctement des objectifs de rééducation.

Mon constat semble avoir été source de questionnement à travers la littérature (Anne W Hunt et al., 2015). En effet, l'identification des occupations prioritaires par l'enfant, à la suite d'un traumatisme crânien est difficile pour les professionnels de la réadaptation en raison, en partie, de la présence de

déficiences. Par conséquent, ces personnes ont été largement exclues de la recherche sur l'établissement d'objectifs et leur participation à ce processus peuvent être limités. Étant donné que l'établissement d'objectifs par l'enfant est au cœur de l'approche centrée sur le client, comprendre comment faire participer l'enfant à ce processus est selon moi, impératif. C'est pourquoi, j'ai émis la problématique suivante :

## **Problématique**

### **De quelle manière l'ergothérapeute accompagne-t-il les enfants traumatisés crâniens dans l'identification de leurs problèmes occupationnels prioritaires en soins de suite et de réadaptation ?**

A travers mes recherches, j'ai découvert un outil élaboré par des ergothérapeutes canadiens, qui s'appelle l'Outil PIC (Priorité Intervention Client). Cet outil a été spécifiquement créé pour les personnes traumatisées crâniennes. Au cours de mes lectures, j'ai remarqué que l'Outil PIC était vraisemblablement similaire à l'OT'Hope, outil utilisé par les ergothérapeutes français.

Par la suite, lors de mon stage pédiatrique, j'ai découvert l'OT'Hope et remarqué que le support offert par cet outil aidait les enfants traumatisés crâniens à faire émerger leurs difficultés occupationnelles par rapport à un entretien classique. L'OT'hope est un outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie dans le cadre d'une pratique pédiatrique, centrée sur la personne et ciblée sur l'occupation (ANFE, 2021). Il s'adresse à des enfants âgés de 5 à 18 ans, ciblant ainsi la population définie dans ce mémoire. L'OT'Hope est un outil qui peut être normalement utilisé avec toute population pédiatrique pour déterminer les objectifs en ergothérapie. Néanmoins, de quelle manière l'OT'hope favorise l'identification des occupations prioritaires des enfants traumatisés crâniens ? En quoi est-il plus pertinent chez les enfants cérébrolésés ? Quelle est sa plus-value chez les enfants traumatisés crâniens par rapport aux autres outils existants en ergothérapie ? Qu'est-ce qu'il pourrait apporter de plus qu'un autre outil d'évaluation des problèmes occupationnels ? Que pourrait-il apporter de différent ?

Ainsi, j'ai formulé l'hypothèse suivante :

## **Hypothèse**

### **L'OT'Hope est un outil à privilégier chez les enfants traumatisés crâniens pour les aider à identifier leurs problèmes occupationnels prioritaires en soins de suite et de réadaptation**

Ce mémoire de recherche a pour objectif de déterminer l'impact de l'utilisation de l'OT'hope auprès des enfants cérébrolésés.

La première partie de ce mémoire proposera une revue de la littérature pertinente sur le sujet. Dans cette première partie, nous traiterons des particularités du traumatisme crânien chez l'enfant et ses conséquences. Nous nous intéresserons ensuite aux difficultés face à l'identification des problèmes occupationnels prioritaires chez les enfants cérébrolésés. Enfin, nous aborderons notre dernier concept clé, celui de l'utilisation de l'OT'Hope.

La deuxième partie sera consacrée à la partie expérimentale du projet de recherche. La méthodologie de l'enquête et une analyse des résultats y sera présentée. Les résultats seront ensuite discutés. Enfin, nous termineront par une conclusion.

**Mots clés** : Traumatisme crânien, Problèmes occupationnels prioritaires, OT'Hope, MCRO, ergothérapie

# Partie Conceptuelle

---

## 1. Le traumatisme crânien pédiatrique

### 1.1. Définition, étiologie et épidémiologie

« Le traumatisme crânio-cérébral survient lorsque le tissu cérébral est détruit ou ne fonctionne plus de façon adéquate, suite à un choc entre le cerveau et la boîte crânienne. Il peut également être causé par une fracture ouverte, un objet pénétrant ou par un mécanisme d'accélération ou de décélération rapide » (CHUV, 2019).

Le traumatisme crânien représente un important problème de santé publique (Kozlowski et al., 2008). En Europe, le traumatisme crânien est la première cause de décès après un an et une source majeure de handicap chez l'enfant. En outre, il représente un tiers des décès de l'enfant et de l'adolescent et 74 000 hospitalisés (Chevignard, 2015).

Il est difficile de trouver des données épidémiologiques spécifiques au traumatisme crânien de l'enfant en France (Laurent-Vannier et al., 2008). La plupart des études sont centrées sur le contexte de survenue des accidents, où mettent en avant les données épidémiologiques correspondant au traumatisme crânien de l'adulte. Cependant, une étude menée par Dupont et al. et par Santé Publique France, en 2013, met en avant des données épidémiologiques relatives au traumatisme crânien de l'enfant. « En 2013, en France métropolitaine, 30 165 enfants de moins de 15 ans ont été hospitalisés, correspondant à 31 258 séjours hospitaliers ; dans cette sélection 96 % des patients ont été hospitalisés pour TC une seule fois au cours de l'année. Les enfants de moins de 5 ans n'étaient pas plus souvent réhospitalisés que les autres patients. » (Dupont et al., 2016).

Afin de pallier le manque de données épidémiologiques récentes sur le traumatisme crânien de l'enfant, je me suis appuyée sur des études épidémiologiques menées dans d'autres pays.

Aux États-Unis, on estime que 475 000 enfants âgés de 0 à 14 ans souffrent d'un traumatisme crânien chaque année (Dewan et al., 2016). Il entraîne plus de 7 000 décès, 60 000 hospitalisations et 600 000 visites aux urgences par an parmi les enfants américains.

A noter, une prédominance du sexe masculin par rapport au sexe féminin (Dupont et al., 2016). Selon l'étude de Dupont et al. menée en 2016, le sex ratio était de 1,4 (17 667 garçons contre 12 498 filles).

L'étiologie du traumatisme crânien est variable en fonction de différents critères. Les principales causes du traumatisme crânien sont (Kozlowski et al., 2008) :

- Les accidents de la voie publique (piéton, vélo, véhicule) chez l'enfant âgé de plus de 6 ans
- Les chutes notamment par défenestration chez les enfants âgés de moins de 5 ans
- Polytraumatisme, si l'enfant est atteint d'au moins deux lésions traumatiques dont l'une des deux engage son pronostic vital (Albanèse & Arnaud, 2022).
- Le syndrome du bébé secoué chez les nourrissons

## 1.2. Degré de gravité

Afin d'évaluer le degré de gravité du traumatisme crânien, les professionnels de santé ont recours à des outils. L'échelle de Glasgow est un outil utilisé en neurologie qui permet d'évaluer le niveau de conscience (Farell, 2013).

L'échelle de Glasgow a été décrite pour la première fois en 1974, par deux professeurs de neurologie travaillant à l'université de Glasgow : Graham Teasdale et Bryan Jennett (Sternbach, 2000). L'échelle de Glasgow est utilisée dans un contexte d'urgence permettant au médecin d'adopter la meilleure stratégie afin de préserver les constantes vitales de l'enfant (CHUV, 2019).

Actuellement, elle est divisée en trois catégories qui évaluent individuellement différents aspects de la conscience (Mehta et al., 2019) :

- L'ouverture des yeux
- La réponse verbale
- La réponse motrice

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
Réponse motrice	1	Aucune
	6	Obéit aux commandes
	5	Localise à la douleur
	4	Retrait à la douleur
	3	Flexion anormale (décortication)
	2	Extension anormale (décérébration)
1	Aucune	

Figure 1 : support de cotation de l'échelle de Glasgow tiré du livre *Médicaments d'urgence en pédiatrie, Doses précalculées selon le poids, Éditions du CHU Sainte-Justine, 2014.*

Selon, l'échelle de Glasgow, on classe le traumatisme crânien de la manière suivante (Mehta et al., 2019) :

- Conscience normale (échelle de Glasgow à 15)
- Traumatisme crânien léger (échelle de Glasgow situé entre 13 et 15)
- Traumatisme crânien modéré (échelle de Glasgow situé entre 9 et 12)
- Traumatisme crânien sévère (échelle de Glasgow de 8 ou moins)

Il existe une version enfant de l'échelle de Glasgow. La « *Pediatric Glasgow Coma Scale* » aussi connu sous le nom de « *Child Glasgow Coma Scale* » a été développé par James et Trauner.

L'une des composantes de l'échelle de coma de Glasgow est la meilleure réponse verbale qui ne peut être évaluée chez les petits enfants non verbaux (Alexandru et al., 2008). D'où la création d'une échelle adaptée aux enfants trop jeunes pour parler.

Glasgow Coma Scale	Pediatric Glasgow Coma Scale	Score
Variable	Variable	
1. Eye opening	1. Eye opening	5
Spontaneous	Spontaneous	4
To voice	To voice	3
To pain	To pain	2
None	None	1
2. Verbal response	2. Verbal response	
Oriented	Appropriate words or social smiles, fixes on and follows objects	5
Confused	Cries but is consolable	4
Inappropriate words	Persistently irritable	3
Incomprehensible sound	Restless, agitated	2
None	Silent	1
3. Motor response	3. Motor response	
Obeys commands	Obeys commands	6
Localizes pain	Localizes pain	5
Withdraw (pain)	Withdraw (pain)	4
Flexion (pain)	Flexion (pain)	3
Extension (pain)	Extension (pain)	2
None	None	1

Figure 2 : L'échelle de Glasgow <sup>1</sup> et l'échelle de Glasgow pédiatrique <sup>2</sup>Récupéré sur « *Predictive value of scoring system in severe pediatric head injury* » par Dovilė Evalda Grinkevičiūtė et al. (2007)

70% à 90% des traumatismes crâniens de l'enfant sont légers (Santé Publique France, 2019). 10% à 15% sont des traumatismes graves (Chevignard, 2015).

### 1.3. Spécificité du traumatisme crânien chez l'enfant

La tête de l'enfant est plus vulnérable que celle de l'adulte à cause de la faiblesse de sa musculature cervicale et de son volume relatif plus important ce qui facilite l'amplitude des mouvements de bascule. Ainsi, dans le cas d'un polytraumatisme, 70% des enfants présentent un traumatisme crânien contre 40% chez l'adulte (AFTC, 2021).

Contrairement à l'adulte, l'enfant est un être en développement (Chevignard, 2015). Ainsi, le traumatisme crânien peut affecter des aires et des fonctions matures, en cours de maturation ou encore

immatures. C'est pourquoi, le traumatisme crânien chez l'enfant peut entraîner des conséquences plus imprévisibles que celui de l'adulte qui lui, se produit dans un cerveau mature.

Les régions du cerveau qui sont immatures ou en cours de maturation rapide sont plus vulnérables aux effets d'une lésion cérébrale. De plus, du fait de l'immaturité de certaines fonctions, les professionnels de santé ne pourront découvrir les séquelles et les conséquences seulement quand l'enfant aura l'âge que cette fonction mature. On se rendra compte à ce moment-là, que la fonction ne se met pas en place correctement.

A noter, que le pronostic chez l'enfant n'est pas forcément meilleur que chez l'adulte (Laurent-Vannier et al., 2008). L'enfant, au moment de l'atteinte cérébrale, a des acquis d'autant plus limités qu'il est jeune, et l'harmonie de son développement dépendra de ses capacités d'apprentissage. Celles-ci sont altérées en cas de destruction de son stock neuronal et d'atteinte de la plasticité neuronale. Dans ce cas, non seulement l'enfant ne rattrapera pas la perte constatée au moment de l'atteinte cérébrale, mais le décalage par rapport à la norme ira en s'accroissant.

Selon le projet de recherche mené par Mathilde Chevignard, qui étudie l'évolution de 65 enfants ayant subi un traumatisme crânien à 7 ans, elle conclut les résultats suivants : Les enfants cérébrolésés présentent, plusieurs années plus tard, des déficits importants et un niveau de dépendance relativement élevé. Selon le Docteur Chevignard, les enfants cérébrolésés doivent pouvoir avoir un suivi à très long terme, au moins jusqu'au relais enfant-adulte. Leur accompagnement doit être bien anticipé à cause de leurs particularités par rapport aux patients victimes d'un traumatisme crânien à l'âge adulte (Chevignard, 2018).

Le traumatisme crânien chez l'enfant semble avoir de nombreuses particularités et engendrer de nombreuses conséquences. Voyons ensemble, quelles peuvent être les conséquences du traumatisme crâniens sur l'enfant.

## 2. Conséquences du traumatisme crânien

### 2.1. Le MCREO, présentation du modèle conceptuel

Le traumatisme crânien impacte aussi bien la dimension physique, cognitive et affective de l'individu.

Afin de vous présenter au mieux ma démarche de recherche, il me semble important d'utiliser un modèle conceptuel en lien avec mon sujet. Un « *modèle conceptuel* » est une *représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (Morel-Bracq, 2009, p2).

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est le modèle conceptuel choisi pour ce mémoire. Ce modèle, élaboré par l'association canadienne des ergothérapeutes est le fil conducteur de mon mémoire. Mon choix s'est orienté vers le MCREO car, il s'agit du modèle sous-jacent à la création de l'OT'Hope (Perrault Alexandra & Giroux Caroline, 2021). De plus, il favorise une approche centrée sur le client, approche au cœur de ma réflexion. Le but du MCREO est « *d'établir des objectifs de traitement et évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçues lors d'un traitement en réadaptation. Il met en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé.* » (Law and al. 2005 citée dans Morel-Bracq, 2009, p86). A travers ce mémoire, nous emploierons le mot de client pour faire référence au patient mais aussi à tous les autres acteurs qui l'entourent. Le terme de client est employé par les ergothérapeutes canadiens et fait partie du vocabulaire du MCREO.

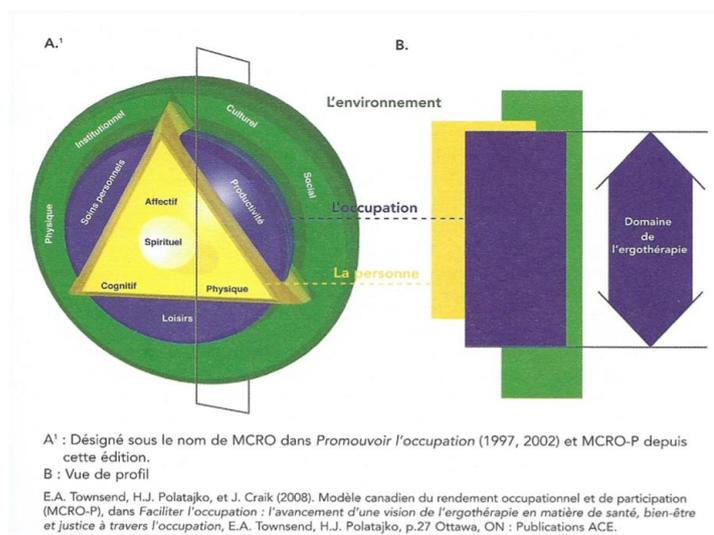


Figure 4 : Schéma du modèle Canadien du rendement et de l'engagement occupationnel tiré du livre « *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* » par Marie-Chantal Morel (2017)

Il met en lumière la sphère de la personne définie par ses dimensions cognitives, affectives, physiques et spirituelles représentées par le triangle jaune. La sphère de l'occupation imagée par le cercle violet regroupe les soins personnels, les loisirs et la productivité. Enfin, la sphère de l'environnement quant à elle, est composée des dimensions physiques, institutionnelles, culturelles et sociales représentée par le cercle vert.

## 2.2. Les séquelles du traumatisme crânien pédiatrique

De nombreuses séquelles font suite à un traumatisme crânien. On distingue trois types d'atteintes : neuromotrices, comportementales et cognitives. La plupart du temps, la composante neuromotrice évolue rapidement et favorablement vers une récupération totale de ces fonctions. A l'inverse, les composantes comportementales et cognitives sont plus variables et peuvent persister. Ces deux composantes qualifiées de « séquelles invisibles » constituent le « handicap invisible » (Laurent-Vannier et al., 2008). Il est défini selon Erving Goffman, comme « *un handicap qui n'est pas apparent, ce qui revient, pour un individu, au fait d'avoir une limitation durable des possibilités d'interaction sans que l'entourage puisse comprendre qu'il s'agit bien d'un handicap* » (Daure & Salaün, 2017, p22).

### 2.2.1. Dimension cognitive : Séquelles cognitives

Les atteintes cognitives sont multiples et invalidantes (Chevignard, 2015). « *La prédominance de l'atteinte des lobes frontaux dans le traumatisme crânien explique en partie la relative spécificité de ces séquelles* » (AFTC, 2021). Chez l'enfant et dans le cas d'un traumatisme crânien grave, les fonctions cognitives sont plus sévèrement impactées que chez l'adulte (Chevignard et al., 2009).

Selon le docteur Mathilde Chevignard, les fonctions cognitives touchées sont les suivantes (Chevignard, 2015) :

- **La mémoire** notamment la mémoire épisodique et prospective : Il s'agit d'une plainte fréquemment relevée. La mémoire de l'enfant est perpétuellement sollicitée lors de l'apprentissage scolaire.
- **L'attention** : Il s'agit d'un trouble cognitif extrêmement fréquent, impliqué dans les troubles de l'apprentissage.
- **La vitesse du traitement de l'information** : On note une lenteur du traitement de l'information très fréquemment rapportée.
- **La fatigabilité** : Il s'agit d'une plainte très fréquente mais difficilement mesurable.

- **L'orientation temporo-spatiale** : il peut être difficile pour l'enfant de se repérer dans le temps et dans l'espace.
- **Les praxies** : Selon Juebing Huang, L'apraxie « est l'incapacité d'exécuter des mouvements intentionnels précédemment appris malgré une volonté et une capacité motrice conservées, du fait d'une lésion cérébrale » (Juebin Huang, 2020 tiré de l'édition professionnels du manuel MSD). L'enfant apraxique ne peut pas « conceptualiser ou effectuer des tâches motrices complexes acquises malgré un système moteur, sensoriel et de coordination intacte et malgré une capacité à effectuer les mouvements de façon séparée. » (Juebin Huang, 2020 tiré de l'édition professionnels du manuel MSD).
- **Les gnosies** : Il s'agit de la « faculté permettant de reconnaître, par l'un des sens (toucher, vue, etc.), la forme d'un objet, de se le représenter et d'en saisir la signification » (Ruyer, *Cybernétique*, 1954, p. 65. Citée dans CNRTL). Bien que le plus souvent les sens ne sont pas touchés par le traumatisme, l'analyse de ces perceptions par le cerveau peut être altérée. L'enfant présentera alors des troubles gnosiques.

On retrouve également d'autres troubles cognitifs majeurs tels que des troubles des fonctions exécutives, des troubles du langage, ou encore un déficit de la perception de ses difficultés. Ces troubles cognitifs seront davantage détaillés car leurs impacts rendent d'autant plus difficile l'identification des problèmes occupationnels. Ainsi pour mieux appréhender la suite du mémoire, il est important de comprendre le fonctionnement de ces déficits cognitifs.

### 2.2.1.1. Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont un ensemble de capacités à la fois connectées et distinctes qui permettent aux individus de s'engager efficacement dans des actions de résolution de problèmes intentionnels et dirigées vers un but et de s'adapter à de nouvelles situations dans le monde réel (Krasny-Pacini, 2019).

Selon Adèle Diamond, il existe trois fonctions exécutives fondamentales (Diamond, 2013) :

- **La mémoire de travail** : fait référence à un système cérébral qui assure le stockage temporaire et la manipulation des informations nécessaires à des tâches cognitives aussi complexes que la compréhension du langage, l'apprentissage et le raisonnement (Baddeley, 1992). Au quotidien, cette mémoire nous permet par exemple de suivre des conversations entre amis, retenir les chiffres donnés par le professeur pour effectuer un calcul mental. La mémoire de travail, apparaît chez les enfants au développement typique, entre 7 et 12 mois (Diamond, 2002).

- **L'inhibition** : Il s'agit d'un « processus qui permet de bloquer ou de supprimer des informations ou des réponses non pertinentes pour l'objectif à atteindre » (Dagenbach & Carr, 1994 ; Dempster & Brainerds, 1995 cité dans Simpson & Riggs, 2007, p417). L'inhibition est liée à la mémoire de travail car elle permet de supprimer des informations déjà présentes en mémoire de travail ou de bloquer les informations avant qu'elles ne soient enregistrées en mémoire de travail (Roberts & Pennington, 1996). L'inhibition commence à se développer dès les premiers mois de la vie et continue de se développer entre l'âge de 1 et 3 ans (Chevalier, 2010). On observe un important accroissement entre 3 et 6 ans. Enfin, ces progrès se poursuivent jusqu'à l'adolescence et cette fonction maturera une fois l'âge adulte atteint.
- **La flexibilité cognitive** : il s'agit de la « capacité à sélectionner de manière adaptative, parmi de multiples représentations pour un objet, de multiples stratégies ou de multiples registres de tâche celle ou celui qui correspond le mieux aux caractéristiques d'une situation, et la capacité à changer son choix en fonction de modifications pertinentes dans l'environnement » (Chevalier et al., 2010, p154). Les capacités de flexibilités cognitives connaissent un développement accru pendant la période pré scolaire, soit entre 3 et 4 ans et continue d'augmenter jusqu'à la fin de l'adolescence (Chevalier, 2010).

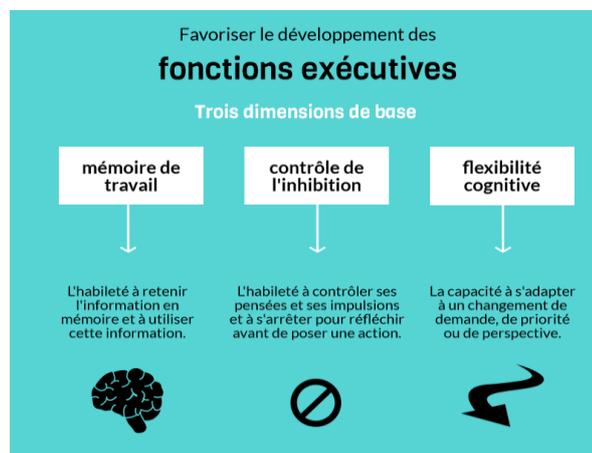


Figure 3 : Récapitulatif des 3 fonctions exécutives de base récupéré sur réseau d'information pour la réussite éducative (2017)

De manière générale, les fonctions exécutives sont les fonctions les plus immatures dans l'enfance et qui mûrissent le plus tardivement (Chevignard, 2019). La maturation complète se termine vers l'âge de 20-25 ans.

Contrairement à l'évaluation des effets des lésions cérébrales traumatiques sur les fonctions exécutives bien établies chez les adultes, l'évaluation de ces compétences cognitives chez les enfants est

compliquée par leurs diverses trajectoires de développement et leur hétérogénéité à l'âge des échantillons pédiatriques (Levin & Hanten, 2005).

Lezak en 1982, a identifié quatre grandes catégories fonctionnelles liées aux fonctions exécutives (Lezak, 1982) :

- **La volition** : exprimer un besoin, formuler un but, des objectifs réalistes.
- **La planification des étapes** : sélectionner, organiser, hiérarchiser, concevoir des alternatives, veiller à la cohérence du plan d'action.
- **L'action dirigée vers un but, l'exécution** : mise en œuvre du plan d'action en interaction avec l'environnement.
- **Contrôle de la qualité et de l'efficacité des actes** : inhiber les réponses automatiques inadaptées, corriger les erreurs

Comme nous le montre Lezak, les fonctions exécutives sont étroitement liées à la capacité de formuler des objectifs. Le syndrome dysexécutif impacte alors considérablement cette étape. L'enfant présentant un syndrome dysexécutif, peut présenter des difficultés à identifier ses difficultés occupationnelles et ainsi formuler des objectifs ergothérapeutiques réalistes.

#### 2.2.1.2. Troubles du langage

Une altération du cerveau subie pendant l'enfance et l'adolescence a des effets variables sur la compétence linguistique en fonction d'une foule de variables, y compris l'âge au moment de la blessure, la présence de lésions cérébrales focales ou diffuses, et la trajectoire de développement d'une langue spécifique au moment de la blessure (Ewing-Cobbs & Barnes, 2002).

Après un traumatisme crânien, les troubles aphasiques sont assez rares (Azouvi, 2009). Cependant, les troubles de la communication sont importants et invalidants. Ils se caractérisent par des troubles de la parole et de la voix et par un discours « *fragmenté, insignifiant et incohérent* » (Azouvi, 2009, p66). Selon Dardier en 2004 et al. (cité dans Chevignard, 2018, p328), les troubles du langage sont également déterminés par des difficultés à suivre une conversation, à narrer une histoire, à comprendre les éléments d'un discours sarcastique, humoristique ou bien de second degré (Chevignard, 2018).

Il est reconnu qu'il peut être difficile pour les personnes ayant des capacités de communication réduite, notamment après un traumatisme crânien d'établir des objectifs en lien avec leurs problèmes occupationnels prioritaires (Anne W Hunt et al., 2015).

### 2.2.1.3. L'anosognosie

Selon Babinski en 1914, « *l'anosognosie désigne le manque de connaissances, de conscience ou de reconnaissance d'une maladie ou d'un déficit* » (Babinski, 1914 cité dans Bastin & Salmon, 2020, p5). Le mot anosognosie vient du grec « gnosis » qui signifie « connaissance » et « nosos », « maladie » (Bastin & Salmon, 2020).

A la suite d'un traumatisme crânien, la perception de soi peut être altérée (Cisneros et al., 2010). L'anosognosie est propre à un domaine. En effet, elle peut affecter la perception d'un déficit en particulier ; déficit moteur, déficit sensoriel, déficit cognitif (Bastin & Salmon, 2020). Après un traumatisme crânien, on observe principalement une absence de conscience des troubles cognitifs, que l'on nomme : anosognosie exécutive. Il s'agit de « *l'échec du mécanisme comparateur qui permet de détecter qu'il y a un décalage entre la performance réelle du sujet (qui est dysfonctionnelle) et ses connaissances à propos de ses capacités* » (Bastin & Salmon, 2020, p23).

L'anosognosie impact considérablement l'identification des problèmes occupationnels prioritaires. En effet, les personnes souffrant d'anosognosie ont tendance à formuler des objectifs irréalistes (J. M. Fleming et al., 1996). L'enfant anosognosique, n'ayant pas conscience de ses difficultés et de leurs impacts dans ses occupations, n'aura pas la capacité de les identifier.

### 2.2.2. Dimension affective : séquelles comportementales

Selon la revue scientifique de Linda Li et Jianghong Liu, regroupant 50 études, 50% des enfants victimes de traumatisme crânien seraient à risque de développer des troubles du comportement (Li & Liu, 2013). Le problème peut être immédiat ou différé. On note une exacerbation ou une apparition de ces troubles à l'adolescence chez les enfants semblant avoir récupéré (Chevignard, 2015). De plus, ce déficit est d'autant plus sévère que chez l'adulte.

Les troubles du comportement peuvent se caractériser par :

- Une personnalité égocentrique et exigeante
- Une absence de tact social
- Un discours et un comportement impulsif
- Une désinhibition
- Une apathie, défaut d'initiative
- Une indifférence
- Un défaut d'empathie

### 2.2.3. Dimension physique : Atteintes neuromotrices et sensorielles

Les troubles moteurs représentent une faible partie des séquelles du traumatisme crânien. C'est pourquoi, nous les détaillerons brièvement dans ce mémoire. De plus, ces troubles sont peu étudiés chez l'enfant, mais ils évoluent plus rapidement et favorablement que ceux de l'adulte (Chevignard, 2015). Cependant à distance, on observe une moins bonne performance pour la marche, l'équilibre, la motricité globale et fine. L'enfant peut également présenter des difficultés pour commander son hémicorps. On parle alors d'hémiplégie ou d'hémi-parésie (Conseil départemental de Vaucluse & MDPH, 2020). Les troubles de la déglutition sont des troubles physiques présents à la suite d'un traumatisme crânien, qui provoquent une gêne à mastiquer ou avaler des aliments ou boissons.

On retrouve également d'autres atteintes plus rares, comme les déficits sensoriels ("Traumatisme crânien", 2015) :

- **Troubles visuels** : diplopie, réduction du champ de vision, baisse de l'acuité visuelle
- **Troubles auditifs** : baisse de l'audition uni ou bilatérale
- **Troubles sensitifs** : troubles de la sensibilité avec perception anormale du toucher ou des stimulations thermiques
- **Troubles de l'odorat et du goût** : anosmie et agueusie

### 2.3. L'impact des séquelles sur l'occupation

Selon le groupe terminologie de l'ENOTHE, l'occupation se rapporte à « *un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socio-culturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société. Elles comprennent les soins personnels, la productivité et les loisirs.* » (ENOTHE, 2016, p1).

Les séquelles du traumatisme crânien impactent considérablement le quotidien de l'enfant en phase précoce mais aussi bien sur le long terme (Chevignard, 2018).

#### 2.3.1. Impact sur les soins personnels

Selon l'association canadienne des ergothérapeutes, les soins personnels correspondent à la capacité de la personne à s'occuper d'elle-même (traduction par Polatajko & Townsend, 2007). Ils regroupent :

- Les responsabilités personnelles
- La mobilité fonctionnelle

- L'organisation de l'espace et du temps

Le traumatisme crânien impacte les activités routinières telles que se réveiller, se doucher, s'habiller, se brosser les dents, se coiffer ou encore manger. Selon une étude menée par Van Tol, 71% des enfants cérébrolésés présenteraient des problèmes occupationnels dans les activités de la vie quotidienne (van Tol et al., 2011).

### 2.3.2. Impact sur les loisirs

Les loisirs correspondent au divertissement (traduction par Polatajko & Townsend, 2007). Ils comprennent :

- La socialisation
- L'expression créative
- Les activités de plein air
- Les activités ludiques
- Les activités sportives

L'étude de Van Tol met en avant des relations sociales limitées (van Tol et al., 2011). En outre, 65% des enfants cérébrolésés rencontreraient des difficultés lors des jeux sociaux avec leurs camarades à l'école. Ils présenteraient également moins d'activités sociales ou de loisirs, moins d'amis proches et ils passeraient moins de temps avec leurs amis (van Tol et al., 2011).

### 2.3.3. Impact sur la productivité

La productivité est définie comme « *Contribuant à épanouissement social et économique ou engendrer des revenus* » (traduction par Polatajko & Townsend, 2007). Elle comprend :

- Les activités ludiques (petite enfance, enfance)
- Les travaux scolaires
- L'emploi
- Les travaux ménagers
- Le rôle de parent
- Le travail bénévole dans la communauté

Selon Catroppa & Anderson en 2009 et Ewing Cobbs en 2004, (cité dans Chevignard, 2018), l'échec scolaire est un phénomène fréquemment associé au traumatisme crânien. Cet échec scolaire est la conséquence directe des troubles inhérents au traumatisme crânien, notamment les troubles cognitifs et comportementaux qui prédominent (Chevignard, 2018). Tous les domaines scolaires sont impactés

par les difficultés de l'enfant. On retrouve aussi bien des difficultés en arithmétique, en lecture et en écriture. A noter que 50% des enfants traumatisés crâniens grave ou modéré serait à même de redoubler ou serait diriger vers une éducation spécialisée.

#### 2.4. L'impact sur l'environnement

Le traumatisme crânien engendre des conséquences sur l'environnement social de l'enfant, notamment l'environnement familial (Rashid et al., 2014). La recherche montre qu'il existe une relation entre les capacités exécutives et le fonctionnement familial de l'enfant. Plus les dysfonctionnements exécutifs sont importants plus ils vont être associés à un stress et à un fardeau parental plus élevé (Mangeot et al., 2002).

Un traumatisme crânien pousse une famille à s'adapter et à s'ajuster en redéfinissant ses actions, ses rôles et le sens de sa vie. Il a été démontré que le traumatisme crânien d'un enfant peut entraîner de graves problèmes psychologiques pour les parents (Wade et al., 1998). Prodiguer des soins à un membre de la famille qui a subi un traumatisme crânien est difficile et stressant non seulement en raison des problèmes physiques ou comportementaux de la personne blessée, mais aussi en raison des changements de personnalité auxquels la famille doit faire face (Degeneffe, 2001).

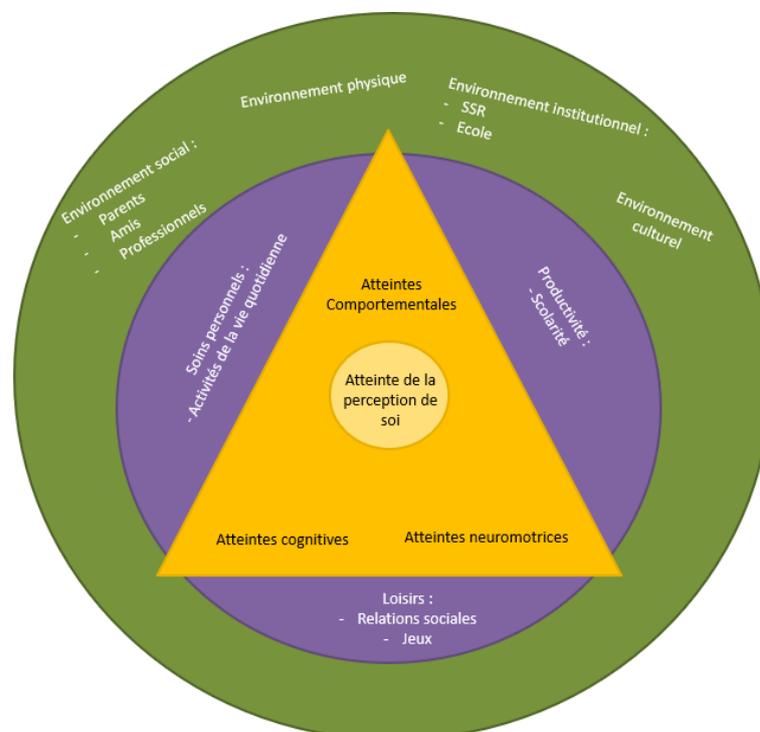


Figure 5 : Présentation de l'enfant traumatisé crânien selon le MCREO

Ainsi, nous pouvons constater que les séquelles engendrées par le traumatisme crânien bousculent la vie de l'enfant et de son entourage. Un accompagnement par des professionnels est donc nécessaire pour aider le patient et son entourage à affronter cet accident.

### 3. L'identification de ses problèmes occupationnels prioritaires, une base à l'accompagnement ergothérapeutique

#### 3.1. L'accompagnement en ergothérapie de l'enfant traumatisé crânien

Accompagner signifie « *Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui* » (Paul, 2012, p14).

Une analyse plus poussée du terme « accompagnement » est nécessaire. Le terme d'accompagnement met tout d'abord en lumière une dimension relationnelle (Paul, 2012). « *Se joindre à quelqu'un* » suppose « être avec une personne ». « *Être avec* » fait allusion au fait « *d'être disponible, présent, ouvert, attentif à cette personne* » (Paul, 2012, p14). « *Pour aller où il va en même temps que lui* » sous-entend « *s'accorder au mouvement qui est le sien* ». Si chacun des acteurs avance en harmonie, en « *se concertant* » et « *en cheminant l'un avec l'autre* », l'accompagnement est dit coopératif.

Selon Maela Paul, l'action d'accompagner témoigne de quatre principes (Paul, 2009) :

- L'accompagnant est au **second plan**. Son rôle est de guider et d'étayer la personne accompagnée.
- L'accompagnement est **temporaire**. L'accompagnement est marqué par un début et par une fin.
- L'accompagnement se caractérise par un **temps d'élaboration et d'agencement** des différentes étapes à mettre en place pour atteindre un résultat.
- L'accompagnement sous-entend que les **deux acteurs soient impliqués** à chaque étape.

De plus, Maela Paul présente l'accompagnement comme étant « *une pédagogie active* » (Paul, 2012). Elle soutient l'idée que le thérapeute ne peut pas considérer son patient comme passif. Pour caractériser l'accompagnement de pédagogie active, il doit rendre son patient acteur de son projet de soins. On passe alors d'un travail sur autrui à un travail avec autrui. Accompagner c'est en réalité, travailler avec le patient. « *Accompagner vise à permettre la prise en charge de soi par soi* » (Paul, 2012, p18). Qu'en est-il de l'accompagnement en ergothérapie ?

La fédération mondiale des ergothérapeutes affirme que « *le but de l'ergothérapie est de permettre aux clients non seulement de participer aux occupations qu'ils veulent réaliser, mais aussi de faire toutes les choses qu'ils ont besoin de faire ou qu'on attend qu'ils réalisent socialement et culturellement. En ergothérapie, les ergothérapeutes respectent et s'associent aux clients, en valorisant leurs expériences subjectives de participation et leurs connaissances, espoirs, rêves et autonomie* » (World

Federation of Occupational Therapy, 2022, p1). De plus, elle définit la pratique de l'ergothérapie comme étant centrée sur le client et sur l'occupation. Dans une pratique pédiatrique en ergothérapie, le client (l'enfant et son entourage) est donc acteur de sa prise en soins.

La philosophie cachée sous le terme d'accompagnement correspond aux valeurs et aux rôles de l'ergothérapeute. Cette terminologie fait également le lien avec la passation de l'OT'Hope. En effet, nous verrons par la suite, que cet outil s'appuie sur un processus de communication et qu'il s'agit d'une réelle collaboration entre l'ergothérapeute et l'enfant. Ainsi, l'utilisation du terme « accompagner » semble judicieux pour ce mémoire.

### 3.2. Les particularités du passage du jeune traumatisé crânien en soins de suite et de réadaptation

« L'arrivée au centre de rééducation est un événement important pour l'enfant, sa famille et l'équipe qui va l'avoir en charge » (Carpentier et al., 2002, p158). A son arrivée, en centre de rééducation, l'enfant et sa famille doivent s'adapter à un nouvel état. Ce passage entre hospitalisation et centre de rééducation est souvent vécu comme positif de la part de l'entourage, même si leur place est tout à fait particulière, puisqu'ils sont à la fois victimes du traumatisme et acteurs premiers de l'accompagnement de leur enfant (Carpentier et al., 2002). De plus, la famille doit faire le deuil de leur enfant d'avant et accepter l'enfant qu'ils ont maintenant. En tant que thérapeute, nous accompagnons la famille à travers ce cheminement. Pour ce faire, les professionnels travaillent en collaboration à travers l'accompagnement de l'enfant TC et doivent inclure au maximum l'entourage dans le processus de réadaptation

En soins de suite et de réadaptation, notre accompagnement en ergothérapie auprès des enfants traumatisés crâniens se découpe en trois phases (Carpentier et al., 2002) :

- **Phase 1** : La phase d'éveil débute à partir du moment où l'enfant ouvre ses yeux. C'est généralement lors de cette phase que l'enfant arrive au centre. Les objectifs des professionnels vont être d'assurer les besoins physiologiques primaires (respiratoires, alimentation orale, soins cutanés et articulaires) ainsi que, garantir les besoins de sécurité (lutter contre l'angoisse et surveiller les fonctions vitales). L'ergothérapeute peut intervenir dès cette phase afin d'assurer la bonne installation du patient et son bon positionnement.
- **Phase 2** : La phase de rééducation fonctionnelle se caractérise par un travail sur les incapacités (déplacements, manipulations, communication...). A ce stade, les enfants sont habituellement en hospitalisation complète avec possibilité vers la fin de cette phase d'effectuer des week-ends thérapeutiques. Néanmoins, depuis le début de leur arrivée, les enfants ne sont pas confrontés à la

réalité de l'extérieur (journée entière à l'école, réalisation des routines à domicile avec l'ensemble de la famille etc.). Même dans le cas où ils ont la possibilité de retourner à l'école, celle-ci est généralement celle du centre de rééducation. Il s'agit alors d'une école adaptée qui ne reflète pas les caractéristiques d'une scolarité ordinaire.

- **Phase 3** : Cette dernière phase se réfère à la réadaptation et à la réinsertion scolaire et socio-familiale de l'enfant. A ce stade, l'enfant est en hospitalisation de jour. Par conséquent, il retourne à son domicile le soir mais il reste accompagné par les professionnels de santé la journée. L'enfant est alors scolarisé dans l'école de l'hôpital. Son emploi du temps est aménagé et l'effectif de la classe est réduit.

D'après l'ergothérapeute Geneviève Leveillé, c'est durant la troisième phase, que l'ergothérapeute centre majoritairement son intervention sur l'occupation (Cisneros, 2019). Ainsi, c'est au cours de cette même phase, qu'il favorise l'identification des problèmes occupationnels prioritaires de l'enfant. Cette démarche peut cependant être débutée dès la seconde phase au dépend des capacités de l'enfant. Quand c'est le cas, il peut être plus dur pour l'enfant de se rendre compte de ce qui le gêne réellement étant donné qu'il n'est pas encore retourné à son domicile.

### 3.3. Identification des problèmes occupationnels prioritaires en pédiatrie

#### 3.3.1. Définition et principes généraux

Le terme de problèmes occupationnels se définit par Townsend et Polatajko comme une difficulté réelle ou potentielle du client à choisir, à organiser et à exercer de manière satisfaisante des occupations significatives (Canadian Association of Occupational Therapists, 2002).

Selon le Larousse, l'objectif prioritaire a pour définition : « *Qui tient la première place, qui doit passer avant tout* » ("Larousse", 2022).

Ainsi, identifier ses problèmes occupationnels prioritaires revient à définir quelles sont les difficultés la ou les plus importantes pour le client dans les différents domaines de l'occupation.

« *Cette démarche, qui peut paraître simple, est pourtant ambitieuse* » (Perrault Alexandra & Giroux Caroline, 2021, p3). La réalité de la pratique ergothérapique met en avant les obstacles et défis rencontrés en pratique pédiatrique quant à la mise en place d'objectifs centrés sur le client (Perrault, 2017).

Lors de l'accompagnement en ergothérapie d'un enfant, la demande initiale n'est pas forcément la sienne mais plutôt celle de son entourage (Perrault Alexandra & Giroux Caroline, 2021). De plus, les demandes et les priorités évoquées par l'entourage ne sont pas forcément les mêmes que celles de

l'enfant. De même, les objectifs fixés par le thérapeute peuvent ne pas représenter ce qui est le plus prioritaire pour l'enfant.

Par la suite, l'âge de l'enfant, son niveau de conscience et son niveau cognitif doivent lui permettre d'identifier ses problèmes occupationnels. Or, nous avons vu précédemment que le niveau cognitif des enfants traumatisés crâniens est considérablement impacté. En effet, cette démarche qui est déjà compliquée avec les enfants de manière générale, l'est d'autant plus avec les enfants traumatisés crâniens.

Cependant, l'identification des problèmes occupationnels prioritaires est une démarche primordiale pour les ergothérapeutes pédiatriques. C'est notamment une démarche à la base du processus de réadaptation et à l'origine de plusieurs approches d'intervention utilisées en ergothérapie. Parmi eux, nous pouvons citer l'approche CO-OP (Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance) ou encore la GAS (Goal Attainment Scaling). Selon une étude menée Lebrault et al. en 2021, l'approche CO-OP a été démontré comme pouvant être bénéfique aux enfants atteints de traumatisme crânien (Lebrault et al., 2021).

Les ergothérapeutes travaillant en pédiatrie doivent chercher à rendre l'enfant acteur à toutes les étapes de l'intervention (Perrault Alexandra & Giroux Caroline, 2021). Cependant, le rendre acteur à toutes les étapes sous-entend qu'il soit capable de verbaliser ses difficultés et ses besoins et ainsi d'exprimer ses problèmes occupationnels et de savoir les prioriser. Or, telle est la difficulté en ergothérapie. Ce problème est d'autant plus marqué avec les enfants traumatisés crâniens (Williams Hunt, 2014). Afin de comprendre comment les ergothérapeutes peuvent accompagner l'enfant traumatisé crânien dans cette démarche, il est nécessaire d'identifier les obstacles entravant ce processus.

### 3.3.2. Obstacles

Nous pouvons identifier trois obstacles principaux :

- **Obstacles inhérents à l'enfant**

L'ensemble des troubles inhérents au traumatisme crânien rend l'identification des problèmes occupationnels difficile et long (Ertzgaard et al., 2011). Parmi eux, nous pouvons citer le manque de conscience (anosognosie), les troubles attentionnels, les déficits de mémoire, les troubles langagiers, la fatigue, les troubles comportementaux ou encore les troubles exécutifs. L'anosognosie est un obstacle important à l'identification des problèmes occupationnels chez les traumatisés crâniens (J. M. Fleming, J. Strong, R. Ashton, 1996).

De nombreux cliniciens supposent que les personnes victimes d'un traumatisme crânien sont susceptibles de se fixer des objectifs irréalistes et irréalisables (Ertzgaard et al., 2011 ; Levack et al., 2006 ; Van De Weyer et al., 2010). Cependant, un nombre important de preuves montrent que la participation des clients à la définition des objectifs est associée à un meilleur engagement et à de meilleurs résultats en réadaptation (Knutti et al., 2020). Mais comment accompagner un enfant traumatisé crânien anosognosique s'il n'a pas conscience de ses difficultés ? Comment peut-il identifier ses problèmes occupationnels si pour lui tout va bien ? Tel est le challenge qu'engendre l'anosognosie sur l'identification des problèmes occupationnels.

- **Obstacles environnementaux**

L'environnement institutionnel est perçu comme un obstacle à l'identification des problèmes occupationnels prioritaires (Trentham & Dunal, 2009). Une étude menée par Bottari et al., met en évidence l'impact de l'environnement dans lequel est effectué l'étape d'identification des problèmes occupationnels. En effet, ils démontrent que le choix du lieu influence le processus d'identification des problèmes occupationnels (Bottari et al., 2006). Ainsi, l'environnement hospitalier limite l'enfant dans l'identification de ses problèmes occupationnels prioritaires. A l'inverse, dans un environnement familial comme à son domicile, la motivation de l'enfant est accrue, ce qui facilite ce processus.

Le manque de temps est l'obstacle le plus fréquent surtout quand le thérapeute implique totalement le patient dans le processus (Taylor Jenkin et al., 2020).

- **Obstacles inhérents au professionnel de santé**

La difficulté repose aussi sur la qualification du thérapeute (Van De Weyer et al., 2010). D'autres obstacles institutionnels ont été identifiés tel que l'anxiété des professionnels face à l'identification de problèmes occupationnels qui sortent du cadre institutionnel. Des problèmes de communication au sein de l'équipe, ainsi que le travail traditionnel de certains membres de l'équipe multidisciplinaire peuvent impacter le processus d'identification des problèmes occupationnels prioritaires. Par la suite, le manque d'expérience peut être perçu comme un obstacle (Trentham & Dunal, 2009), tout comme le jugement du thérapeute. En effet, certains praticiens font des hypothèses sur le potentiel du client à s'engager dans l'établissement d'objectifs, en supposant que le manque de perspicacité ou de sensibilisation nuit à la capacité de fixer des objectifs réalistes (Ertzgaard et al., 2011). Ce qui les conduit à privilégier certains objectifs par rapport à d'autres (Levack et al., 2006).

### 3.3.3. L'entourage : facilitateurs ou obstacles ?

On ne peut envisager l'accompagnement des enfants sans l'inclusion de l'entourage avec lequel il évolue (ANFE, 2019). L'entourage comprend à la fois sa famille et les personnes qui jouent un rôle dans la réalisation de ses occupations. On peut retrouver son enseignant, ses amis, sa baby-sitter etc.

Les ergothérapeutes s'accordent à reconnaître l'importance de l'expertise de l'entourage, plus précisément celle des parents, pour intervenir au plus près des besoins de l'enfant (ANFE, 2019). Cependant, quand est-il du rôle de l'entourage dans l'identification des problèmes occupationnels prioritaires ?

Une étude menée par Kristina Vroland-Nordstrand et al., ayant pour but de démontrer l'efficacité de deux approches différentes d'établissement d'objectifs (objectifs auto-identifiés par les enfants et objectifs identifiés par les parents) a conclu le résultat suivant : Les enfants peuvent apporter une perspective unique sur ce qui est important pour eux et leurs objectifs auto-identifiés sont réalisables dans la même mesure que les objectifs identifiés par les parents (Vroland-Nordstrand et al., 2016). De plus, il est démontré dans cette étude, que les objectifs des parents diffèrent de ceux des enfants.

En effet, dans le groupe parent, les objectifs concernaient principalement les activités de vie quotidienne dans le but d'augmenter l'indépendance de l'enfant, par exemple, pour aller aux toilettes ou s'habiller. Les objectifs du groupe enfant concernaient également les activités de la vie quotidienne, mais avait en plus une perspective plus large comprenant participation aux loisirs et aux travaux scolaires. Les enfants ont identifié plusieurs objectifs qui pourraient augmenter leurs opportunités de participer avec des pairs, par exemple, pendant la récréation, comme être capable de marquer des buts au basket-ball, à sauter à la corde ou à faire du vélo.

La divergence des objectifs entre parents et enfants peut être perçue comme une source de conflit au sein de la famille. Une étude menée par Taylor Jenkin souligne que lorsque la famille est incluse dans la démarche d'identification des problèmes occupationnels prioritaires, ils ont tendance à fixer des objectifs sur le long terme qui sont souvent irréalistes au vu des capacités actuelles de leur enfant (Taylor Jenkin et al., 2020). De plus, il démontre qu'il peut être difficile pour les ergothérapeutes de maintenir les problèmes occupationnels choisis par l'enfant lorsque les parents sont inclus dans le processus.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que la complémentarité entre les objectifs des parents et de leur enfant permet d'améliorer la pertinence de l'accompagnement. En outre, le rôle de l'entourage est primordial dans l'accompagnement de l'enfant traumatisés crâniens.

« *C'est en famille que l'enfant construit son profil occupationnel* » nous dit Santinelli (Santinelli, 2010 cité dans comprendre l'ergothérapie auprès des enfants, p12). L'enfant, est un être en développement qui se nourrit des valeurs, des modes de fonctionnement et de la culture que lui transmet son entourage (Van-Den-Berg, 2018). De plus, c'est son entourage et plus spécifiquement sa famille, qui assurera la continuité des soins à domicile. C'est la famille qui va également se rendre compte en situation écologique des difficultés de l'enfant (même si leur regard n'est pas toujours objectif) (Krasny-Pacini, et al., 2014).

#### 3.3.4. Facilitateurs

Après avoir identifié les obstacles entravant l'identification des problèmes occupationnels prioritaires, il est important de déterminer les facilitateurs de ce processus.

Les clients ont déclaré que la fixation d'objectifs était facilitée par une communication ouverte, précoce et fréquente avec l'enfant et son entourage concernant le processus de fixation des objectifs (Levack et al., 2009 cité dans Plant et al., 2016).

Une revue de la littérature menée par Sarah Plant et al. met en lumière l'importance de l'utilisation de support pour faciliter l'identification des occupations prioritaires des patients traumatisés crâniens (Plant et al., 2016).

#### 3.4. Outil d'identification des problèmes occupationnels prioritaires

Plusieurs outils sont sollicités en ergothérapie. Parmi eux, nous retrouvons la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), le Pediatric Activity Card Sort (PACS), l'outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie (OT'Hope) et la Child Occupational Self-Assessment (COSA). L'Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins (ELADEB) est également un outil favorisant l'identification des problèmes occupationnels prioritaires. Cependant, il est majoritairement utilisé en psychiatrie.

Certains d'entre eux peuvent être utilisés en complémentarité. La sélection des objectifs par l'OT'Hope peut se faire en aval d'une évaluation par la MCRO ou le PQRS (Performance Quality Rating Scale) (Perrault Alexandra & Giroux Caroline, 2021). A noter que la MCRO est un outil ergothérapique, sous-jacent au modèle du MCREO. Elle permet de mesurer la perception des difficultés dans les activités de la vie quotidienne du client (Law, McColl, Carswell, Pollock, & Baptiste, 2014).

A travers mes recherches, j'ai découvert un autre outil créé par des ergothérapeutes canadiens spécifiquement pour les personnes traumatisées crâniennes. Il a été développé afin que chacun de ses caractéristiques correspondent aux particularités relatives au traumatisme crânien (Cisneros, 2019). Il

est constitué d'un plateau de six colonnes allant de « je ne suis pas capable du tout » à « j'ai besoin d'aide », à « je le fais mais ça me demande plus d'effort », jusqu'à « je suis totalement autonome ». L'outil PIC est aussi constitué de 41 cartes où sont écrit des phrases simples telles que « je pratique des sports » ou « je maintiens des liens sociaux ». Les cartes représentent les habitudes de vie du modèle MDH-PPH2. Une fois les cartes disposés à travers les différentes colonnes, le client doit les prioriser.

Pour rappel, ce mémoire est dédié à l'impact de l'OT'Hope chez l'enfant traumatisé crânien.

## 4. L'OT'Hope, un outil facilitant l'identification des problèmes occupationnels prioritaires des enfants traumatisés crâniens ?

### 4.1. Définition

L'OT'hope est un outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie dans le cadre d'une pratique pédiatrique, centrée sur la personne et ciblée sur l'occupation (ANFE, 2021). L'autodétermination correspond à la capacité à faire librement ses choix de vie sans être influencée par une tierce personne (Cisneros et al., 2010).

Il a été développé en 2018 par deux ergothérapeutes, Alexandra Perrault et Caroline Giroux. Il s'agit d'un support à l'entretien qui sert d'appui à l'échange, dans le but de préciser le contexte des difficultés occupationnelles et d'en découler des objectifs ergothérapeutiques SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable, Temporellement défini). Il est un support à l'entretien motivationnel. Selon William Miller et Stephen Rollnick, l'entretien motivationnel est « *une méthode de communication directive, centrée sur le client, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence face au changement.* » (Miller & Rollnick, 1991)

Cet outil peut être utilisé avec tous les enfants âgés de 5 à 18 ans environ qui présentent des situations occupationnelles problématiques. L'utilisation de l'outil n'implique pas de formation préalable par les ergothérapeutes (Perrault Alexandra & Giroux Caroline, 2021).

### 4.2. Description du support

Le support utilisé comprend un plateau lavable où l'on retrouve quatre colonnes (Annexe 1) :

- Colonne 1 : oui, je sais faire
- Colonne 2 : oui, je sais faire avec aide
- Colonne 3 : je ne sais pas très bien
- Colonne 4 : non, je ne sais pas faire

On retrouve 135 cartes classés en 3 domaines :

- Loisirs
- Activités scolaires
- Activités de la vie quotidienne

Parmi ces 3 domaines, les cartes sont découpées en 13 sous-domaines :

Activités de la vie quotidiennes	Scolarité	Loisirs
Productivité	Dans l'école	Sport
Soins personnels	Avec mon crayon	Jeux d'intérieur
Déplacements	Avec mes outils	Jeux d'extérieur
Gérer ma sécurité	En mathématiques	
	Pour les devoirs	
	Avec mon ordinateur	

L'ergothérapeute possède trois grilles à sa disposition afin de retranscrire le classement fait par l'enfant (Annexe 2, 3 et 4). Les trois grilles représentent les trois domaines des cartes, soit, activités de la vie quotidienne, scolarité et loisirs.

#### 4.3. Passation

La passation dure généralement 15 minutes et se déroule de la manière suivante :

Un temps de préparation est nécessaire. L'ergothérapeute présélectionne les cartes en fonctions du niveau de l'enfant et de ses besoins occupationnels (Perrault et Giroux, 2021). La présélection des cartes n'est pas une étape obligatoire.

Dans un premier temps, l'enfant classe les cartes selon ses propres critères. Il place les cartes dans les colonnes représenté sur le plateau.

L'ergothérapeute complète alors ses grilles en fonction du classement effectué par l'enfant.

L'ergothérapeute saisit alors toutes les cartes répertoriées dans la colonne « je sais faire » et les retire. Il valorise l'enfant en lui montrant tout ce qu'il sait déjà faire. Par la suite, il échange avec l'enfant afin de déterminer les activités qui lui posent problèmes et qu'il aimerait bien pouvoir placer dans la colonne « je sais faire ». Enfin, l'enfant sélectionne, parmi les cartes items identifiés, un à cinq objectifs qu'il souhaiterait travailler en ergothérapie.

#### 4.4. Intérêt chez l'enfant traumatisé crânien

##### 4.4.1. Apport de l'outil

L'OT'hope est un outil qui peut être utilisé avec toute population pédiatrique. Cependant, ce support semble particulièrement intéressant à utiliser avec les enfants traumatisés crâniens. A ce jour, aucune recherche n'a été faite sur l'intérêt de l'OT'hope chez l'enfant cérébrolésé. De plus, il existe une faible revue de la littérature sur l'outil de manière général du fait de sa création récente, en 2018.

Cependant, à travers les recherches menées sur l'outil PIC, qui pour rappel est un outil canadien spécifiquement développé pour les traumatisés crâniens, et les données de la littérature, j'ai réussi à mettre en avant l'impact positif que pourrait avoir l'utilisation de l'OT'Hope avec cette population.

Dans leur étude pédiatrique « *Engaging children and adolescents with acquired brain injury and their families in goal setting : The clinician perspective* » Taylor Jenkin et al., soutiennent l'intérêt d'utiliser un support imagé avec les enfants présentant des troubles du langage, troubles présent chez les personnes cérébrolésées (Taylor Jenkin et al., 2020). Le support imagé est également pertinent chez les enfants présentant des difficultés de compréhension et des troubles cognitifs (Leach et al., 2010 ; Levack et al., 2009 cité dans Plant et al., 2016).

Il est fréquent d'entendre dire que « *les enfants vivent et baignent dans un monde d'images, que l'image, par son analogie avec le réel lui est facilement accessible, qu'il la comprend d'emblée.* » (Quin, 1976, p171). Ainsi, on comprend bien la pertinence d'utiliser des images avec les enfants pour faciliter leur compréhension.

Pour rappel, les patients cérébrolésés ont tendance à fixer des objectifs irréalistes et inatteignables.

D'après l'étude de Anne Hunt et al., un facilitateur au processus d'identification des occupations prioritaires serait de fournir à l'enfant des exemples d'occupation (Anne W Hunt et al., 2015). L'ergothérapeute, Hélène Lebrault soutient également cette idée. Dans son travail de recherche « *Étude de la faisabilité et de l'efficacité d'une rééducation par l'approche CO-OP auprès d'enfants présentant des troubles des fonctions exécutives après lésion cérébrale acquise* », affirme que l'OT'Hope « *grâce au large panel d'occupations qu'il propose, il a permis aux enfants d'ouvrir des pistes de réflexion qu'ils n'avaient pas explorées spontanément* » (Lebrault, 2018 cité dans A.N.A.E, p9).

Si la passation s'effectue en présence de l'entourage de l'enfant, notamment avec les parents, ces derniers ont tendance à évoquer les difficultés occupationnelles de leurs enfants, à leur place. Cependant, mes recherches montrent que plus l'enfant a le « pouvoir », plus il serait à même d'identifier ses occupations prioritaires (Williams Hunt, 2014). Par « pouvoir », on sous-entend, le pouvoir de choisir lui-même ses objectifs, d'être actif à travers son processus de réadaptation. Cela suggère également que plus l'enfant a la possibilité de choisir ses objectifs, plus il sera à même d'agir sur le problème et de créer des solutions face aux difficultés rencontrées. Avec l'OT'hope, l'enfant a les cartes en main, ce qui le rend complètement acteur du processus d'identification. De plus, « *le fait de faire ce choix physiquement (aller positionner l'étiquette sur une colonne), demande une implication et un choix posé de l'enfant, tout en lui laissant la possibilité de modifier sa position au cours de l'évaluation* » (Perrault et Giroux, 2021, p6).

Après un traumatisme crânien, nous avons vu que la perception de soi peut être perturbée. L'anosognosie qui se définit par l'incapacité de percevoir ses propres difficultés et séquelles impactent considérablement l'identification des problèmes occupationnels prioritaires (Cisneros et al., 2010).

L'OT'Hope place la personne en situation d'auto-observation et d'auto-évaluation même si une telle capacité peut être atteinte (Perrault et Giroux, 2021). Cette procédure vise l'exercice de la capacité d'autoévaluation, ainsi que la capacité d'autodétermination dont le client est capable à un moment donné. Ainsi, le plan de réadaptation tient compte de la conscience de la personne à un moment donné respectant le rythme de sa récupération. A noter, que des écrits relatent que l'identification des problèmes occupationnels prioritaires peuvent contribuer au développement de la conscience de soi car il permet au client de participer à l'autoidentification de ses propres problèmes occupationnels (Anne W Hunt et al., 2015).

De plus, en tant qu'outil favorisant l'autodétermination, « *il permet de canaliser l'attention des enfants, en évitant les digressions que peut engendrer une discussion à bâtons rompus, sans support* » (Lebrault, 2018 cité dans A.N.A.E, p9). La pratique clinique a montré que la durée de l'administration de l'OT'Hope est généralement de 15 minutes. Sa longueur d'administration minimise l'impact des problèmes de vitesse de traitement de l'information et de validité associée à la fatigue (Cisneros, 2019).

La scolarité de l'enfant cérébrolésé est considérablement impactée. Lorsque l'enfant est conscient de ses difficultés et qu'il souhaite y remédier, il arrive que les activités scolaires ne soient pas dans ses priorités. L'OT'Hope initialement développé seulement autour des activités scolaires, est pertinent avec cette population car il est l'un des rares outils, abordant cette thématique. C'est justement en abordant ce thème avec l'enfant, qu'il peut faire émerger des difficultés occupationnelles.

#### 4.4.2. Limite de l'outil

L'OT'Hope, comme tout autre outil comporte certaines limites. En effet, de par l'utilisation de cartes préfabriquées, il peut limiter l'enfant dans l'exploration de ses problèmes occupationnels. Certains enfants peuvent avoir en priorité des problèmes occupationnels qui ne figurent pas sur les cartes de l'OT'Hope, bien qu'il existe un nombre important de cartes.

# Partie expérimentale

## 1. Méthodologie de l'enquête

### 1.1. Objectifs de l'enquête

A travers ce travail de recherche, nous aspirons à savoir si l'OT'Hope est un outil facilitant l'identification des problèmes occupationnels prioritaires des enfants traumatisés crâniens lors de leur hospitalisation en S.S.R. Nous cherchons à comprendre son efficacité et savoir s'il est plus pertinent que d'autres outils ergothérapeutiques. Pour rappel, la problématique est : **De quelle manière l'ergothérapeute accompagne-t-il les enfants traumatisés crâniens dans l'identification de leurs problèmes occupationnels prioritaires en soins de suite et de réadaptation ?**

L'hypothèse de recherche est :

**L'OT'Hope est un outil à privilégier chez les enfants traumatisés crâniens pour les aider à identifier leurs problèmes occupationnels prioritaires en soins de suite et de réadaptation**

Au regard des recherches théoriques, plusieurs questionnements ont émergé et l'envie d'approfondir mon sujet a grandi.

Afin de valider ou d'invalider l'hypothèse de recherche, je vais réaliser une enquête visant à analyser la pratique des ergothérapeutes sur le terrain.

Les objectifs pour cette enquête sont les suivants :

Objectifs d'enquête	Critères d'évaluation
<b>Objectif n°1</b> : D'ici le 25/03/2022, distinguer les obstacles rendant difficile l'identification des problèmes occupationnels des enfants traumatisés crâniens.	<b>Critères d'évaluation</b> : Qualitatifs. Analyse du vocabulaire et du champ lexical se rapportant aux obstacles inhérents à l'enfant, à la structure et à l'ergothérapeute.
<b>Objectif n°2</b> : D'ici le 01/04/2022, identifier les caractéristiques de l'OT'Hope facilitant le processus d'identification des occupations prioritaires des enfants traumatisés crâniens ainsi que ses limites.	<b>Critères d'évaluation</b> : Qualitatifs. Analyse du vocabulaire et du champ lexical se rapportant aux facilitateurs (support imagé, temps de passation, pistes de réflexion, enfant acteur, autoévaluation) ainsi qu'aux limites (limiter exploration). Reposent sur le discours des professionnels qui exposeront les résultats qu'ils constatent à travers leur accompagnement.

<p><b>Objectif n°3</b> : D'ici le 01/04/2022, évaluer l'impact de l'utilisation de l'OT'Hope avec les enfants traumatisés crâniens au regard d'autres outils</p>	<p><b>Critères d'évaluation</b> : Analyse du vocabulaire se rapportant à la différence, point communs et complémentarité entre les outils. Discours des professionnels quant à leur observation et aux résultats obtenus lors de leur accompagnement.</p>
--	---

## 1.2. Population ciblée

Pour ce faire, la population choisie pour cette enquête s'oriente vers des ergothérapeutes français et travaillant en S.S.R, auprès des enfants traumatisés crâniens et connaissant l'OT'Hope.

Au vu du temps imparti pour réaliser l'enquête, l'échantillon déterminé sera non représentatif.

Les critères d'élaboration de l'échantillon sont les suivants :

Critères	Ergothérapeutes
Critères d'inclusion	<p>Ergothérapeutes travaillant en S.S.R et accompagnant ou ayant accompagné un ou plusieurs enfants traumatisés crâniens</p> <p>Ergothérapeutes connaissant l'OT'Hope</p> <p>Ergothérapeutes utilisant ou non l'OT'Hope</p>
Critères de non-inclusion	Ergothérapeutes ne travaillant pas avec un enfant traumatisé crânien
Critères d'exclusion	Mauvaise maîtrise de la langue française ne permettant pas de répondre aux questions de l'enquête

A noter, que mes critères d'échantillonnage ont évolué au cours de ma recherche d'entretien. En effet, trouvant peu d'ergothérapeutes utilisant l'OT'Hope avec les enfants traumatisés crâniens, j'ai choisi d'ouvrir mes critères d'inclusion aux ergothérapeutes connaissant simplement l'outil. Ainsi, je souhaite comprendre les raisons de la non-utilisation de l'outil, ce qui pourra apporter un regard complémentaire à mon enquête.

## 1.3. Choix de l'outil d'investigation

Le but de l'expérimentation va être de mesurer l'impact de l'utilisation de l'OT'Hope auprès des jeunes cérébrolésés. L'OT'Hope étant un outil relativement récent et les centres de rééducation pédiatrique peu nombreux (37 centres de soins de suite et de réadaptation neurologique pédiatrique en France selon le Ministère des solidarités et de la santé, 2020), l'utilisation d'une méthode de recherche quantitative a alors été mise de côté. Ainsi, l'outil d'investigation qui semble le plus adapté est l'entretien semi-directif.

L'entretien semi-directif consiste en « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes.* » (Savoie-Zajc, 1997 cité dans Imbert, 2010, p24).

L'entretien semi-directif, moment de discussion privilégié entre deux personnes, permettra de développer une compréhension approfondie de la question de recherche en explorant les contradictions émises par les interviewés. Cette méthode d'enquête permettra une prise de recul sur le travail de recherche et l'exploration d'autres pistes de réflexions qui pourront être évoquées par les participants.

De plus, le choix de cet outil fait écho à l'hypothèse, étant donné que l'OT'Hope est un outil qui s'appuie sur la méthode de l'entretien. Cette caractéristique me conforte dans le choix de mon outil. Je soutiens l'idée qu'être dans la peau de l'interviewer me permettra de mieux appréhender les concepts et le rôle de l'ergothérapeute.

L'entretien semi-directif exige de s'appuyer sur un support nommé le guide d'entretien (annexe 5). En amont des échanges avec les ergothérapeutes, un guide d'entretien a été construit. Ce dernier a été testé auprès de mes parents, camarades de classe et de ma maitre de mémoire, afin d'identifier les potentiels problèmes de structuration ou de rédaction des questions de ma grille d'entretien. Celle-ci se compose de treize questions divisées en quatre thématiques. Les interviews débutent par une courte présentation de l'ergothérapeute et de son lieu d'exercice. La seconde thématique, en lien avec le premier objectif, me permet d'aborder les obstacles constatés face à l'identification des problèmes occupationnels prioritaires des jeunes traumatisés crâniens. La troisième thématique fait référence à l'utilisation de l'OT'Hope et à son impact positif ou négatif avec les jeunes TC. Je souhaite comprendre comment l'OT'Hope peut aider ces enfants à faire émerger leurs problèmes occupationnels prioritaires. Enfin, le dernier thème permet d'approfondir la spécificité de l'outil avec cette population, en comparaison aux autres outils utilisés par les ergothérapeutes interrogés. Je cherche à savoir si l'OT'Hope est plus pertinent avec cette population en étudiant aussi sa complémentarité avec d'autres outils. A la fin de l'entretien, l'interlocuteur est libre d'ajouter des éléments de réponse ou de raconter des anecdotes en lien avec le sujet afin d'enrichir au maximum l'enquête.

#### **1.4. L'échantillonnage**

Je me suis mise à la recherche des ergothérapeutes pouvant répondre à mes critères d'inclusion dès le 10 mars 2022.

Dans l'élaboration de cette recherche, j'ai d'abord fait appel à une ergothérapeute, rencontrée durant mon stage en SSR pédiatrique. Par la suite, j'ai sollicité l'aide de mes collègues de promotion afin qu'ils puissent me transmettre les contacts des ergothérapeutes qui pourraient correspondre à mes

critères. J'ai également complété ces données par des recherches internet. Par la suite, j'ai envoyé plusieurs mails auprès des différents contacts recueillis.

Ayant peu de retour, j'ai décidé d'effectuer des appels téléphoniques auprès des structures préalablement contactées par mail. J'ai ensuite contacté par courriel le Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC) afin qu'il puisse m'épauler dans mes recherches. Par la suite, j'ai mis en ligne des annonces sur les réseaux sociaux, notamment sur différents groupes constitués d'ergothérapeutes. Finalement, 4 ergothérapeutes ont répondu favorablement à ma demande.

## 2. Résultats et analyse

Cette partie sera consacrée aux résultats bruts de l'enquête, ainsi qu'à leur analyse. Les résultats vous seront présentés à travers les thématiques référencées dans le guide d'entretien. Pour faciliter la compréhension, les résultats bruts seront immédiatement suivis de leur analyse.

### 2.1. Thème 1 : Profil des ergothérapeutes interrogées

#### Résultats bruts

	E1	E2	E3	E4
Date de l'entretien	23/03/2022	28/03/2022	29/03/2022	04/04/2022
Type d'entretien				
Durée de l'entretien	38 minutes 42	49 minutes 28	31 minutes 32	28 minutes 54
Année d'obtention du diplôme	Juin 2017	Juin 2005	Juin 2019	Juin 2001
Lieu d'exercice actuel	Clinique en service de médecine physique et de réadaptation	Centre de soins de suite et de réadaptation pédiatrique	Clinique service de réadaptation	Centre de soins de suite et de réadaptation pédiatrique
Année d'expérience auprès des enfants et adolescents traumatisés crâniens	2 ans et demi	4 ans	4 ans	10 ans

Utilisation de l'OT'Hope avec les jeunes TC	Oui	Oui	Connait l'outil mais ne l'utilise pas	Oui
Formations réalisées	MCRO	MCRO CO-OP	MCRO	MCRO

Tableau 1 : profils des ergothérapeutes interrogées

## Analyse

L'année d'obtention du diplôme diverge d'une ergothérapeute à l'autre. Deux ergothérapeutes sur quatre pratiquent depuis peu de temps, quant aux deux autres ergothérapeutes, elles possèdent plusieurs années d'expérience. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés ont réalisé la formation sur « l'entretien en ergothérapie par l'utilisation de la MCRO ».

Deux ergothérapeutes travaillent dans une clinique au sein d'un service de médecine physique et de réadaptation pour adolescents et jeunes adultes. Pour mes entretiens, nous nous sommes consacrées aux adolescents traumatisés crâniens, qui font partie de ma population cible. E2 et E4 travaillent dans un centre de réadaptation pédiatrique. Toutes les ergothérapeutes ont déjà été au moins une fois au contact de jeunes traumatisés crâniens au cours de leur carrière. E1 a travaillé dans un IME (institut médicoéducatif) avant d'arriver à la clinique. E2 travaille actuellement auprès des enfants paralysés cérébraux. Cependant, en parallèle de son travail, elle réalise un doctorat, dont la thèse porte sur les enfants atteints de lésions cérébrales acquises. Dans le cadre de sa thèse, elle est alors amenée à rencontrer des enfants traumatisés crâniens. E3 est au contact d'adolescent traumatisé crânien depuis l'obtention de son diplôme. Enfin, E4 a travaillé auparavant dans un service de réanimation pédiatrique et dans une structure avec des enfants ayant des troubles des apprentissages. Elle est arrivée au centre de rééducation en 2005 au sein d'un service de rééducation orthopédique de l'enfant. Enfin depuis 2012, elle travaille à mi-temps dans ce même service et dans un service d'enfants atteints de lésions cérébrales acquises.

Trois ergothérapeutes sur quatre réalisent des interventions régulières avec les jeunes TC. E2 intervient dans leur prise en charge de manière plus ponctuelle à travers son projet de thèse. Ainsi, on constate que l'accompagnement des jeunes TC diverge d'une ergothérapeute à l'autre, me permettant de recueillir des visions variées et uniques en lien avec mon sujet de recherche.

Il est important de noter que trois ergothérapeutes sur quatre utilisent l'OT'Hope auprès des enfants TC. En revanche, E3 connaît l'outil mais ne l'utilise pas sa pratique.

## 2.2. Thème 2 : L'accompagnement en ergothérapie du jeune traumatisé crânien

### 2.2.1. Les obstacles face à l'accompagnement du jeune traumatisé crânien

#### Résultats bruts

Obstacles identifiés	E1	« Quand il n'est <b>pas motivé</b> , ça limite beaucoup notre façon de faire »
	E2	N'évoque pas de difficultés particulières
	E3	« Les difficultés c'est que ce sont des patients qui ont potentiellement des <b>troubles de comportement</b> »
	E4	« Dans la phase de suivi, bien faire comprendre les difficultés de l'enfant notamment quand il y le fameux <b>handicap invisible</b> » « L' <b>anosognosie</b> notamment ça peut être aussi très spécifiques aux enfants traumatisés crâniens »

Tableau 2 : obstacles identifiés lors de l'accompagnement du jeune TC

#### Analyse

Les trois quarts des ergothérapeutes disent faire face à des difficultés quant à l'accompagnement des jeunes traumatisés crâniens. Néanmoins, les obstacles identifiés sont différents d'une ergothérapeute à l'autre. E1 identifie le manque de motivation présent chez ces enfants comme un obstacle à leur accompagnement rééducatif. E3 constate que les troubles du comportement peuvent rendre difficile leur accompagnement. E4 met en avant plusieurs difficultés notamment en lien avec des troubles présents chez les jeunes TC. Elle souligne la difficulté face au handicap invisible et l'anosognosie qui sont deux séquelles présentes chez les enfants TC.

### 2.2.2. Les obstacles face à l'identification des problèmes occupationnels prioritaires du jeune traumatisé crânien

#### Résultats bruts

A la question : « Identifiez-vous des difficultés lors de l'identification de ses problèmes occupationnels ? », les ergothérapeutes ont mis en évidence les obstacles suivants :

Obstacles identifiés		Ergothérapeutes			
		E1	E2	E3	E4
Obstacles inhérents à l'enfant	« Anosognosie »	X	X	X	X
	« Fatigabilité »	X	X		X
	« Troubles attentionnels »		X	X	X
	« Troubles du langage » « aphasie »				X
Obstacles inhérents au thérapeute	« Façon de mener l'entretien »		X		
Obstacles inhérents à l'approche centrée sur le client	« Donner la parole à l'enfant »		X		
Obstacles inhérents à l'environnement	« Environnement hospitalier »				X

Tableau 3 : obstacles à l'identification des problèmes occupationnels prioritaires

### Analyse

E2 soutient l'idée qu'il n'est pas facile de faire émerger les difficultés des enfants et d'autant plus des enfants traumatisés crâniens. Elle dit et je cite : « Ce n'est pas toujours évident de répondre à : « qu'est ce qui te gêne dans la vie quotidienne ? » « Ça été prouvé aussi. Il y a des études qui montrent que faire émerger des buts avec les jeunes, avec ce profil-là, de TC, ça peut-être plus compliqué. » « Ça peut prendre du temps et même plus de temps avec les jeunes qui ont un traumatisme crânien ». E1 partage également cet avis : « C'est trop compliqué pour eux (les enfants TC), de répondre à qu'est-ce qui est compliqué dans ta journée et que tu aimerais pouvoir réaliser. Avec les ados, même s'ils sont plus grands, ça leur demande énormément de réflexion et c'est compliqué pour eux. »

Trois ergothérapeutes sur quatre identifient aussi la fatigabilité comme une difficulté notamment en lien avec la durée de passation des bilans permettant l'identification des problèmes occupationnels prioritaires. Les troubles attentionnels sont mis en avant par E2, E3 et E4 comme pouvant rendre compliqué l'émergence des difficultés occupationnelles. En revanche, E4 est la seule ergothérapeute à identifier les troubles du langage comme une entrave à cette démarche. Elle est aussi la seule à mettre en lumière l'obstacle environnemental. En outre, elle soutient l'idée selon laquelle l'environnement institutionnel dans lequel s'effectue la passation du bilan ne favorise pas l'émergence de problèmes occupationnels directement en lien avec les occupations habituels de l'enfant. E4 cherche à identifier les problèmes occupationnels de l'enfant dès que les capacités de l'enfant le permettent. La plupart du temps, l'enfant n'a pas encore eu l'occasion de retourner à son domicile car il est encore en hospitalisation complète. Ainsi, E4 trouve que les problèmes occupationnels identifiés par l'enfant ne

sont pas en lien avec ceux de son environnement habituel, ce qui peut être une limite lors de la démarche d'identification des problèmes occupationnels prioritaires. A l'inverse, les trois autres ergothérapeutes ont tendance à réaliser cette démarche plus à distance du traumatisme.

Par la suite, les quatre ergothérapeutes s'accordent à reconnaître que l'anosognosie peut être un obstacle à l'identification des problèmes occupationnels. E2 y met plus de distance en me soulignant que c'est un sujet qui l'interroge encore. Elle se questionne quant à la façon dont l'ergothérapeute accompagne l'enfant traumatisé crânien à travers cette démarche : « *Moi je me demande, si parfois, c'est parce qu'on a du mal en tant que thérapeute à faire émerger les difficultés. Je pense que parfois, on arrive un peu trop vite à cette conclusion-là, alors que peut-être parfois, on n'a pas accompagné le jeune de façon optimal pour justement que ces buts émergent.* ». Ainsi, elle identifie le thérapeute comme obstacle à l'émergence des problèmes occupationnels. A travers cette idée, elle soutient que la façon dont le thérapeute conduit l'entretien et utilise les outils va influencer l'identification des problèmes occupationnels prioritaires par l'enfant. Elle poursuit son idée en m'expliquant que, selon elle, l'approche centrée sur le client n'est pas totalement inscrite dans les mœurs et que les enfants peuvent se retrouver parfois décontenancés quand on leur « donne » la parole.

En somme, l'expérience des ergothérapeutes met en évidence des difficultés quant à l'accompagnement des jeunes TC. Ces difficultés sont notamment présentes lors de l'accompagnement à travers l'identification de leurs problèmes occupationnels prioritaires. Les quatre ergothérapeutes mettent en avant les freins intrinsèques à l'enfant et à ses troubles. Cependant, des freins extrinsèques ont également été mis en évidence. Parmi eux, nous pouvons citer ; l'environnement hospitalier (E4) et l'accompagnement du thérapeute (E2). Ainsi, afin de les aider à accompagner l'enfant à travers cette démarche, les ergothérapeutes utilisent divers outils.

### **2.2.3. L'identification des problèmes occupationnels prioritaires**

#### Résultats bruts

L'ensemble des ergothérapeutes interrogées pratiquent une approche centrée sur le client, en permettant à l'enfant d'identifier ses difficultés occupationnelles. Voici les outils qu'ils sollicitent :

Ergothérapeutes Bilans utilisés	E1	E2	E3	E4
MCRO	X	X	X	X
OT'Hope	X	X		X
MIF même	X			
Le journal du quotidien	X	X		

Tableau 4 : bilans utilisés par les ergothérapeutes interrogées

## Analyse

Pour les aider à travers la démarche d'identification des problèmes occupationnels des jeunes traumatisés crâniens, les ergothérapeutes utilisent de nombreux outils. Nous pouvons constater que la MCRO semble être l'outil privilégié par les ergothérapeutes avec les enfants traumatisés crâniens. En effet, il est utilisé par quatre ergothérapeute sur les quatre interrogées, contre trois sur quatre pour l'OT'Hope.

D'autres outils ont été identifiés par les ergothérapeutes. E1 utilisait la MIF même (Mesure d'Indépendance Fonctionnelle) lorsqu'elle travaillait en IME. Le journal du quotidien est une ressource utilisée par deux ergothérapeutes sur quatre. On constate aussi que trois ergothérapeutes sur quatre utilisent l'OT'Hope dans leur pratique. E3 n'utilise pas l'OT'Hope dans sa pratique. La contrainte institutionnelle en est la raison. En effet, E3 n'utilise pas l'OT'Hope simplement car elle ne l'a pas à disposition au sein de sa structure. Actuellement, elle ne ressent pas le besoin majeur de l'utiliser mais, elle soutient l'idée que c'est un outil qu'elle pourrait solliciter si elle l'avait à disposition.

Ainsi, il me semble important de noter que l'utilisation des différents outils peut se faire au dépend du lieu d'exercice des ergothérapeutes. En effet, les ressources mise à disposition peuvent être différentes d'un établissement à l'autre et peuvent influencer l'utilisation ou non de certains outils. De plus, les outils sollicités par les ergothérapeutes de l'équipe peuvent influencer aussi l'utilisation par les autres membres de l'équipe.

## 2.3. Thème 3 : L'utilisation de l'OT'Hope avec le jeune traumatisé crânien

### 2.3.1. La passation de l'outil

#### Résultats bruts

Après avoir amené les ergothérapeutes à parler de manière générale des bilans qu'elles utilisaient pour favoriser l'émergence des problèmes occupationnels, nous nous sommes centrés sur l'OT'Hope.

Trois ergothérapeutes sur quatre ont déjà utilisé l'OT'Hope avec l'enfant traumatisé crânien. A la question : « De quelle manière utilisez-vous l'OT'Hope ? », voici ce qui est ressorti de leur discours :

Utilisation de l'OT'Hope	E1	« Je le fais dès la <b>première séance</b> » « Il me fallait <b>3 séances</b> parce qu'il y a 3 items et que en fait je prenais 3 séances de 45 min à passer le l'OT'Hope » « Je trouve que c'est quand même intéressant de montrer <b>la plupart des cartes</b> et de dire que bah voilà il y a tout ça qui existe »
	E2	« Il arrive dans un <b>2nd temps</b> . (...) Quand le fait juste de mener un entretien semi-dirigé avec la MCRO n'est pas suffisant » « Je présente quasi toutes les cartes »
	E4	« C'est <b>rare que je le fasse d'emblée</b> parce que j'ai aussi besoin d'un temps d'un petit peu d'observation, après quoi 2 ou 3 séances » « Je l'utilise assez <b>rarement seul</b> sauf quand je sens que le niveau attentionnel de l'enfant est trop compliqué pour utiliser la MCRO » « C'est extrêmement variable je ne les <b>présélectionne pas forcément</b> » « Quand l'enfant est trop jeune aussi je vais l'utiliser » « Je l'utilise un peu vraiment de façon très <b>variable</b> un peu comme je veux » « Je peux décider de privilégier un champ de d'activité dans un premier temps plutôt les soins personnels et puis un autre champ d'activité dans un 2 <sup>e</sup> temps et de pouvoir ressortir les cartes pour que l'enfant puisse exprimer ses priorités »

Tableau 5 : récapitulatif de la passation de l'OT'Hope

Résumé des points communs de passation :

	E1	E2	E4
Pré-sélection des cartes			× (Variable)
Plusieurs séances de passation	×	×	×
En second temps		×	×
Dès la première séance	×		

Tableau 6 : Résumé des points communs de passation de l'OT'Hope

### Analyse

Nous retrouvons des similitudes dans la passation de l'OT'Hope entre les trois ergothérapeutes qui utilise l'OT'Hope dans leur pratique. Dans un premier temps, bien que le guide d'utilisation de

l'OT'Hope préconise de présélectionner les cartes avant de les donner à l'enfant, E1 et E2 ne sont pas de cet avis. En effet, elle préfère montrer toutes les cartes pour ne pas limiter l'exploration occupationnelle de l'enfant. E4 partage partiellement cette idée. En effet, il lui arrive de défiler quasiment toutes les cartes comme il peut lui arriver de les présélectionner. Pour elle, c'est une démarche qui est variable et qui dépend du jeune TC qu'elle accompagne.

Nous retrouvons d'autres points communs à la passation de l'OT'Hope avec les jeunes TC. En effet, l'ensemble des ergothérapeutes font passer l'outil sur plusieurs séances. E1 divise alors la passation sur trois séances. Au vu de la fatigabilité présente chez les enfants TC, E2 et E4 découpe aussi la passation sur plusieurs temps.

Enfin, la dernière caractéristique mise en avant par les ergothérapeutes correspond à l'utilisation de l'OT'Hope en second temps. Ici, les opinions divergent. En outre, E2 affirme utiliser l'OT'Hope dans un second temps, notamment après avoir fait passer une MCRO. E4 privilégie la passation d'une MCRO avant la passation de l'OT'Hope, sauf si elle constate que le niveau attentionnel de l'enfant n'est pas en adéquation avec ce premier bilan. Au vu des contraintes temporelles en institution et du profil du jeune TC, E1 choisit de faire passer soit l'OT'Hope soit la MCRO. D'autre part, E1 est la seule ergothérapeute qui choisit de faire passer l'OT'Hope dès sa première rencontre avec le jeune. A l'inverse, E4 choisit d'attendre quelques séances pour se laisser le temps d'observer l'enfant.

### 2.3.2. Les apports de l'OT'Hope avec le jeune traumatisé crânien

#### Résultats bruts

A la question : « *Quels sont pour vous, les intérêts de l'utilisation de l'OT'Hope avec les enfants traumatisés crâniens ?* », les ergothérapeutes ont apporté les réponses suivantes :

Ergothérapeutes	E1	E2	E3	E4
Apports de l'OT'Hope				
« <i>Support illustré</i> »	×	×	×	×
« <i>Cartes imagé</i> »	×	×	×	×
Enfant « <i>acteur</i> »	×			×
« <i>Souplesse de l'outil</i> »				×
« <i>Différents canaux</i> »				×
« <i>Travail de la prise de conscience</i> »				×

Tableau 7 : Apports de l'OT'Hope selon les ergothérapeutes interrogées

## Analyse

Grâce aux réponses obtenues, on constate que les quatre ergothérapeutes ont trouvé des intérêts à l'utilisation de l'OT'Hope avec les jeunes TC.

Tout d'abord, elles s'accordent à dire que le support est un atout chez les enfants de manière générale et stipulent qu'il possède des caractéristiques intéressantes chez les enfants TC. Les quatre ergothérapeute, même E3 qui n'utilise pas l'OT'Hope affirment que le format de l'outil, notamment l'image à travers lesquels sont représentés les occupations est particulièrement intéressant. E4 souligne notamment qu'avec un enfant cérébrolésé présentant des troubles du langage, le support imagé peut faciliter le processus d'identification des problèmes occupationnels prioritaires. Deux ergothérapeutes sur quatre (E3 et E4) soutiennent également l'idée que le support matériel offert par l'OT'Hope peut aider les enfants TC qui ont des troubles attentionnels. En effet, elles pensent qu'il peut les aider à rester concentrer sur la tâche et qu'il est plus facile de les recentrer quand ces derniers sont distraits.

La moitié des ergothérapeutes (E1 et E4) stipulent qu'en manipulant les cartes, le jeune est davantage acteur de ce qu'il est en train de faire.

E4 identifie trois apports de l'outil en plus que les autres ergothérapeute interrogées. Le traumatisme crânien étant très variable d'un enfant à l'autre, E4 soutient l'idée que la souplesse de l'outil lui permet de facilement l'adapter à la variabilité des troubles relatifs au traumatisme crânien : « *Je l'utilise un peu vraiment de façon très variable un peu comme je veux* » E4 trouve aussi que l'OT'Hope est un outil intéressant avec les jeunes TC, car il permet de passer à la fois par le canal visuel et par le canal auditif, ce qui faciliterait la compréhension de l'enfant et limiterait les troubles langagiers quand il y en a. Enfin, E4 trouve que l'OT'Hope permet de montrer une « *corrélation entre ce que l'enfant visualise de ses difficultés et nous ce qu'on observe (...) et de pouvoir aussi plus tard dans le travail de la prise de conscience, confronté ce qu'il a noté à ce que nous on a observé en le filmant par exemple, tout ça pour aider notamment la prise de conscience et des difficultés* »

Dans le cadre de son projet de recherche, E2 a évalué l'identification des problèmes occupationnels de deux jeunes présentant des lésions cérébrales acquises (un jeune ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et un jeune traumatisé crânien). Bien que cette recherche ayant été effectué sur deux enfants ne soit pas représentative, je trouve intéressant d'en faire part dans mon analyse. Elle a relevé le nombre d'occupation énoncé spontanément après avoir fait passer une MCRO, puis en utilisant l'OT'Hope. Tout d'abord, elle constate que les enfants ont réussi à identifier beaucoup plus de problèmes occupationnels lorsqu'elle a utilisé un support matériel. Par la suite, elle a observé que pour l'enfant traumatisé crânien la plupart des buts choisis avait été évoqué grâce à l'utilisation de

l'OT'Hope. Ce n'était en revanche pas le cas pour le jeune ayant subi un accident vasculaire cérébral. Les résultats obtenus par E2, bien que non représentatifs au vu du faible nombre de participants, me permettent de me questionner davantage. En effet, L'OT'Hope semblerait avoir facilité le processus d'identification des problèmes occupationnels prioritaires de l'enfant TC mais pas de l'enfant ayant subi un AVC. Ces résultats démontrent-ils de manière non scientifique un intérêt à l'utilisation de l'OT'Hope avec les jeunes TC ?

### 2.3.3. Les limites de l'OT'Hope avec le jeune traumatisé crânien

#### Résultats bruts

A la question : « *Quels peuvent-être, selon vous, les limites de l'outil ?* », voici ce qui est ressorti de leurs réponses :

Ergothérapeutes Limites de l'OT'Hope	E1	E2	E3	E4
« <i>Durée de passation</i> »	X			
« <i>Adhérence aux images</i> »		X		
« <i>Limite l'exploration occupationnelle</i> »			X	
« <i>Troubles visuels</i> »				X

Tableau 8 : Limite de l'OT'Hope selon les ergothérapeutes interrogées

#### Analyse

Au cours de mes entretiens, les ergothérapeutes ont relevé certaines limites à l'utilisation de l'OT'Hope auprès de cette population. Chacune a identifié des limites différentes :

E1 identifie la durée de passation comme une limite. En effet, elle trouve que cet outil demande du temps à faire passer notamment à cause de ses nombreuses cartes. Comme vu au début du thème 3, E1 choisit de présenter toutes les cartes à l'enfant. Ainsi, il semble important de prendre du recul à l'égard de cette limite en ne perdant pas de vue que la durée de passation est relative à la façon dont l'ergothérapeute administre l'outil.

E2 constate dans sa pratique, que les enfants TC présentant des troubles attentionnels peuvent adhérer aux images. Elle souligne également que l'enfant TC, aux vues de ses troubles, peut sélectionner des cartes qui ne représentent pas forcément ce qui est le plus important, le plus prioritaire pour lui, faisant alors émerger, ce qu'elle appelle des « buts artificiels » : « *Il faut aussi être bien sûr que ce qu'il sélectionne, ça soit des vraies choses qui le motive. Pas juste « Ah bah tiens, il y avait du roller, ça pourrait être cool et voilà* ». **Enfin, faire attention à faire en sorte que ça ne fasse pas émerger un peu des buts artificiels.** »





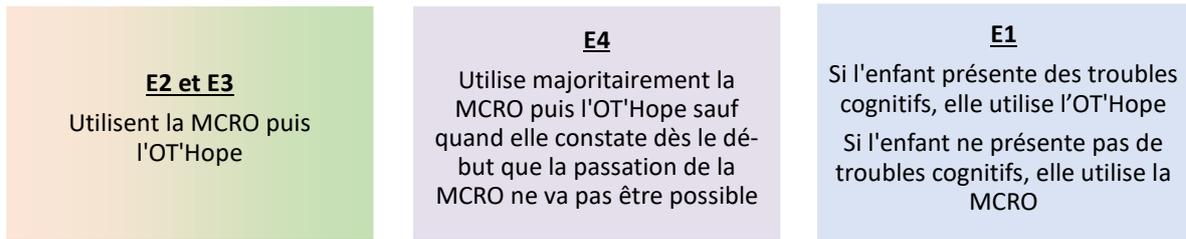
E2	<p>« Ils sont liés mais moi, je n'arrive pas à les mettre au même niveau. Pour moi l'OT'Hope est <b>complémentaire</b> de la MCRO »</p> <p>« L'OT'Hope ça <b>vient en plus</b>. C'est un support en plus qui nous permet justement d'aboutir à une MCRO fonctionnelle, fin ce n'est pas le mot, mais qui tiens la route »</p> <p>« Souvent, il y a un ou deux qui émergent très spontanément, où tu sens que l'importance est haute et qui sont souvent côté avec une importance la plus la plus haute. Après, par exemple dans mon étude CO-OP, si on a besoin d'avoir <b>plus que 2 buts</b> là ça aide bien souvent d'introduire l'OT'Hope »</p>
E3	<p>« Je ne ferais <b>pas</b> passer l'OT'Hope <b>en première intention</b>, plutôt après une <b>MCRO</b> »</p>
E4	<p>« C'est vraiment un outil pour m'aider en plus et pour être sûr de tout balayer » « je le fait peut-être un plus dans un <b>2<sup>nd</sup> temps</b> »</p> <p>« Je l'utilise <b>rarement seul</b> sauf quand vraiment je sens que le niveau attentionnel de l'enfant est vraiment trop compliqué pour utiliser la MCRO »</p>

Tableau 9 : Complémentarité entre l'OT'Hope et la MCRO

### Analyse

Les avis divergents d'une ergothérapeute à l'autre. E2 utilise quasiment systématiquement la MCRO en premier lieu. Elle utilise l'OT'Hope que lorsque l'entretien semi-directif proposé par la MCRO n'est pas suffisant pour aider l'enfant à travers l'identification de ses problèmes occupationnels prioritaires. Elle l'utilise en seconde intention car selon elle, il balaye un champ maximal d'occupation permettant d'aboutir à une MCRO dites « fonctionnelle ». E3, qui n'utilise pas l'OT'Hope dans sa pratique fonctionnerait de la même façon si elle l'utilisait. E4 partage aussi cet avis. Cependant, il lui arrive de n'utiliser que l'OT'Hope quand elle sait directement que l'enfant TC qu'elle accompagne, ne sera pas capable d'identifier ses problèmes occupationnels sans support. E1 est plus catégorique. Pour elle, l'utilisation de la MCRO est difficile avec des enfants présentant des troubles cognitifs. Ainsi, elle soutient l'idée que lorsque l'enfant présente des troubles cognitifs important, elle privilégie l'utilisation de l'OT'Hope. Elle trouve notamment que l'OT'Hope de par la manipulation des cartes rend l'enfant davantage acteur de sa prise en soin que la MCRO, qui n'offre pas de support matériel. Ce point de vue n'est cependant pas partagé par les ergothérapeutes, qui trouvent que dans les deux cas, l'enfant reste au cœur du processus.

En résumé :



Alors qu'E2 stipule dans son entretien, que parfois la MCRO ne favorise pas l'évocation spontanée de problèmes occupationnels prioritaires avec les enfants traumatisés crâniens. Ainsi, je me demande pourquoi la MCRO reste l'outil utilisé en premier lieu ? Que favorise la combinaison entre ces deux outils ?

Dans son projet de recherche, E2 souhaitait que l'enfant identifie trois problèmes occupationnels prioritaires. Elle soutient l'idée selon laquelle, après la MCRO l'enfant identifie généralement un ou deux problèmes occupationnels prioritaires. Ainsi, l'OT'Hope semble intéressant à introduire dans ces cas là pour favoriser l'émergence d'autres objectifs.

Elle m'explique aussi que la formation MCRO a eu un impact sur sa pratique en ergothérapie. Elle avance notamment que la formation MCRO lui a donné des « billes » sur la façon dont mener un entretien efficace. Finalement, elle trouve que les ergothérapeutes ne sont pas assez formés aux techniques d'entretien, ni à la façon de jongler entre les différents outils. Ainsi, la formation MCRO rend-elle plus à l'aise les ergothérapeutes ce qui les conduirait à privilégier cet outil ? L'utilisation de l'OT'Hope ne nécessitant pas de formation est-il un facteur limitant son utilisation ?

### 3. Discussion

#### 3.1. Confrontations entre les recherches théoriques et les éléments du terrain

Les éléments qui seront évoqués dans cette partie feront l'objet d'une confrontation entre mes recherches théoriques et les résultats obtenus lors de la partie expérimentale. Le but de cette discussion étant de mettre en valeur les résultats obtenus à travers une interprétation scientifique argumentée, en lien avec ma question de recherche, qui pour rappel est :

**De quelle manière l'ergothérapeute accompagne-t-il les enfants traumatisés crâniens dans l'identification de leurs problèmes occupationnels prioritaires en soins de suite et de réadaptation ?**

Ces interprétations devront aussi être en lien avec mon hypothèse de recherche, qui pour rappel est :

## **L'OT'Hope est un outil à privilégier chez les enfants traumatisés crâniens pour les aider à identifier leurs problèmes occupationnels prioritaires en soins de suite et de réadaptation**

Mon objectif à travers ce travail de recherche était de déterminer l'intérêt de l'utilisation de l'OT'Hope auprès des jeunes traumatisés crâniens.

### *Obstacles face à l'identification des problèmes occupationnels prioritaires*

L'identification des problèmes occupationnels par le jeune traumatisé crânien peut être compliquée selon les ergothérapeutes interviewées. Tout d'abord, ces difficultés reposent d'une part sur les troubles engendrés par le traumatisme crânien : l'anosognosie étant identifiée par toutes les ergothérapeutes. Nous pouvons également citer les troubles de la communication, les troubles de l'attention ou encore la fatigabilité. Certains obstacles identifiés par les ergothérapeutes sont équivalents aux difficultés mise en évidence dans la littérature. Selon l'étude de Ertzgaard et al. en 2011, l'ensemble des troubles inhérents au traumatisme crânien rend l'identification des problèmes occupationnels difficile et long (Ertzgaard et al., 2011). Il identifie notamment le manque de conscience, les troubles attentionnels, les déficits de mémoire, les troubles langagiers, la fatigue, les troubles comportementaux ou encore les troubles exécutifs.

Ensuite, E2 met en avant les obstacles inhérents au thérapeute lui-même. Ces données concordent avec celles recueillies à travers l'étude de Van de Weyer, qui stipule que le manque d'expérience peut être une barrière à l'établissement d'objectifs en lien avec les difficultés occupationnelles du client (Van De Weyer et al., 2010).

Quant à E4, elle identifie l'environnement institutionnel comme obstacle à l'identification des problèmes occupationnels. Cette remarque est en corrélation avec l'étude menée par Bottari et al. en 2006 qui souligne que l'environnement hospitalier limite l'enfant dans l'identification de ses problèmes occupationnels prioritaires (Bottari et al., 2006). En effet, lorsque l'enfant est en hospitalisation complète il n'est pas encore retourné à son domicile. En outre, les problèmes occupationnels prioritaires identifiés par l'enfant ne sont pas toujours ceux mis en évidence en situation écologique au domicile de l'enfant.

Ainsi, afin de pallier les obstacles rendant difficile l'identification des problèmes occupationnels prioritaires des jeunes TC, les ergothérapeutes utilisent des outils : l'OT'Hope faisant parti des outils que E1, E2 et E4 sollicitent.

### *Apports de l'OT'Hope*

L'ensemble des ergothérapeutes trouvent un intérêt à utiliser l'OT'Hope avec les jeunes traumatisés crâniens, même E3 qui ne l'utilise pas dans sa pratique. E1 dit même « *il est pertinent pour l'ensemble des populations, chez les traumatisés crâniens, je dirais encore plus oui* ». En effet, d'après elles, l'OT'Hope présente plusieurs avantages pour les jeunes TC, notamment de par : son support visuel et ses cartes imagées qui permettent de limiter les troubles attentionnels et langagiers. Utiliser un support imagé avec les personnes présentant des troubles du langage, c'est notamment, ce qu'avais mis en évidence Taylor Jenkin et al. dans son étude. Par la suite, la flexibilité de l'outil, le rend particulièrement intéressant car il permet de l'adapter à la variabilité du traumatisme crânien. Néanmoins, aucune revue de la littérature ne met en avant l'intérêt de la flexibilité de l'outil. Un autre concept évoqué par l'ensemble des ergothérapeutes correspond à la capacité de l'outil à être administrer en plusieurs fois, respectant ainsi la fatigabilité de l'enfant TC. E1 ajoute même que grâce à la manipulation des cartes qu'offre l'OT'Hope, l'enfant est d'autant plus acteur que lorsqu'elle utilise d'autres outil comme la MCRO, où il n'y a pas de support matériel. Elle ajoute aussi qu'en le rendant acteur, l'enfant est d'autant plus motivé. Or le manque de motivation est l'un des obstacles qu'elle avait identifiés comme pouvant porter préjudice à l'accompagnement ergothérapeutique. Faire participer l'enfant dans sa prise en soin, favorise sa motivation et son engagement (Williams Hunt, 2014). E1 soutient l'idée de Anne Hunt qui souligne dans son étude que : rendre l'enfant acteur de son plan d'intervention favorise l'identification des problèmes occupationnels prioritaires.

Un autre intérêt mis en évidence par E1 et E4 se rapportent à l'anosognosie. Pour rappel, l'anosognosie correspond « *au manque de connaissances, de conscience ou de reconnaissance d'une maladie ou d'un déficit* » (Babinski, 1914). C'est un trouble qui peut se développer à la suite d'un traumatisme crânien et qui impact beaucoup l'identification des problèmes occupationnels. Les études démontrent notamment que le manque de conscience de soi conduit ces jeunes à formuler des buts irréalistes (Fischer, Gauggel, Texler, 2004 cité dans Williams Hunt, 2014). L'enfant n'ayant pas conscience de ses troubles, n'a pas la capacité d'identifier les difficultés auxquelles il fait face au quotidien. E1 et E4 énoncent que l'OT'Hope, de par ses cartes représentant des occupations permet de guider l'enfant permettant ainsi de créer une porte d'entrée à l'émergence de problèmes occupationnels. De plus, E4 souligne qu'en créant cette porte d'entrée, elle confronte par la suite les dires de l'enfant en le mettant en situation, ce qui favoriserait même une prise de conscience de ses troubles. C'est notamment ce que nous dit Bergquist et Jacket en 1993. Pour eux, la participation du client à l'identification de ses problèmes occupationnels contribue à développer la conscience de soi (Bergquist & Jackets, 1993). Au sujet de l'anosognosie, E2 s'interroge sur la façon dont le clinicien mène l'entretien. Elle pense que

l'ergothérapeute n'est pas neutre face à l'enfant qu'il suit. Chacun à ses modes de pensées, ses défenses psychologiques et parfois il est plus facile de dire que l'enfant est anosognosique pour expliquer son impuissance à l'accompagner (« ce n'est pas moi c'est son anosognosie qui nous empêche d'avancer »). Trentham & Dunal en 2009, mettent justement en avant que le jugement du thérapeute puisse influencer les réponses de l'enfant. E2 m'explique que certains enfants lui sont présentés comme anosognosique mais que finalement ils sont tout à fait en capacité après un entretien adapté et semi dirigé de définir des occupations prioritaires personnelles et des objectifs. Cet argument est aussi valable pour les jeunes traumatisés crâniens non anosognosiques. La qualité de l'entretien conduit par l'ergothérapeute influe sur les réponses des enfants. Ainsi, l'utilisation de l'OT'Hope serait pertinente avec cette population à condition que la passation s'appuie sur une technique d'entretien, maîtrisée par l'ergothérapeute. En effet, E2 soutient que l'OT'Hope est un support à l'entretien semi-directif auxquels les ergothérapeutes sont formés. Elle soutient aussi l'idée selon laquelle la formation MCRO « *donne des billes vraiment intéressantes dans la façon dont mener un entretien* ». L'utilisation de l'OT'Hope repose aussi sur la capacité du thérapeute à transformer les problèmes occupationnels prioritaires identifiés par l'enfant en objectifs SMART (E1, E2, E3, E4). D'autre part, E4 formule qu'elle utilise l'OT'Hope en première intention seulement quand les troubles de l'enfant semblent être un frein à l'identification des problèmes occupationnels prioritaires. Dans ce cas, la passation de l'OT'Hope seule paraît intéressante. Ainsi, il semblerait que l'utilisation de l'outil seule soit pertinente lorsque les troubles relatifs au traumatisme crânien sont trop sévères. Enfin, l'utilisation de l'OT'Hope semble également dépendre du nombre d'objectifs que le thérapeute souhaite faire émerger. En outre, E2 m'explique que dans l'approche CO-OP, elle a besoin que l'enfant identifie trois problèmes occupationnels prioritaires. Avec la MCRO me dit-elle, les enfants traumatisés crâniens évoquent spontanément un ou deux problèmes occupationnels prioritaires. Ainsi, l'OT'Hope permettrait de faire émerger d'autres objectifs que l'enfant n'émet pas spontanément à travers la MCRO.

Les quatre ergothérapeutes interviewées trouvent justement que la MCRO et l'OT'Hope sont deux outils complémentaires. L'OT'Hope permettrait d'aboutir à une MCRO dite « fonctionnelle ». C'est pourquoi les ergothérapeutes ont tendance à l'utiliser en seconde intention. E1 soutient cette idée, bien que les contraintes institutionnelles, notamment le manque de temps ne lui permettent pas de faire passer les deux bilans. Selon Alexandre Perrault et Caroline Giroux, l'OT'Hope peut être utilisé en complémentarité de la MCRO ou du PQRS. Bien que ça ne soit pas une obligation, l'utilisation de l'OT'Hope en complément de la MCRO est pratiquement utilisée par toutes les ergothérapeutes interrogées.

### *Limites de l'OT'Hope*

Bien que jusqu'ici l'OT'Hope semble montrer de nombreux avantages d'utilisation avec les jeunes traumatisés crâniens, il est nécessaire d'évoquer les limites de l'outil. En effet, E4 et E1 soutiennent l'idée selon laquelle ces exemples leur permettent d'explorer avec l'enfant des occupations auxquels il n'aurait jamais pensé spontanément. Ainsi, elles s'accordent avec Anne Hunt et al., qui dit qu'un facilitateur au processus d'identification des occupations prioritaires serait de fournir à l'enfant des exemples d'occupation (Anne W Hunt, Guylaine Le Dorze, Helene Polatajko, Carolina Bottari & and Deirdre R Dawson, 2015). En revanche, E2 y voit un tout autre aspect. En outre, elle constate que de par les troubles inhérents au traumatisme crâniens, les enfants vont avoir tendance à adhérer aux cartes et à les placer dans n'importe quelles colonnes. Ainsi, les cartes représentant des exemples d'occupation constitueraient à la fois un intérêt et une limite.

E1 a identifié comme autre limite le temps de passation. Pour rappel, E1 choisit de montrer pratiquement toutes les cartes à l'enfant. Ainsi, elle trouve que c'est un outil long à faire passer même si elle soutient qu'il respecte tout de même la fatigabilité de l'enfant car elle peut choisir d'arrêter la passation et la reprendre à un autre moment. Selon Alexandra Perrault et Caroline Girault, le temps de passation est généralement de 15 minutes. Ainsi, je m'interroge sur la passation de l'outil avec les enfants TC. Est-ce propre à la passation avec les enfants TC de montrer toutes les cartes ? Le fait-elle avec les autres populations qu'elle rencontre ?

### *Entourage et OT'Hope*

L'OT'Hope est un outil d'autodétermination d'objectif. Pour rappel l'autodétermination correspond à la capacité à faire librement ses choix de vie sans être influencée par une tierce personne (Cisneros et al., 2010). La présence d'un parent pendant la passation de l'OT'Hope pourrait influencer les choix de l'enfant. Est-ce pour cela que l'ensemble des ergothérapeutes interviewés n'utilise pas cet outil en présence des parents ? E1 qui ne fait pas passer le bilan en présence des parents admet qu'elle prend tout de même le plateau de l'OT'Hope en photo et confronte les réponses de l'enfant avec celle de ses parents. En faisant cela, elle constate d'importantes différences entre la vision des enfants et celle de leurs parents. Ainsi, les dires de E1 concordent avec l'étude de Kristina Vroland-Nordstrand et al., qui met en évidence, que la plupart, du temps, les objectifs des parents diffèrent de ceux des enfants. Je constate aussi que même si les parents ne sont présents physiquement pendant le processus, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de lien de fait entre l'ergothérapeute et l'entourage. Cependant, il est vrai qu'à travers les entretiens, nous avons eu peu d'échange sur le lien avec l'entourage. Est-ce parce que je l'ai peu évoqué à travers mes questions ? Dans ma partie théorique, j'évoque que l'entourage peut-être à la fois perçu comme obstacle et comme facilitateur. Malgré le peu d'échange sur le sujet, E3

soutient l'idée que les parents sont plutôt des ressources à solliciter. Même si E1 remarque que les objectifs des parents divergent de ceux de leur enfant, elle n'identifie pas ce point comme un obstacle mais plutôt comme un moyen d'approfondir les situations occupationnelles problématiques de l'enfant TC.

### *Conclusion de la discussion*

En somme, le support proposé par l'OT'Hope semble avoir un intérêt avec les jeunes TC mais, c'est surtout la combinaison entre OT'Hope et MCRO qui permet de faire émerger des problèmes occupationnels en lien avec les envies réelles de l'enfant et qui ont du sens pour lui. Les utiliser ensemble, nous dit E2, permet de ne pas faire émerger des buts artificiels. En faisant émerger des objectifs ayant du sens pour l'enfant, la prise en charge en ergothérapie n'en sera que facilité. E2 dit même que lorsqu'elle se retrouve face à une difficulté, « *c'est souvent que le problème occupationnel de base a été mal identifié* ».

En définitive, bien que l'OT'Hope présente certaines limites à prendre en considération, il semblerait que cet outil trouve son intérêt dans l'identification des problèmes occupationnels prioritaires du jeune traumatisé crânien. Toutefois, la pertinence de son utilisation dépend de plusieurs facteurs. L'utilisation de l'OT'Hope avec les enfants TC semble présenter un intérêt si :

- L'entretien mené par l'ergothérapeute est suffisamment efficace. D'après les ergothérapeutes, l'expérience permet de mieux guider l'enfant. La formation MCRO serait aussi une ressource clé pour aider les ergothérapeutes à acquérir les compétences nécessaires pour aider les clients à faire émerger leurs problèmes occupationnels prioritaires.
- S'il est combiné à une MCRO, favorisant alors l'émergence de but signifiant pour l'enfant et en lien avec ses envies réelles.
- Le thérapeute est suffisamment capable de transformer les problèmes occupationnels prioritaires identifiés par l'enfant en objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini).

Ainsi, l'étude n'a pas permis de montrer que l'utilisation seule de l'OT'Hope pouvait favoriser l'identification des problèmes occupationnels prioritaires des jeunes traumatisés crâniens. Comprendre comment utiliser ces deux outils de manière complémentaire pourrait permettre aux ergothérapeutes de réaliser des entretiens peut être plus efficace.

### **3.2. Limites et apports de mon étude de recherche**

Plusieurs apports et limites ont pu être relevé à travers ce mémoire d'initiation à la recherche.

## Les limites

Comme première limite, nous pouvons évoquer l'absence d'entretien avec les jeunes traumatisés crâniens. En effet, il aurait été intéressant de relever leurs avis afin de les confronter à ceux des ergothérapeutes. Néanmoins, les contraintes juridiques (Loi Jardé) ne m'ont pas permis de mener des entretiens auprès des enfants traumatisés crâniens. Ainsi, leur vision n'ayant pas été prise en compte dans ce mémoire, une part de la subjectivité vient du fait que je ne me fie qu'à la parole des ergothérapeutes.

Par la suite, l'entretien comme méthode d'enquête possède plusieurs limites. Commençons par évoquer la subjectivité des réponses apportées par les ergothérapeutes. Une limite repose aussi sur la façon dont j'ai pu formuler mes questions dans mon guide d'entretien. Enfin, évoquons, les modalités dans lesquels se sont déroulés les entretiens. Du fait de la réalisation de mon dernier stage au Canada en mars-avril, j'ai été contrainte de réaliser l'ensemble des mes interviews en visioconférence. D'après les auteurs Van Campenhout et Quivy (2011) « *le contexte dans lequel se déroule l'entretien peut influencer considérablement son déroulement et son contenu.* » (p.64).

L'échantillon non représentatif est également une limite. En outre, nous ne pouvons pas généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population. Pour cela, il aurait fallu interroger un plus grand nombre d'ergothérapeutes et inclure des entretiens avec les jeunes TC également. De plus, je pense qu'il aurait pu être intéressant d'interroger des ergothérapeutes qui n'ont pas été formés à la MCRO. En effet, toutes les ergothérapeutes étant formés à la MCRO, je me demande si leurs réponses n'ont pas été influencées. E2 me dit même pendant son entretien, qu'elle pense être influencée par ses formations MCRO et CO-OP.

La retranscription des quatre entretiens, les nombreuses lectures et leur analyse a été un travail long et laborieux. De plus, ayant interviewé trois ergothérapeutes utilisant l'OT'Hope et une ne l'utilisant pas, je me suis questionnée sur la fiabilité de mes résultats. Par ailleurs, n'ayant jamais réalisé de travail de recherche, je me suis interrogée sur ma capacité à mener les entretiens. Est-ce que mes entretiens étaient suffisamment bien menés pour recueillir les informations pertinentes ? Ai-je manqué certaines informations essentielles ? En écrivant mon analyse et ma discussion, je me suis rendu compte que je n'ai pas suffisamment creusé mes questions. Il est vrai que ce qui ressort des entretiens est que l'OT'Hope est utilisé en complément de la MCRO, mais j'aurais voulu mieux comprendre pourquoi l'utilisation seule ne suffit pas. Par exemple, quand E4 m'expliquait que parfois les troubles de l'enfant ne lui permettaient pas de faire une MCRO, j'aurais dû creuser davantage et chercher à savoir, si dans ces cas-là, l'OT'Hope suffisait.

Pour finir, l'OT'Hope peut être perçu à la fois comme une limite et un apport à mon mémoire. En effet, étant un outil récent, il mérite d'être davantage étudié. Néanmoins, ce dernier est encore peu utilisé par les ergothérapeutes en structure, ce qui a rendu mes recherches d'entretiens difficiles. Il existe également peu de littératures sur l'outil. J'ai notamment dû solliciter à plusieurs reprises les créatrices de l'outil, pour obtenir des ressources fiables et pertinentes sur l'outil. De plus, étant un outil récent et utilisé depuis peu de temps par les ergothérapeutes, leurs propos peuvent manquer de recul.

### Les apports

Mon mémoire présente toutefois de nombreux intérêts. L'un d'eux repose sur ma méthode de recherche, qui je pense, a su se bonifier à travers ce travail. Je suis convaincue que ce projet m'a donné des bases stables en matière de recherche, bases qui me seront utiles à travers la suite de mon parcours professionnels.

Ce projet de recherche m'a permis d'acquérir des compétences approfondies sur le sujet du traumatisme crânien, qui est une population auprès duquel je souhaite intervenir en tant qu'ergothérapeute. Enfin, je pense que ce travail m'a permis de développer mon esprit critique et de continuellement me remettre en question.

L'un des apports de mon étude est la mise en lumière de résultats inattendus comme le manque de discussion autour du lien avec la famille dans le processus d'identification des problèmes occupationnels prioritaires. Il est vrai que je n'ai pas posé de question sur le sujet car ce n'était pour moi, pas au cœur de mon enquête. Cependant, avec du recul, je pense que c'est un sujet qui mérite d'être approfondi davantage. De plus, la complémentarité avec la MCRO a été tout le temps évoquée et pourtant très peu abordée dans la littérature. Ces résultats m'ont ainsi conduit à me questionner davantage sur la complémentarité entre ces deux outils.

En dernier lieu, l'enquête menée dans ce mémoire a montré la pertinence d'élargir la recherche sur ce sujet et sur cet outil qui reste peu agrémenté par la littérature. Afin de valider ou d'invalider réellement l'hypothèse, il pourrait être pertinent de mener une étude comparative comme débuté par E2 dans son projet de recherche. Pour cela, il faudrait un groupe témoin 1 (constitué d'enfant TC, à qui on demande d'identifier leurs problèmes occupationnels prioritaires sans support), un autre groupe témoin 2 (constitué d'enfant TC, à qui on demande d'identifier leurs problèmes occupationnels prioritaires à l'aide d'un autre outil tel que la MCRO) et un groupe expérimental (constitué d'enfants TC identifiant leurs problèmes occupationnels prioritaires à l'aide de l'OT'Hope). Il faudrait ensuite relever le nombre de problèmes occupationnels identifiés, la rapidité de la passation et la faciliter à classer ces problèmes de façon prioritaire. De plus, je pense qu'il ne faut pas limiter la recherche à notre simple

vision de l'ergothérapie en France. Mon stage pédiatrique au Canada m'a permis de rencontrer Geneviève Léveillé, ergothérapeute québécoise, créatrice de l'outil PIC. Son expertise auprès des traumatisés crâniens et l'apport de son outil dans sa pratique m'ont donné davantage de recul pour discuter mes résultats.

# Conclusion

---

En somme, à travers ma revue de la littérature, j'ai constaté que le traumatisme crânien engendrait de nombreuses conséquences qui touchent toutes les sphères de la personne : physiques, sensorielles, comportementales et surtout cognitives. L'ensemble de ces troubles impactent considérablement les occupations et l'environnement de l'enfant. Que ce soit dans ses soins personnels, ses loisirs ou bien sa scolarité, le traumatisme crânien entraîne de nombreuses difficultés au quotidien. De plus, l'ensemble des troubles impactent également l'identification des problèmes occupationnels par l'enfant, l'empêchant alors d'établir correctement des objectifs ergothérapeutiques prioritaires. Cette démarche est pourtant au cœur de l'approche centrée sur le client, approche promue en ergothérapie. D'autres obstacles, tels que la qualification de l'ergothérapeute et l'environnement institutionnel limitent l'identification des difficultés occupationnelles par l'enfant. C'est pourquoi, nous avons émis la problématique suivante :

**De quelle manière l'ergothérapeute accompagne-t-il les enfants traumatisés crâniens dans l'identification de leurs problèmes occupationnels prioritaires en soins de suite et de réadaptation ?**

En réponse à la problématique, voici l'hypothèse qui a été formulée :

**L'OT'Hope est un outil à privilégier chez les enfants traumatisés crâniens pour les aider à identifier leurs problèmes occupationnels prioritaires en soins de suite et de réadaptation**

Pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogées, l'utilisation de l'OT'Hope semble pertinente avec les jeunes traumatisés crâniens. En effet, les données recueillies à travers l'enquête mettent en exergue plusieurs apports de l'outil avec ces jeunes, notamment à travers son support visuel, ses cartes et ses modalités de passation. Toutefois, les ergothérapeutes ont formulé avoir rencontré des limites avec cet outil notamment le temps de passation, l'adhérence aux images et le manque d'exploration occupationnel.

De plus, la pertinence de mon hypothèse se trouve être dépendante de plusieurs facteurs. La majorité des ergothérapeutes n'utilise pas l'OT'Hope seule. Elles s'accordent à dire qu'elles l'utilisent en complémentarité de la MCRO et c'est la combinaison entre ces deux outils qui favoriserait l'identification des problèmes occupationnels prioritaires des enfants traumatisés crâniens. La pertinence de l'utilisation de l'OT'Hope dépendrait aussi de la capacité de l'ergothérapeute à conduire un entretien efficace de façon à faire émerger les difficultés occupationnelles de l'enfant. Enfin, le dernier facteur dé-

pendrait de la capacité du thérapeute à transformer les problèmes occupationnels prioritaires identifiés par l'enfant en objectifs SMART. Par conséquent, les résultats de l'investigation tendent à valider partiellement l'hypothèse initiale.

Cependant, afin de valider ou d'invalider entièrement mon hypothèse de recherche, il pourrait être intéressant de mener une étude comparative sur le terrain.

Toutefois, ce travail m'a fait prendre davantage conscience de l'importance de placer le client au centre de mes futurs accompagnements. Lui donner la parole et la prendre en considération est selon moi, primordial. Je pense qu'avoir étudié l'outil, ses avantages et ses limites me permettra de l'utiliser à bonne escient et en me remettant en question face à ma posture de thérapeute. Je pense aussi, qu'en tant que jeune diplômée, l'OT'Hope sera une ressource intéressante à solliciter pour m'accompagner à mener des entretiens.

Afin d'en apprendre encore davantage sur mon sujet, j'ai profité de mon expérience de stage au Canada pour rencontrer l'une des créatrices de l'outil PIC, qui pour rappel est un outil canadien spécifiquement développé pour les traumatisés crâniens et se rapprochant grandement de l'OT'Hope. C'est notamment en découvrant cet outil que j'ai eu l'idée d'orienter mon hypothèse de recherche vers l'OT'Hope. L'ergothérapeute étant canadienne, je n'ai pas pu intégrer son entretien dans ma partie expérimentale, qui aurait faussé mes résultats de recherche. Néanmoins, elle a su m'apporter des réponses construites qui m'ont permis de m'interroger encore plus sur le sujet (Annexe 7).

Elle m'a notamment dit que l'une des créatrices de l'OT'Hope a travaillé dans le centre montréalais où elle et son équipe ont élaboré l'outil PIC. Ainsi, je me suis interrogée sur la ressemblance entre ces deux outils. D'apprendre cette information m'a également conforté dans mon idée, que l'OT'Hope est particulièrement intéressant à utiliser avec cette population : *« Elle a travaillé avec nous et utilisait l'outil PIC souvent dans son programme avec ses propres patients. C'est sûr qu'elle s'est inspirée beaucoup de ça pour créer l'autre outil. Parce qu'elle était vraiment là, elle était à côté de nous. Elle travaillait au programme AVC, nous on était au programme TCC, mais on collaborait donc elle connaissait très bien l'outil PIC. »*

L'entretien avec Mme Leveillé m'a conduit à me questionner sur les réelles différences entre l'OT'Hope et l'outil PIC. Quel pourrait être l'intérêt d'utiliser le PIC en France auprès des TC ? Qu'apporterait-il de plus auprès de la population des traumatisés crâniens ?

# Bibliographie

---

- AFTC. (2021). *TC chez l'enfant*. AFTC GIRONDE Site officiel. <https://aftc-gironde.org/site/traumatisme-cranien-et-cerebrolesion-acquise/traumatisme-cranien/tc-chez-lenfant/>
- Albanèse, J., & Arnaud, S. (2022). *Traumatisme crânien chez le polytraumatisé*. 29.
- Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M., & Vauvillé, B. (2010). *Ergothérapie en pédiatrie*. De Boeck Supérieur.
- Alexandru, V. C., Aurelia, M. S., Mihai, P., Stefan, M. I., & Bogdan, D. (2008). Neurotrauma pediatric scales. *Journal of Medicine and Life*, 1(4), 403.
- ANFE. (2019). *Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants*. 32.
- ANFE. (2021). *OT'hope*. <https://anfe.fr/product/othope/>
- Anne W Hunt, Guylaine Le Dorze, Helene Polatajko, Carolina Bottari & and Deirdre R Dawson. (2015). Communication during goal setting in brain injury rehabilitation: What helps and what hinders? *British Journal of Occupational Therapy*.
- Azouvi, P. (2009). Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 25, 66-68. <https://doi.org/10.1007/s11659-009-0135-1>
- Babinski, Joseph. (1914). *Contribution à l'Étude des Troubles Mentaux dans l'Hémiplégie Organique Cérébrale (Anosognosie [Revue de neurologie]*. <https://www.scienceopen.com/document?vid=55978aad-44d9-4ecc-a2a9-3dfa09add18a>
- Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science (New York, N.Y.)*, 255(5044), 556-559. <https://doi.org/10.1126/science.1736359>
- Bastin, C., & Salmon, E. (2020). *Anosognosie : Modèles théoriques et pistes de prise en charge*. 25.
- Bischoff, O., & Velasquez, S. (2016). *Accompagnement : Définitions et postures*.

- Bergquist, T. F., & Jackets, M. P. (1993). Awareness and goal setting with the traumatically brain injured. *Brain Injury*, 7(3), 275-282. <https://doi.org/10.3109/02699059309029680>
- Bottari, C., Dutil, E., Dassa, C., & Rainville, C. (2006). Choosing the most appropriate environment to evaluate independence in everyday activities: Home or clinic? *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(2), 98-106. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00547.x>
- J. M. Fleming, J. Strong, R. Ashton. (1996). Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: How best to measure? *Brain Injury*, 10(1), 1-16.  
<https://doi.org/10.1080/026990596124674>
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. <https://www.caot.ca/client/product2/68/itemFromIndex.html>
- Carpentier, A., Riegel, B., Poidevin, P., Dhellemmes, P., & Krivosic-Horber, R. (2002). Devenir de l'enfant traumatisé crânien. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 21(2), 157-161.  
[https://doi.org/10.1016/S0750-7658\(01\)00502-0](https://doi.org/10.1016/S0750-7658(01)00502-0)
- Catroppa, C., & Anderson, V. (2009). Traumatic brain injury in childhood: Rehabilitation considerations. *Developmental Neurorehabilitation*, 12(1), 53-61.  
<https://doi.org/10.1080/17518420802634476>
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2021). *GNOSIE : Définition de GNOSIE*.  
<https://www.cnrtl.fr/definition/gnosie>
- Chevalier, N. (2010). Les fonctions exécutives chez l'enfant : Concepts et développement. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 51(3), 149-163. <https://doi.org/10.1037/a0020031>
- Chevignard, D. M. (2015). *Conséquences des lésions cérébrales acquises de l'enfant*.
- Chevignard, M., Toure, H., Brugel, D. G., & Laurent-Vannier, A. (2009). Le traumatisme crânien de l'enfant : Troubles cognitifs et comportementaux. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 25(2), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s11659-009-0137-z>

- Chevignard, M. (2018). *Chapitre 21. Devenir et suivi après traumatisme crânien survenu dans l'enfance ou l'adolescence*. De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/neuropsychologie-de-l-enfant--9782807320895-page-323.htm>
- Chevignard, D. M. (2019). *Pronostic neurologique du traumatisé crânien à moyen et long terme*. CHUV. (2019, mai 8). *Le traumatisme crânio-cérébral*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/neurochirurgie/nch-home/patients-et-familles/maladies-traitees/le-traumatisme-cranio-cerebral>
- Cisneros, E. (2019, avril 16). The Client's Intervention Priorities (CIP)©: A person-centered tool to support goal setting during interdisciplinary neurorehabilitation. *16 avril 2019*, 16.
- Cisneros, E., Barbeau, A.-K., Charette, G., Léveillé, G., & McKerral, M. (2010). Autodétermination et résilience en réadaptation avec l'outil Priorités d'intervention du client (PIC). *Frontières*, 22(1-2), 85-88. <https://doi.org/10.7202/045031ar>
- Conseil départemental de Vaucluse, & MDPH. (2020). *Lésion cérébrale acquise*.
- Daure, I., & Salaün, F. (2017). Le handicap invisible... Ou le décalage entre ce qui se voit et la réalité. *Le Journal des psychologues*, 348(6), 22-27. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jdp.348.0022>
- Deák, G. (2003). The Development of Cognitive Flexibility and Language Abilities. *Advances in child development and behavior*, 31, 271-327. [https://doi.org/10.1016/S0065-2407\(03\)31007-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2407(03)31007-9)
- Degeneffe, C. E. (2001). Family Caregiving and Traumatic Brain Injury. *Health & Social Work*, 26(4), 257-268. <https://doi.org/10.1093/hsw/26.4.257>
- Dewan, M. C., Mummareddy, N., Wellons, J. C., & Bonfield, C. M. (2016). Epidemiology of Global Pediatric Traumatic Brain Injury: Qualitative Review. *World Neurosurgery*, 91, 497-509.e1. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2016.03.045>
- Diamond, A. (2002). Normal development of prefrontal cortex from birth to young adulthood: Cognitive functions, anatomy, and biochemistry. In *Principles of frontal lobe function* (p. 466-503). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195134971.003.0029>

- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135-168.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dupont, Lasbeur, Pédrone, Kouadio, Thélot. (2016). Les traumatismes crâniens de l'enfant hospitalisé en France métropolitaine. *Congrès de la société française de pédiatrie*.
- ENOTHE. (2016). *Conférence ENOTHE*.
- Ertzgaard, P., Ward, A., Wissel, J., & Borg, J. (2011). Practical considerations for goal attainment scaling during rehabilitation following acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(1), 8-14. <https://doi.org/10.2340/16501977-0664>
- Ewing-Cobbs, L., & Barnes, M. (2002). Linguistic outcomes following traumatic brain injury in children. *Seminars in pediatric neurology*, 9, 209-217. <https://doi.org/10.1053/spen.2002.35502>
- Farrell, C. A. (2013, mai 3). *La prise en charge du patient d'âge pédiatrique victime d'un traumatisme crânien aigu | Société canadienne de pédiatrie*. <https://www.cps.ca/fr/documents/position/patient-age-pediatrique-victime-traumatisme-cranien-aigu>
- HAS. (2018). *Projet stratégique 2019-2024* (p. 14-15).
- J. M. Fleming, J. Strong, R. Ashton. (1996). Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: How best to measure? *Brain Injury*, 10(1), 1-16.  
<https://doi.org/10.1080/026990596124674>
- Jacques, S., & Zelazo, P. D. (2005). Language and the Development of Cognitive Flexibility: Implications for Theory of Mind. In *Why language matters for theory of mind* (p. 144-162). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195159912.003.0008>
- Juebin Huang. (2020, juillet). *Apraxie—Troubles neurologiques*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-c%C3%A9r%C3%A9braux/apraxie>

- Knutti, K., Björklund Carlstedt, A., Clasen, R., & Green, D. (2020). Impacts of goal setting on engagement and rehabilitation outcomes following acquired brain injury: A systematic review of reviews. *Disability and Rehabilitation*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1846796>
- Kozlowski, O., Daveluy, W., Dhellemmes, P., Carpentier, A., & Rousseaux, M. (2008). La transition adolescent à adulte du traumatisme crânien : Le point de vue de la médecine physique. *Neurochirurgie*, 54(5), 597-603. <https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2008.07.007>
- Krasny-Pacini, A., Limond, J., Evans, J., Hiebel, J., Bendjelida, K., & chevignard, M. (2014). *Context-sensitive goal management training for everyday executive dysfunction in children after severe traumatic brain injury*.
- Krasny-Pacini, A. (2019). *Executive functions, prospective memory and metacognition in children with traumatic brain injury: Assessment, characterization and rehabilitation*. 308.
- Larousse. (2022). *Définitions : Prioritaire—Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prioritaire/63980>
- Laurent-Vannier, A., Toure, H., Brugel, D. G., & Chevignard, M. (2008). Le traumatisme crânien de l'enfant. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 24(1), 26-30. <https://doi.org/10.1007/s11659-008-0090-2>
- Law, M. C. (1998). *Client-centered occupational therapy*. Slack. <http://www.tandfonline.com/toc/rwhi20/>
- Law, M., McColl, M., Carswell, A., Pollock, N., & Baptiste, S. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel*. Ottawa: CAOT Publications.
- Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J., & Haines, T. (2010). Patient centered goal setting in a subacute rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation*, 32(2), 159-172. <https://doi.org/10.3109/09638280903036605>

- Lebrault, H. (2018). *Étude de la faisabilité et de l'efficacité d'une rééducation par l'approche co-op auprès d'enfants présentant des troubles des fonctions exécutives après lésion cérébrale acquise.*
- Lebrault, H., Chavanne, C., Abada, G., Latinovic, B., Varillon, S., Bertrand, A.-F., Oudjedi, E., Krasny-Pacini, A., & Chevignard, M. (2021). Exploring the use of the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance approach (CO-OP) with children with executive functions deficits after severe acquired brain injury: A single case experimental design study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(5), 101535. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2021.101535>
- Levack, W. M. M., Dean, S. G., Mcpherson, K. M., & Siegert, R. J. (2006). How clinicians talk about the application of goal planning to rehabilitation for people with brain injury—variable interpretations of value and purpose. *Brain Injury*, 20(13-14), 1439-1449. <https://doi.org/10.1080/02699050601118422>
- Levack, W. M. M., Siegert, R. J., Dean, S. G., & McPherson, K. M. (2009). Goal planning for adults with acquired brain injury: How clinicians talk about involving family. *Brain Injury*, 23(3), 192-202. <https://doi.org/10.1080/02699050802695582>
- Levin, H. S., & Hanten, G. (2005). Executive Functions After Traumatic Brain Injury in Children. *Pediatric Neurology*, 33(2), 79-93. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2005.02.002>
- Lezak, M. D. (1982). The Problem of Assessing Executive Functions. *International Journal of Psychology*, 17(1-4), 281-297. <https://doi.org/10.1080/00207598208247445>
- Li, L., & Liu, J. (2013). The effect of pediatric traumatic brain injury on behavioral outcomes: A systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55(1), 37-45. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2012.04414.x>
- Mangeot, S., Armstrong, K., Colvin, A. N., Yeates, K. O., & Taylor, H. G. (2002). Long-term executive function deficits in children with traumatic brain injuries: Assessment using the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and*

- Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 8(4), 271-284.  
<https://doi.org/10.1076/chin.8.4.271.13503>
- Maryse, K. (2020). *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire*. 9.
- Mehta, R., GP trainee<sup>1</sup>, Chinthapalli, K., & consultant neurologist<sup>2</sup>. (2019). Glasgow coma scale explained. *BMJ*, l1296. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1296>
- Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. InterEdition.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020, octobre 1). *Soins de suite et de réadaptation—SSR*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Mucchielli, R. (1966). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. <https://www.esf-scienceshumaines.fr/vie-professionnelle/149-entretien-de-face-a-face-l.html>
- Paul, M. (2009). Accompagnement. In *Recherche et formation* (p. 91-107). <http://journals.openedition.org/rechercheformation/435>
- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. In *L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique* (p. 13 à 20).
- Perrault, A. (2017). CO-OP et scolarité. *Ergothérapies*, 66(2), 5.
- Perrault Alexandra, & Giroux Caroline. (2021). *OT'hope : Conception et mise en œuvre d'un outil d'aide à l'élaboration des objectifs pédiatriques en ergothérapie*.

- Plant, S. E., Tyson, S. F., Kirk, S., & Parsons, J. (2016). What are the barriers and facilitators to goal setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation*, 30(9), 921-930.  
<https://doi.org/10.1177/0269215516655856>
- Polatajko, H. J., & Townsend, Elizabeth. (2007). Canadian Model of Occupational performance and Engagement. In *Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*.
- Quin, S. (1976). Recherche sur la compréhension de séries d'images par des enfants. *Enfance*, 29(1), 171-199. <https://doi.org/10.3406/enfan.1976.2612>
- Rashid, M., Goez, H., Mabood, N., Damanhoury, S., Yager, J., Joyce, A., & Newton, A. (2014). The impact of pediatric traumatic brain injury (TBI) on family functioning: A systematic review. *Journal of pediatric rehabilitation medicine*, 7, 241-254. <https://doi.org/10.3233/PRM-140293>
- Roberts, R. J., & Pennington, B. F. (1996). An interactive framework for examining prefrontal cognitive processes. *Developmental Neuropsychology*, 12(1), 105-126.  
<https://doi.org/10.1080/87565649609540642>
- Santé Publique France. (2019). *Etat des connaissances : Epidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les Pays Occidentaux*.
- Santinelli, L. (2010). LE PARTENARIAT AVEC LES FAMILLE. *Ergothérapie en pédiatrie Collection ergothérapies* (p. 83-96).
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. In *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (3<sup>e</sup> éd., p. 263-285).
- Simpson, A., & Riggs, K. J. (2007). Under what conditions do young children have difficulty inhibiting manual actions? *Developmental Psychology*, 43(2), 417-428. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.2.417>

- Stahl, L., & Pry, R. (2005). attentional flexibility and perseveration: developmental aspects in young children. *Child Neuropsychology*, 11(2), 175-189. <https://doi.org/10.1080/092970490911315>
- Sternbach, G. L. (2000). The Glasgow Coma Scale. *The Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 67-71. [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(00\)00182-7](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(00)00182-7)
- Taylor Jenkin, Vicki Anderson, Kate D’Cruz, Alana Collins, Frank Muscara, Adam Scheinberg & Sarah Knight, & aylor Jenkin<https://orcid.org/0000-0003-2567-4514a>, b, Vicki Anderson<https://orcid.org/0000-0001-5233-3147a>, b, c, d, Kate D’Cruz<https://orcid.org/0000-0002-5155-1350e>, Alana Collins<https://orcid.org/0000-0001-7690-7395a>, b, Frank Muscara, f, Adam Scheinberg<https://orcid.org/0000-0002-9550-0803a>, d, g, and Sarah Knight. (2020, août 19). *Engaging children and adolescents with acquired brain injury and their families in goal setting: The clinician perspective*. <http://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/09602011.2020.1801470?needAccess=true>
- Traumatisme crânien. (2015, juin 2). *Traumatisme crânien | Tous à l’école*. <https://www.tousalecole.fr/content/traumatisme-cr%C3%A2nien>
- Trentham, B., & Dunal, L. (2009). Identifying Occupational Performance Issues with Older Adults: Therapists’ Perspectives. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 326-334. <https://doi.org/10.1177/000841740907600503>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e éd. entièrement revue et augmentée). Dunod.
- Van De Weyer, R. C., Ballinger, C., & Playford, E. D. (2010). Goal setting in neurological rehabilitation: Staff perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 32(17), 1419-1427. <https://doi.org/10.3109/09638280903574345>
- Van-Den-Berg, C. (2018). *Partenariat parents/ergothérapeute et processus de résilience face au handicap du jeune enfant*. 69.

- Van Tol, E., Gorter, J. W., DeMatteo, C., & Meester-Delver, A. (2011). Participation outcomes for children with acquired brain injury: A narrative review. *Brain Injury*, 25(13-14), 1279-1287.  
<https://doi.org/10.3109/02699052.2011.613089>
- Vroland-Nordstrand, K., Eliasson, A.-C., Jacobsson, H., Johansson, U., & Krumlinde-Sundholm, L. (2016). Can children identify and achieve goals for intervention? A randomized trial comparing two goal-setting approaches. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(6), 589-596.  
<https://doi.org/10.1111/dmcn.12925>
- Wade, D. T. (1999). Goal Planning in Stroke Rehabilitation: How? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 6(2), 16-36. <https://doi.org/10.1310/H3YJ-QEW4-FAVK-M16B>
- Wade, S. L., Taylor, H. G., Drotar, D., Stancin, T., & Yeates, K. O. (1998). Family burden and adaptation during the initial year after traumatic brain injury in children. *Paediatrics*, 102(1 Pt 1), 110-116.  
<https://doi.org/10.1542/peds.102.1.110>
- Warnken, E. A. (2018). *The Guide for Occupational Alliance (GOAL) in paediatric rehabilitation: A shared decision-making and measurement tool*. <https://open.bu.edu/handle/2144/32717>
- Williams Hunt, A. (2014). *An Exploration of Goal Setting in Acquired Brain Injury Rehabilitation*. University of Toronto.
- World Federation of Occupational Therapy. (2022, Janvier 24). *Client-centredness in Occupational Therapy* (<https://www.wfot.org/>). WFOT; WFOT. <https://www.wfot.org/resources/client-centredness-in-occupational-therapy>

# Sommaire des annexes

---

Annexe 1 : OT'Hope.....	76
Annexe 2 : Formulaire de réponses de l'OT'Hope - activités de la vie quotidienne.....	77
Annexe 3 : Formulaire de réponses de l'OT'Hope - Activités scolaires.....	79
Annexe 4 : Formulaire de réponses de l'OT'Hope - Activités de loisirs.....	81
Annexe 5 : Guide d'entretien.....	83
Annexe 6 : Retranscription de l'entretien de E2.....	89
Annexe 7 : Retranscription de l'entretien avec Geneviève Leveillé.....	99



# OT'Hope



Outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie dans le cadre d'une pratique pédiatrique, centrée sur la personne et ciblée sur l'occupation

## Comment l'utiliser ?

### L'enfant

Classe les cartes items selon ses propres critères :

- OUI Je sais faire
- Oui, je sais faire, avec aide
- Je ne sais pas très bien faire
- NON, je ne sais pas faire

### L'ergothérapeute

- complète la grille de réponses en fonction du classement fait par l'enfant
- Retire les cartes de la colonne « je sais faire », en valorisant l'enfant sur ses compétences
- Échange avec l'enfant pour l'aider à identifier les items qu'il aimerait mettre dans la colonne « oui, je sais faire »

=> L'enfant sélectionne les objectifs qui seront travaillés en ergothérapie



## 3 domaines, 13 sous-domaines, 135 items



- 📦 Kit avec plateau démontable pour faciliter le transport
- 🧼 Cartes et plateau lavables
- 📍 Disponible dans l'espace boutique en ligne de l'ANFE

Annexe 2 : Formulaire de réponses de l'OT'Hope - activités de la vie quotidienne

## Grille de réponses OT'hope Activités de Vie Quotidienne

NOM DE L'ENFANT: .....

OBJECTIFS CHOISIS PAR L'ENFANT:

.....

1. ....

2. ....

NOM DU THERAPEUTE : .....

3. ....

4. ....

DATE : .....

5. ....

Moi, je sais faire...			
 OUI	 OUI, avec aide	 Pas très bien	 NON

Items	Colonnes			
	1 	2 	3 	4 
<b>Productivité :</b>				
Balayer				
Compter mon argent				
Cuisiner				
Enlever la poussière				
Etendre le linge				
Faire la lessive				
Faire la vaisselle				
Faire mon lit				
Mettre la table / débarrasser				
Passer l'aspirateur				
Plier le linge				
Ranger ma chambre				
Repasser				
S'occuper des animaux				
Sortir la poubelle				
Utiliser le micro-ondes				
Vider le lave-vaisselle				

Source : <http://www.ot-hope.com/formulaires%20OtHope.html>

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
<b>Soins personnels</b>					
Aller aux WC					
Couper ma viande					
Dormir					
Eplucher un fruit					
Faire mes lacets					
Fermer mon manteau					
Gérer mon hygiène féminine					
M'épiler					
Manger/boire					
Me brosser les dents					
Me coiffer					
Me doucher					
Me faire une tartine					
Me laver le visage					
Me laver les mains					
Me maquiller					
Me moucher					
Me raser					
Me réveiller seul					
Mettre mes bijoux					
Mettre mes boutons					
Mettre mes chaussures					
Mettre/enlever mes vêtements					
Servir un verre d'eau					
<b>Déplacements</b>					
Me déplacer à roller/skate/ trottinette					
Me déplacer à vélo					
Utiliser les transports en commun					
<b>Gérer ma sécurité</b>					
Appeler les parents					
Appeler les secours					
Attacher ma ceinture					
Mettre mes protections					
Mettre mon casque					
Traverser la rue					
Utiliser une clé, un cadenas					

## Grille de réponses OT'hope Activités scolaires

NOM DE L'ENFANT: .....

.....

NOM DU THERAPEUTE : .....

DATE : .....

OBJECTIFS CHOISIS PAR L'ENFANT:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

Moi, je sais faire...			
 OUI	 OUI, avec aide	 Pas très bien	 NON

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
<i>Dans l'école :</i>					
Débarrasser mon plateau					
Écrire au tableau					
Etre délégué de classe					
Faire du sport					
Jouer à la récréation					
Lire l'heure					
Me changer pour le sport					
Me repérer dans l'école					
M'installer confortablement à mon bureau					
Ranger mon classeur					
Retrouver mes affaires dans mon bureau					
Retrouver mes affaires dans mon casier					
Tenir mon plateau à la cantine					
<i>Avec mon crayon :</i>					
Dessiner sur une feuille					
Écrire au bon endroit sur la feuille					

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
Écrire en suivant les lignes					
Ecrire lisiblement pour les autres					
Écrire une leçon sans être fatigué.					
Former toutes les lettres correctement					
Me relire					
<b>Avec mes outils :</b>					
Coller une feuille dans mon cahier					
Colorier sans dépasser					
Découper					
Gommer					
Souligner					
Tailler mes crayons					
Tracer un trait à la règle					
Utiliser un pinceau					
<b>En mathématiques :</b>					
Compter					
Poser une opération					
Tracer un carré					
Tracer un rond					
Tracer un triangle					
Utiliser mon compas					
Utiliser mon équerre					
Utiliser mon rapporteur					
Utiliser une calculatrice					
<b>Pour les devoirs :</b>					
Écrire mes devoirs dans mon agenda					
Faire mes exercices					
M'organiser pour faire mes devoirs					
Préparer mon cartable					
Relire mes cours					
Savoir quoi apprendre					
<b>Avec mon ordinateur :</b>					
Utiliser l'ordinateur à la maison					
Utiliser l'ordinateur en classe					
Utiliser l'ordinateur en évaluation					

## Grille de réponses OT'hope Activités de loisirs

NOM DE L'ENFANT: .....

OBJECTIFS CHOISIS PAR L'ENFANT:

.....

1. ....

2. ....

NOM DU THERAPEUTE : .....

3. ....

4. ....

DATE : .....

5. ....

Moi, je sais faire...			
 OUI	 OUI, avec aide	 Pas très bien	 NON

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
<i>Sports :</i>					
Courir					
Faire de la gym/danse					
Faire du badminton/tennis					
Faire du basket					
Faire du foot					
Faire du handball					
Faire du judo/karaté					
Faire du patin à glace					
Faire du rugby					
Faire du ski					
Faire du volley					
Nager					
<i>Jeux d'intérieur</i>					
Bricoler					
Ecouter de la musique					
Ecrire des histoires					
Faire des arts plastiques					

Items	Colonnes				
	1 	2 	3 	4 	
Faire des collections					
Faire des jeux de construction					
Jouer aux fléchettes					
Jouer aux jeux de société					
Jouer aux jeux vidéo					
Jouer avec des amis					
Jouer d'un instrument de musique					
Lire des histoires					
Répondre au téléphone					
<b>Jeux d'extérieur</b>					
Faire de la balançoire					
Faire du roller					
Faire du trampoline					
Faire du vélo					
Grimper aux arbres					
Jouer à la marelle					
Jouer au ballon					
Jouer au frisbee					
Jouer au palet/pétanque					
Jouer dans l'eau					
Jouer dans la neige					
Jouer dans le sable					
Sauter à la corde					
Se retrouver entre amis					

## Annexe 5 : Guide d'entretien

Ce guide d'entretien s'adresse aux ergothérapeutes utilisant l'OT'Hope auprès des enfants cérébrolésés.

Le petit guide de Mathilde :

Thème	Sous-objectifs	Question de première intention	Questions de relance
Généralités	<p>Etablir le profil de la personne interrogée</p> <p>S'assurer que la personne interrogée correspond aux critères d'inclusion</p>	Pouvez-vous commencer par vous présenter ?	<p>Depuis combien de temps êtes-vous diplômés ?</p> <p>Depuis combien de temps travaillez-vous en pédiatrie ?</p> <p>Depuis combien de temps travaillez-vous auprès des enfants traumatisés crâniens ?</p> <p>Depuis combien de temps utilisez-vous l'OT'Hope dans votre pratique ?</p>
Accompagnement du jeune traumatisés crâniens en ergothérapie	Connaitre les caractéristiques de l'accompagnement ergothérapeutique des enfants traumatisés crâniens	Comment se déroule votre accompagnement avec les enfants traumatisés crâniens ?	En tant qu'ergothérapeute, de quelle manière intervenez-vous auprès des enfants traumatisés crâniens ?
	Connaitre les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes quant à l'accompagnement des enfants traumatisés crâniens	Constatez-vous des difficultés quant à leur accompagnement ?	Racontez- moi les difficultés que vous êtes à même de rencontrer à travers l'accompagnement des enfants traumatisés crâniens ? qu'est-ce qui vous pose problème

			en tant qu'ergothérapeute à travers l'accompagnement des enfants traumatisés crâniens ?
	Identifier les obstacles à l'identification des problèmes occupationnels prioritaires des enfants traumatisés crâniens	Identifiez-vous des difficultés lors de l'identification de ses problèmes occupationnels ?	Lorsque vous cherchez à savoir les problèmes occupationnels de l'enfant, faites-vous face à des obstacles ?
L'utilisation de l'OT'Hope avec le jeune traumatisé crânien	Identifier les stratégies mises en place par l'ergothérapeute pour favoriser l'identification des problèmes occupationnels	De quelle manière palliez-vous ces difficultés ?	Mettez-vous en place des stratégies ? Utilisez-vous des outils, techniques ou méthodes spécifiques ?
	Savoir de quelle manière la personne interrogée utilise l'OT'Hope dans sa pratique	De quelle manière utilisez-vous l'OT'Hope ?	Comment se déroule généralement la passation de l'OT'Hope avec les enfants traumatisés crâniens ?
	Connaître les apports de l'OT'Hope chez les enfants traumatisés crâniens	Quels sont pour vous les intérêts de l'utilisation de l'OT'Hope avec les enfants traumatisés crâniens ?	Qu'est-ce que vous trouvez intéressant avec cet outil ?
	Connaître les limites de l'OT'Hope chez les enfants traumatisés crâniens	Quels peuvent-être, selon vous, les limites de l'outil ?	Quels sont les limites de l'outil de manière générale et plus spécifiquement chez les enfants traumatisés crâniens ?
L'utilisation de l'OT'Hope vis-à-vis d'autres outils existants	Connaitre les autres outils utilisés par l'ergothérapeute pour que l'enfant identifie ses problèmes occupationnels	Avant d'utiliser l'Ot'Hope qui est un outil récent, qu'utilisiez-vous pour permettre à l'enfant	Utilisez-vous par exemple la MCRO, l'ELADEB, le PACS etc.

		<p>d'identifier des problèmes occupationnels prioritaires ?</p> <p>Utilisez-vous d'autres outils favorisant l'identification des problèmes occupationnels ?</p>	
	Savoir si l'OT'Hope est utilisé en complémentarité d'autres outils	L'utilisez-vous en complémentarité à d'autres outils ?	Utilisez-vous seulement ce support ?
	Etant donné que la MCRO et l'OT'Hope sont tirés du même modèle conceptuel, j'aimerais savoir s'ils sont utilisés en complémentarité.	L'utilisez-vous en complément de la MCRO ?	L'utilisez-vous après avoir fait passer la MCRO à l'enfant ?
	Connaitre les apports de l'OT'Hope chez les enfants TC par rapport aux autres outils utilisés ou connus par l'ergothérapeute	Que pensez-vous de l'OT'Hope chez les enfants TC par rapport aux autres outils que vous avez cités précédemment ?	Le trouvez-vous plus pertinent ? facilite-t-il l'identification des problèmes occupationnels prioritaires ?
		Avez-vous des choses à ajouter ? des questions ?	Avez-vous d'autres remarques, réflexion sur l'intérêt de l'OT'Hope avec les enfants TC ?

*Ce guide d'entretien s'adresse aux ergothérapeutes n'utilisant pas l'OT'Hope auprès des enfants cérébrlésés.*

Thème	Sous-objectifs	Question de première intention	Questions de relance
Généralités	<p>Etablir le profil de la personne interrogée</p> <p>S'assurer que la personne interrogée correspond aux critères d'inclusion</p>	Pouvez-vous commencer par vous présenter ?	<p>Depuis combien de temps êtes-vous diplômés ?</p> <p>Depuis combien de temps travaillez-vous en pédiatrie ?</p> <p>Depuis combien de temps travaillez-vous auprès des enfants traumatisés crâniens ?</p> <p>Depuis combien de temps utilisez-vous l'OT'Hope dans votre pratique ?</p>
Objectif 1 : obstacles à l'identification des problèmes occupationnels des enfants traumatisés crâniens	Connaitre les caractéristiques de l'accompagnement ergothérapeutique des enfants traumatisés crâniens	Comment se déroule votre accompagnement avec les enfants traumatisés crâniens ?	En tant qu'ergothérapeute, de quelle manière intervenez-vous auprès des enfants traumatisés crâniens ?
	Connaitre les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes quant à l'accompagnement des enfants traumatisés crâniens	Constatez-vous des difficultés quant à leur accompagnement ?	Racontez-moi les difficultés que vous êtes à même de rencontrer à travers l'accompagnement des enfants traumatisés crâniens ? qu'est-ce qui vous pose problème en tant qu'ergothérapeute à travers l'accompagnement des enfants traumatisés crâniens ?

	Identifier les obstacles à l'identification des problèmes occupationnels prioritaires des enfants traumatisés crâniens	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de l'identification de ses problèmes occupationnels ?	Lorsque vous cherchez à savoir les problèmes occupationnels de l'enfant, faites-vous face à des obstacles ?
Objectifs 2 : identifier les caractéristiques de l'OT'Hope facilitant le processus d'identification des occupations prioritaires des enfants traumatisés crâniens ainsi que ses limites	Identifier les stratégies mises en place par l'ergothérapeute pour favoriser l'identification des problèmes occupationnels	De quelle manière palliez-vous ces difficultés ?	Mettez-vous en place des stratégies ? Utilisez-vous des outils, techniques ou méthodes spécifiques ?
	Savoir de quelle manière la personne interrogée utilise l'OT'Hope dans sa pratique	Ainsi, vous n'utilisez pas l'OT'Hope dans votre pratique de manière général ou seulement pas avec les enfants TC ?	
	Savoir quelles sont les connaissances de la personne sur l'outil	Est-ce que vous connaissez l'outil brièvement ?	Savez-vous en quoi il consiste ?
	Connaitre l'avis de la personne sur l'outil de manière générale	Que pensez-vous de l'outil ?	Quel est votre avis sur l'outil ?
	Connaitre les raisons de la non-utilisation de l'outil par la personne	Pourquoi est-ce que vous ne l'utilisez pas avec les enfants TC ?	Quelles sont les raisons qui justifie la non-utilisation de l'outil ?
	Connaitre l'avis de l'ergothérapeute sur l'utilisation de l'outil avec les enfants TC : ses apports et ses limites	Même si vous ne l'utilisez pas, pensez-vous qu'il pourrait être intéressant avec les enfants TC ? A l'inverse, qu'est-ce qui selon vous le rend moins intéressant ?	Que pensez-vous de l'outil avec les enfants TC ? Ses apports et ses limites ?

Objectif 3 : Evaluer l'impact de l'OT'Hope avec les enfants traumatisés crâniens par rapport à d'autres outils	Connaitre les autres outils utilisés par l'ergothérapeute pour que l'enfant identifie ses problèmes occupationnels	Utilisez-vous des outils pour permettre à l'enfant d'identifier des problèmes occupationnels prioritaires ?	Utilisez-vous par exemple la MCRO, l'ELADEB, le PACS etc.
	Connaitre l'avis de l'ergothérapeute sur l'intérêt de l'Ot'Hope vis-à-vis de d'autres outils	Que pensez-vous de ces outils par rapport à l'OT'Hope chez les enfants TC ?	Pensez-vous que l'OT'Hope est plus pertinent que les autres outils cités ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?
		Avez-vous des choses à ajouter ? des questions ?	Avez-vous d'autres remarques, réflexion sur l'intérêt de l'OT'Hope avec les enfants TC ?

## Annexe 6 : Retranscription de l'entretien de E2

Temps : 49 minutes 28

Mathilde : Ce que je propose pour commencer est ce que vous pouvez vous présenter. Me dire depuis combien de temps vous êtes diplômés, depuis combien de temps vous travaillez en pédiatrie et notamment auprès des enfants TC ?

E2 : Alors du coup, moi je suis diplômé depuis 2005, j'ai toujours travaillé en pédiatrie. J'ai travaillé en Alte garderie spécialisé qui accueille des enfants paralysés cérébraux mais aussi des enfants lambdas. J'ai travaillé en SESSAD moteur. Pareil paralysés cérébraux et troubles des apprentissages, on pouvait aussi avoir des jeunes avec des lésions acquises. Là depuis 2009, je travaille à xxx. Alors je travaille principalement dans le service des jeunes patho congénitales mais en fait, j'ai suivi des jeunes avec des lésions acquises (AVC, trauma crâniens ...), dans le cadre de ma thèse. Parce que je suis en deuxième année de thèse et que mon sujet de thèse se rapporte aux jeunes avec des lésions acquises.

Mathilde : ok, c'est votre recherche sur CO-OP c'est ça ?

E2 : oui c'est ça.

Mathilde : Mon sujet porte effectivement sur les enfants TC, donc c'est tout de même une population que vous pouvez être à même de rencontrer c'est bien ça ?

E2 : oui oui bien-sûr, j'ai des images etc. C'est vrai que ce n'est pas le plus gros de mon expérience mais il y a pleins de choses en communs avec les paralysés cérébraux donc oui, oui, j'ai suivi du coup des jeunes avec trauma crâniens. Même si ce n'est pas le plus gros de mon expérience, ça ne change pas grand-chose.

Mathilde : Entendu ! Mes questions seront bien-sûr centré sur les traumas crâniens. Du coup, j'aimerais savoir comment se déroule votre accompagnement auprès des TC ?

E2 : Alors c'est pareil, je vais te donner une réponse un peu particulière parce que moi du coup c'est très ciblé par rapport au sujet CO-OP. Qu'est-ce que tu voudrais savoir exactement ?

Mathilde : Comment vous intervenez auprès de cette population en tant qu'Ergothérapeute ? Comment se déroule la prise en charge d'un enfant TC ?

E2 : Donc là du coup je vais te faire une réponse très parcellaire, peut-être pas très représentative d'un suivi normal. En tout cas, là le suivi qu'on a pu faire avec les traumas crâniens, c'était pour voir si l'approche CO-OP fonctionne avec ces jeunes, parce que ça été peu étudier. CO-OP a été prouvé pour

être efficace avec pleins de populations mais ça a été peu étudié chez les jeunes qui ont un traumatisme crânien. Donc en fait moi j'ai proposé CO-OP dans ce cadre-là. Donc moi ma prise en charge est un peu particulière car, les enfants sont déjà dans le service, et ils étaient déjà suivis en Ergothérapie, pour une prise en charge globale. Pour ceux qui ont accepté, ils avaient deux séances d'Ergothérapie qui étaient jusqu'à là dans leur suivi normal, puis qui ont été dédié à CO-OP. Ainsi, au lieu d'avoir un suivi avec leur Ergothérapeute habituel, ils ont eu un suivi avec soit moi, soit deux autres E2s formés à CO-OP, dans le cadre de cette étude. Est-ce que tu connais un peu CO-OP du coup ?

Mathilde : oui oui pendant mon stage avec les enfants TC, j'ai justement pu assister aux séances CO-OP de votre projet de recherche.

Hélène : d'accord et donc c'était vraiment dans cette optique-là. Alors après CO-OP, on aurait pu leur proposer en dehors de cette étude, à travers un suivi classique. Mais du coup ma réponse est plutôt celle-là.

Mathilde : ok, est-ce que pendant que vous faisiez cet accompagnement à travers CO-OP, vous avez pu constater des difficultés particulières que vous auriez pu noter avec cette population ?

E2 : Alors c'est compliqué de répondre. Est-ce que tu pourrais préciser ta question ?

Mathilde : oui alors on va revenir à la base. Si je ne dis pas de bêtise, il me semble qu'une première étape de l'approche CO-OP, c'est de faire émerger de l'enfant ses problèmes occupationnels. Du coup, est-ce que à cette étape, vous avez pu rencontrer des obstacles, est-ce que c'était difficile ?

E2 : d'accord, alors ça peut être plus ou moins simples selon les jeunes. Les TC c'est très variable d'un enfant à un autre. Après il se trouve que je suis formé à la MCRO. Donc c'est un outil que j'ai utilisé à chaque fois, puisque de toute façon ça rentrait dans le cadre de l'étude mais qui fait partie de mon suivi d'Ergothérapeute de manière plus large. C'est vrai qu'avec la MCRO c'est beaucoup plus simple de faire émerger des occupations problématiques. Je me sers également de d'autres supports, comme l'OT'Hope, par exemple. Je maintiens un peu mon idée fixe mais j'aime bien rappeler que pour moi OT'Hope c'est un support à la discussion. Ce n'est pas un outil en tant que tel. Je l'utilise en deuxième intention, quand l'entretien menée avec la MCRO est plus complexe. Quand je vois que le jeune a besoin d'un support pour faire émerger ses problématiques. Parce que ce n'est pas toujours évident de répondre à : « qu'est ce qui te gêne dans la vie quotidienne ? ». Dans un second temps, quand l'entretien est plus complexe, j'utilise l'OT'Hope. Ça peut être encore le journal du quotidien : « voilà, fait moi un récapitulatif de tout ce que tu fais dans ta journée ». Ma dernière idée. Alors ce n'est pas en première intention non plus, parce que ce que je veux faire émerger c'est les buts de l'enfant et pas

des parents, mais je peux m'appuyer parfois sur les parents pour aiguiller, orienter, reformuler parce que parfois ce n'est pas toujours évident.

Mathilde : et chez les enfants TC, trouvez-vous qu'aux vues de leurs troubles, il peut-être plus difficile de faire émerger des problèmes occupationnels ?

E2 : Euh, je dirais que c'est très variable, encore une fois d'un jeune à l'autre. Après, je n'ai pas la prétention d'avoir une baguette magique, mais le fait d'être un peu roder à la MCRO, de jongler entre les supports comme OT'Hope, le journal du quotidien ou la famille, je ne me suis pas retrouvée confronté à des difficultés insolubles. Je n'ai pas dit que c'était facile à chaque fois, ça peut prendre du temps, peut-être même plus de temps pour les jeunes qui ont un traumatisme crânien. Ça été prouvé aussi. Il y a des études qui montrent que faire émerger des buts avec les jeunes, avec ce profil-là, de TC, ça peut-être plus compliqué. Après je ne me suis jamais retrouvé face à une situation où ça a été impossible ... enfin, si, pardon, ça m'est arrivée une fois ! Je pense que c'était une jeune qui avait une grosse anosognosie et je n'ai pas pu m'appuyer sur la famille aussi, qui pensais que tout allait bien aussi. Après, ça m'est arrivée, il y a longtemps. Je pense, que j'étais aussi moins à l'aise avec les outils.

Mathilde : Pensez-vous que l'anosognosie peut-être un frein justement à l'identification des problèmes occupationnels. ?

E2 : oui, alors ça peut-être un gros frein, c'est un sujet qui m'interpelle encore parce que je ne sais pas si ... Il y a forcément des jeunes qui ont une anosognosie on ne peut pas le nier. Après, j'ai des fois, l'impression qu'on se dit : « il n'arrive pas à identifier des problèmes occupationnels parce qu'il est anosognosique. ». Moi je me demande, si parfois, c'est parce qu'on a du mal en tant que thérapeute à faire émerger les difficultés. Je pense que parfois, on arrive un peu trop vite à cette conclusion-là, alors que peut-être parfois, on n'a pas accompagné le jeune de façon optimal pour justement que ces buts émergent.

Mathilde : Alors si j'ai bien compris, on repose parfois la « faute » sur l'enfant anosognosique ans forcément, nous remettre en question en tant que thérapeute.

E2 : oui c'est exactement ça, et puis je pense que c'est une démarche qui commence à émerger. En tant qu'Ergothérapeute, on est plus occupation centrée. Après ce n'est pas encore quelque chose qui est complètement dans les mœurs non plus ni chez les médecins, ni au niveau de voilà ... c'est une démarche que les jeunes n'ont pas l'habitude non plus. C'est-à-dire que on ne leur laisse pas souvent la parole et on ne leur laisse pas forcément non plus beaucoup, l'occasion de faire émerger ce genre de choses et donc c'est une démarche aussi ... ils arrivent des fois ils ne savent pas trop pourquoi ils

viennent, nous on est là et on leur dit quoi faire et du coup, quand on leur laisse finalement la possibilité de s'exprimer, je mets plein de gros guillemets, et bien ils sont parfois un peu décontenancés. Ce n'est pas quelque chose dont ils ont forcément l'habitude et qu'on leur laisse forcément faire, donc ce n'est pas forcément évident. C'est comme si, toi là, je te demandais : « qu'est-ce qui t'est difficile dans la vie et que t'aimerais mieux faire ? ». Bah c'est hyper difficile de répondre comme ça. Donc, je pense qu'il faut vraiment se questionner quand on a des difficultés à accompagner un jeune pour faire émerger ses buts, enfin ses occupations problématiques. En fait, c'est de savoir si c'est compliqué et bah est-ce que ce n'est pas aussi notre façon d'accompagner le jeune dans cette démarche-là qui est aussi bah pas forcément optimal ?

Mathilde : oui, je comprends bien. La difficulté ne vient pas forcément de l'enfant mais peut-être de l'Ergothérapeute ...

E2 : c'est une question qu'il faut se poser. Je n'ai pas une réponse définitive à te donner mais en tout cas, c'est une interrogation qui m'est déjà venu plusieurs fois c'est ces derniers temps.

Mathilde : C'est super intéressant, vraiment ! Du coup dans mon mémoire moi c'est vrai que je m'intéresse vraiment à l'OT'Hope comme support pour faire émerger des problèmes occupationnels des enfants TC. De quelle manière l'utilisez-vous ? parce qu'au début, vous m'avez dit que vous l'utilisiez en second temps. Comment ça se passe ? comment vous le faites passer ?

E2 : Comme je le disais il arrive dans un 2<sup>nd</sup> temps. Quand spontanément c'est trop difficile ou quand le fait juste de mener un entretien semi-dirigé avec la MCRO n'est pas suffisant, alors à ce moment-là, je propose effectivement l'OT'Hope, en lui disant : « parfois ce n'est pas forcément évident de faire le listing des choses qui sont un petit peu difficiles ». Donc, je lui présente le support en lui expliquant que c'est plein de petites images qui recouvre voilà, toutes les activités de la vie quotidienne, que ce soit à l'école, que ce soit les loisirs, que ça soit les soins personnels etc. et que ça va nous aider à réfléchir ensemble ... alors là pour le coup, dans le cadre de l'étude, j'ai fait quelque chose de plutôt exhaustif c'est-à-dire que je présentais toutes les cartes. Sauf faire un bonhomme de neige si on était en été, évidemment j'éliminais d'emblée, parce que, il faut aussi faire émerger des buts qui sont réalistes et réalisables. Mais sans me brider justement ! Enfin, en bridant, au minimum les cartes que je pouvais proposer, sauf des choses qui n'était forcément pas faisable dans le cadre de l'institution ou qui était difficilement faisable. Aussi, en éliminant les cartes qui n'ont pas forcément ... Je ne sais pas euh, m'épiler quand c'est un garçon. Puis on élimine aussi potentiellement les cartes, comme c'est des jeunes qui ont eu un traumatisme crânien, il y des activités que je ne voulais pas proposer parce que d'un point de vue médical, ce n'était pas forcément très opportun. En tout cas, je présente quasi toutes

les cartes. En prenant le temps parce qu'il y a quand même 135 cartes pour la version enfant et moi ça m'est arrivé aussi avec des ados de proposer à la version adulte, qui vient de sortir il y a peu de temps parce qu'elle est assez chouette pour les ados. Il y a encore beaucoup plus de cartes mais bon on en éliminé aussi beaucoup parce que y a plein de choses qui sont très adulte. Mais voilà, après prendre le temps de trier les cartes et les mettre dans les différentes catégories. Ça ne se fait pas forcément en une séance. Une fois que ça s'est fait j'ai tendance à déjà valoriser tout ce qui est dans la partie « oui je sais bien faire ». Après je leur propose : « Parmi toutes les cartes que tu as mises dans les 3 autres colonnes, est ce que tu veux bien me sélectionnez celle qui sont vraiment importantes pour toi, que tu voudrais améliorer. » Puis, suivant comment est le jeune suivant, on fait des tris un peu comme ça, en entonnoir. Par exemple, il m'en sélectionne 10, puis 8 et après on en sélectionne 5. Alors pour l'étude, il fallait qu'il en sélectionne 4. Après je reprends le fil de la MCRO. Je demande à les classer par ordre d'importance et puis comme ça, on les sélectionne comme ça.

Mathilde : ok, et selon vous quel peut être l'intérêt de l'OT'Hope avec les enfants traumatisés crâniens ? quels peuvent être les apports de cet outil pour faire émerger des problèmes occupationnels avec cette population ?

E2 : moi je pense que le premier intérêt c'est que ce soit un support illustré, c'est quelque chose qui en soit assez ludique, et puis assez parlant très rapidement. En plus, ça balaye quand même beaucoup de domaine de la vie quotidienne. C'est vraiment un support facile à utiliser et ludique. C'est vraiment dans ce sens-là que, pour moi, c'est vraiment un support très intéressant à utiliser.

Mathilde : ok, et avec les enfants TC et au vu des troubles qu'ils peuvent présenter, pensez-vous qu'il présente des particularités qui le rendent particulièrement intéressant avec cette population ?

E2 : alors, je ne le formulerais pas dans ce sens-là. Je dirais qu'il est particulièrement intéressant avec ces enfants pour tous les aspects que je viens de citer. Après, je dirais qu'il faut aussi faire attention à la façon dont on l'utilise avec justement les enfants qui ont ce profil. Justement du fait de leurs troubles ça peut être aussi, ils vont sélectionner plein de choses qui n'ont finalement aucun fondement derrière. Parce que voilà, ils peuvent du fait de leurs troubles adhérer aux images ou alors au contraire mettre des choses un peu à droite à gauche parce qu'ils ont des troubles de l'attention et qu'ils te mettent ça un peu dans n'importe quelle case. Aussi, parfois, du fait de leur profil, ils vont peut-être aussi avoir tendance ... ah ça, ça m'est arrivé plusieurs fois ! Par exemple, faire du vélo, Ah bah oui ça je sais faire ! Alors que je sais pertinemment que ce n'est pas possible car il a des troubles moteurs ...Il faut faire attention aussi qu'il ne se raccroche pas à leur état antérieur. Parce que parfois, justement, ils mettent les cartes en se référant à ce qu'ils arrivaient à faire avant. Donc il faut faire attention. On peut lui dire :

« je suis sûr que tu faisais super bien du vélo avant, il n'y a pas de souci mais est-ce que tu as réessayé ? est-ce que tu penses que c'est facile ? est-ce que tu penses que c'est opportun de le mettre dans la case oui etc. » donc voilà ! Je te réponds un peu différemment, j'espère que ça te convient mais voilà, c'est plus dans ce sens-là, où il faut être à mon sens, vigilant quand on l'utilise. Après il a plein d'avantages.

Mathilde : oui ça rejoint ma question d'après : quelles sont les limites de l'outil ? De ce que vous me dites, ça peut, peut-être trop orienté l'enfant ?

E2 : oui alors après à l'Ergothérapeute de voir ! C'est subtil ! Quand tu connais l'enfant un petit peu, quand tu vois comment il réagit, c'est avec l'expérience aussi que tu arrives à savoir si finalement ... même si le principe est simple de mettre les cartes dans les différentes colonnes, il faut bien s'assurer qu'effectivement il répond en se référant à son état actuel et pas à son état antérieur. Il faut aussi être bien sûr que ce qu'il sélectionne, ça soit des vraies choses qui le motive. Pas juste « Ah bah tiens, il y avait du roller, ça pourrait être cool et voilà ». Finalement, faire attention à faire en sorte que ça ne fasse pas émerger un peu des buts artificiels. Des choses qui ne serait jamais ressorti, si on n'avait pas posé ce support-là. Après, ce qu'on veut avec ce support, c'est justement qu'il puisse avoir des choses à manipuler, des idées etc. Voilà faut faire attention, après c'est l'expérience qui prévaut.

Mathilde : vous diriez qu'avec l'OT'Hope ça fait émerger plus de problèmes occupationnels qu'avec les autres outils que vous utilisez toujours chez les enfants TC ?

E2 : mmhh, Je suis en train de réfléchir à savoir dans quelle proportion je l'ai utilisé. S'il a fallu que je le sorte à chaque fois ou pas. Faudrait que je reprenne mes notes. Après je pense que c'est très variable. Quand j'avais fait mon master, j'avais justement ... alors c'était déjà CO-OP et enfants traumatisés crâniens. J'avais de voir ... alors c'était que sur 2 donc ce n'est pas du tout représentatif. Mais j'avais fait passer une MCRO et j'avais relevé le nombre de d'occupation problématique qui avait été énoncée spontanément. Puis après systématiquement, pour le coup, je leur avais proposé l'OT'Hope et j'avais relevé le nombre d'occupation qui était ressorti. Il y en avait beaucoup plus avec OT'Hope, que de manière spontanée. Je sais aussi que dans les buts qui avait été au final choisis par les 2 jeunes ... alors il y en avait un ou finalement la majorité des buts qui avait été choisis avait été issu de l'OT'Hope et pour l'autre jeune ce n'était pas le cas. Après ce n'est pas toujours représentatif. Ces deux jeunes qui avaient tous les deux un trauma crânien ... ha non, je te dis des bêtises. Il y avait un jeune TC et une jeune qui avait eu un AVC. Alors pour le trauma crânien, je pourrais vérifier si tu veux, mais la plupart des buts me semble-t-il, c'était grâce à l'OT'Hope. Après ça n'a pas grand-chose scientifique, ce n'est pas très représentatif. Encore une fois, je crois que ça dépend vraiment du profil. Je trouve que c'est

un très très bel outil, après te dire que spécifiquement avec les jeunes traumatés crâniens ça c'est indispensable je ne sais pas trop. C'est un outil top mais de là à dire que c'est indispensable à chaque fois non mais très utile quand justement on est face à une difficulté oui.

Mathilde : Trouvez-vous qu'il est plus difficile de faire émerger des problèmes occupationnels chez les enfants TC quand vous utilisez la MCRO ?

E2 : non, pas forcément ! Alors après, j'apporterai une nuance. Je dirais que c'est rare qu'ils aient aucune demande ou aucun but qui émerge. Souvent, il y a un ou deux qui émergent très spontanément. Où tu sens que l'importance est haute et qui souvent son côté avec une importance la plus la plus haute. Après parfois, si on a besoin par exemple dans mon étude CO-OP, si on a besoin d'avoir plus que 2 but là ça aide bien souvent d'introduire l'OT'Hope.

Mathilde : D'accord. J'ai lu dans la littérature que les enfants TC pouvaient présenter des troubles du langage. Dans ce cas quel outil semble plus intéressant à utiliser ?

E2 : Alors qu'est-ce que tu mets derrière troubles du langage ?

Mathilde : Trouble de la compréhension, de l'élocution etc.

E2 : ok, donc aphasie, dysarthrie etc. Alors forcément l'OT'Hope, ça aide ! Ça élimine, entre guillemets, quelque chose comme une double tâche. Parce que, c'est hyper coûteux quand on a une aphasie de pouvoir exprimer ses difficultés, s'exprimer de manière générale. Le fait de passer par l'image ça allège les difficultés. Après ça dépend aussi je pense du thérapeute. Moi qui ai l'habitude de suivre les enfants paralysés cérébraux, où ce n'est pas rare d'en avoir sans langage oral, avec une bonne compréhension par exemple. J'ai finalement l'habitude de jongler en donnant des choix, en utilisant un code de communication, en faisant ce genre de chose. Encore une fois ça dépend de l'expérience du thérapeute. Mais oui, sans aucun doute. Quand on a ce profil de jeunes traumatés crâniens avec troubles du langage, c'est un support qui est hyper intéressant ça c'est sûr !

Mathilde : ok et tout à l'heure vous m'aviez dit que vous le faites passer en plusieurs parties c'est ça ? Pourquoi ?

E2 : Alors, ça m'arrive aussi quand même de le faire en une séance. Si le jeune est super concentré, qu'il est compris le truc et que ça aille vite. Après, il y a d'autres fois où j'ai senti, en fonction aussi de ce qu'ils ont fait avant ... C'est quand même des jeunes qui sont fatigables, tant physiquement qu'au niveau de la concentration, de l'attention etc. Donc oui ça m'est arrivée de ne pas forcément tout faire

une seule fois. Après je ne laisse pas beaucoup de temps entre chaque séance pour le faire pendant qu'il est chaud mais ouais ça va arriver de pas faire une seule séance.

Mathilde : et pour la MCRO ? ça vous arrive de la faire passer sur plusieurs séances ?

E2 : oui ! c'est rare qu'on ait pu tout balayer finalement et avoir pu faire émerger les occupations problématiques, avoir pu les trier par ordre d'importance, avoir pu coter la performance, la satisfaction. Sachant que c'est des séances normalement de 45 min, après moi dans l'étude, j'avais la chance de pouvoir les accompagner sur un temps un peu plus long en une seule fois. Mais après ce n'est pas forcément opportun, puisqu'ils sont fatigués et c'est quand même quelque chose d'assez exigeant donc ce n'est pas grave si on le fait en plusieurs fois.

Mathilde : ça marche et vous diriez qu'avec la formation MCRO, c'est plus facile pour vous de faire passer l'OT'Hope ? Les deux outils étant issus du même modèle, ils sont assez liés ...

E2 : Alors oui, ils sont liés mais moi, je n'arrive pas à les mettre au même niveau. Pour moi l'OT'Hope est complémentaire de la MCRO. Mais je ne pourrais pas dire que OT'Hope, c'est un outil pour pouvoir déterminer des occupations problématiques en tant que tel. En fait, ce qui me fait dire ça c'est que je faisais passer la MCRO avant d'être formé à la MCRO. Puis, j'ai fait la formation MCRO et en fait je me dis ça n'a rien à voir. Ça nous donne des billes vraiment hyper intéressantes dans la façon dont mener un entretien, alors qu'on est Ergothérapeute, les entretiens c'est des choses auxquelles on est un peu rodés quand même, ça fait partie de notre prise en soin. Je pense que c'est quand même hyper intéressant comme formation la MCRO, et ça apporte vraiment beaucoup de choses. Et puis le fait de pouvoir réussir à mener des entretiens en étant formé à la MCRO et bien l'OT'Hope ça vient en plus. C'est un support en plus qui nous permet justement d'aboutir à une MCRO fonctionnelle, ce n'est pas le mot, mais qui tient la route.

Mathilde : OK donc si je dois vraiment retenir quelque chose c'est que, pour vous l'OT'Hope est vraiment un complément à l'entretien par la MCRO.

E2 : ouais tout à fait, c'est exactement ça. Je pense que l'un ne remplace pas l'autre. Après, je suis formatrice CO-OP, du coup, je te dis ça aussi parce que c'est des conversations qu'on peut avoir avec les gens qu'on rencontre pendant les formations et qui ont un peu ce raccourci aussi parfois de se dire : « Ah bah moi j'utilise l'OT'Hope donc chouette ». Après en fait, on se rend compte que parfois après avoir utilisé OT'Hope, la MCRO etc. on arrive à être en difficulté après. Parce que justement, ce qui est ressorti de ces différentes choses, on a du mal à aller à les transformer en but pour pouvoir les travailler

après. C'est parce que peut être, potentiellement, l'entretien n'a pas forcément été mené de manière optimale où on a ressorti des buts qui n'en était pas.

Mathilde : je ne suis pas sûr d'avoir compris votre dernière idée. Pouvez-vous me la réexpliquer s'il vous plait ?

E2 : oui, alors si je reprends un petit peu... alors là je vais parler de CO-OP mais ça pourrait fonctionner avec n'importe quoi. En tout cas dans CO-OP, le principe de départ c'est de pouvoir déterminer 3 buts, 3 occupations qui sont problématiques pour le jeune et qui vont être travaillées grâce à une approche particulière qui s'appelle CO-OP. Pour déterminer ces trois buts, on privilégie la MCRO parce que en fait CO-OP et la MCRO, c'est des outils qui ont été finalement développés en partie par la même équipe. Enfin, ce n'est pas parce qu'on utilise la MCRO, qu'on va forcément utiliser CO-OP après, mais voilà ça s'intègre vraiment là-dedans. Mais ce n'est pas obligatoire. Quand tu utilises CO-OP, tu n'es pas forcément obligé d'être formé à la MCRO, tu n'es pas obligé de l'utiliser pour formaliser les buts. Sauf que parfois, on va être en difficulté dans l'accompagnement CO-OP et on ne sait pas trop pourquoi. En fait, on se rend compte que c'est parce que les buts de départ, ont été mal définis finalement. Pourquoi ? Parce que, potentiellement, on n'a pas assez ciblé l'entretien, on n'a pas eu des billes comme la MCRO, comme OT'Hope, pour pouvoir justement déterminer un peu les choses comme ça. Par exemple, la MCRO et OT'Hope, sont utilisés pour faire ressortir des occupations problématiques, qu'on va devoir transformer en but par la suite. Par exemple, avec OT'Hope, tu vas pouvoir dire : « non je n'arrive pas à faire du vélo » mais faire du vélo c'est beaucoup trop vague. Faire du vélo en ligne droite, faire du vélo en montagne ou juste faire dix mètres de vélo dans un environnement calme et sécurisé. En fait, c'est toute une démarche déjà de pouvoir faire émerger des occupations problématiques et après de les transformer en but et après les travailler avec CO-OP ou autres choses. Tout ça pour dire qu'en fait, déterminer des occupations problématiques, avec ces enfants, ce n'est pas simple.

Mathilde : ok, oui mais effectivement il faut qu'après les objectifs deviennent Smart pour qu'on puisse les mesurer les temporalisés etc.

E2 : exactement ! on n'est pas rodé finalement aux techniques d'entretien ou à jongler avec les différents supports. Ça peut être la MCRO, l'OT'Hope, ça peut être le PACS, qui est sous forme de photo un peu vieillotte mais qui a le mérite d'exister. Ça peut être le journal quotidien ça peut être tout ce qu'on veut, il faut juste s'assurer qu'il est du sens derrière pour le jeune. Parfois on s'aperçoit aussi qu'ils vont penser être en difficulté puis finalement quand tu les mets en situation, tu te rends compte qu'ils y arrivent mais qu'ils n'avaient jamais eu l'occasion, soit ils avaient un peu peur, soit ils n'avaient jamais tenté puis quand ils essayent ça fonctionne bien. Enfin voilà il y a plein de choses à paramétrer. Alors

oui l'OT'Hope, ça fait partie de tout un panel de choses qu'on a à notre disposition pour pouvoir faire émerger les occupations problématiques et notamment chez les enfants TC.

Mathilde : Ça marche ! et bien écoutez moi j'ai posé toutes mes questions. Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

E2 : J'essaie de réfléchir à te donner un maximum d'infos qui vont potentiellement te servir. Tu vois je serais curieuse alors je ne sais pas combien de personnes t'as pu interroger où combien de personnes tu vas interroger mais tu vois je serais curieuse de savoir comment est utilisé l'OT'Hope. Parce que moi tu vois, je suis assez formaté finalement mais c'est un très très chouette outil et qui est utilisé maintenant par beaucoup de monde, je pense en pédiatrie et je serais curieuse de savoir comment il est utilisé.

Mathilde : pour l'instant, j'ai effectué un entretien avant vous et l'Ergothérapeute l'utilisait un peu différemment de vous. J'en discutait aussi avec ma maitre de mémoire, qui l'utilise aussi différemment. C'est assez variable

E2 : c'est sûr.

Mathilde : en tout cas, merci pour votre temps et vos réponses.

E2 : je t'en prie, aurevoir.

## Annexe 7 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute canadienne

47 minutes 11 secondes

Mathilde : Pour commencer, je propose qu'on apprenne à se connaître. En tout cas, vous, j'aimerais bien savoir depuis combien de temps vous exercez en tant qu'Ergothérapeute, quel est un peu votre parcours ?

ERGO CANADIENNE : Parfait ! Moi, j'ai gradué en ergothérapie en 1995 et j'ai commencé à travailler tout de suite, tout de suite, au centre de réadaptation. Ça a changé de nom parce qu'il y a eu des réformes dans le réseau de la santé, mais j'ai toujours travaillé dans la même équipe depuis janvier 1996. J'ai été engagé pour travailler avec les gens qui ont un traumatisme crânio cérébral, comme Ergothérapeute. Au début, j'ai été engagé pour 6 mois, pour remplacer le congé maternité de quelqu'un et finalement de fil en aiguille, je me suis retrouvé à remplacer une autre personne, puis une autre, ce qui fait que je suis toujours restée dans la même équipe. Puis l'équipe a grossi, ce qui fait qu'à un moment donné, j'ai eu mon poste à moi, au bout de 7 ans. J'ai eu mon poste dans cette équipe-là, puis je ne suis jamais partie. J'ai travaillé en tant qu'Ergothérapeute pendant les 12 / 13 premières années et puis là ça fait encore à peu près 12 / 13 ans, ma carrière jusqu'à maintenant ça se sépare en deux, toujours avec la même clientèle, avec les traumatisés crâniens. La première moitié comme Ergothérapeute puis là, la deuxième moitié, je la fais comme coordinatrice de l'équipe. Donc là, moi je m'occupe de tout ce qui est accueil des nouveaux référents, accueil des nouveaux patients, animer les rencontres de plan d'intervention, m'assurer que le plan d'intervention, que la personne progresse etc. Donc c'est ça mon parcours, il n'est pas très varié mais il est super riche. Puis où est-ce que le PIC est arrivé là-dedans ? La fin des années 90 à peu près, ça faisait quelques années que j'étais dans l'équipe puis j'ai été chanceuse, parce que je suis arrivée dans une équipe avec des gens d'expérience, puis là ils sont tous partis à la retraite, mais ils m'ont énormément appris de choses, m'ont énormément fait évoluer. Et ces gens se sont posés la question comment faire pour que ces patients s'impliquent plus dans la réadaptation. Parce que des fois, on fait des objectifs pour eux, on pense que c'est ça leurs besoins, parce que dans les années 90, c'était beaucoup ça, c'était, on était les experts puis on proposait ... pas on proposait, on imposait à la personne, qui était le patient puis qui acceptait les services. Puis on voyait que des fois, on proposait des interventions, le patient disait ok mais il participait plus ou moins, parce que ça ne faisait pas trop de sens pour lui. Puis à ce moment-là, on s'est dit ok, on a pris une journée en équipe, on appelait ça une journée de réflexion clinique, ou on discutait des différents thèmes en équipe, puis ce thème-là, est arrivé. Notre patron de l'époque, nous avait donné le mandat. Il nous a dit ok, je vous mandate un petit comité, de 5/6 personnes et puis réfléchissez là-dessus, sur comment faire pour que les patients soient plus impliqués dans leur réadaptation.

J'ai levé ma main, en disant j'aimerais participer, ça m'intéresse beaucoup. On a commencé à se rencontrer, il y avait un éducateur spécialisé, un orthopédagogue, 2 Ergothérapeutes, une travailleuse sociale, 2 neuropsychologues aussi. On était quand même une équipe assez variée. On a commencé à se rencontrer, on faisait des recherches sur des approches thérapeutiques, des choses comme ça et de l'est venu l'idée de l'outil PIC. Parce qu'on se disait, on a pleins d'outil d'évaluation, pleins de stratégies d'intervention en équipe, mais le patient, l'utilisateur, le client, lui n'a pas d'outil pour nous donner son opinion, pour le questionner, de là, est parti vraiment, puis c'était là un début de la montée des approches comme l'auto-détermination. On s'est vraiment inscrit là-dedans, puis à ce moment-là au Québec, il y a un modèle de plus en plus utilisé, ça s'appelle le PPH, j'est ce que tu connais ?

Mathilde : oui oui, je connais

Ergo canadienne : Ok, on s'était dit dans le fond cet outil-là, ça serait celui qui serait le plus facilement transposables quelque chose pour un patient parce que ça parle son langage, c'est les activités qu'on fait tous les jours, c'est nos habitudes de vie, c'est traduit dans un langage qui rejoint la personne. Donc voilà, c'est vraiment comme ça, en faisant des rencontres, en discutant du sujet, que nous ai venu l'idée de créer cet outil-là. Puis, je pense que la première version, brouillon, on a commencé à la travailler en 99, puis là on l'a pratiqué avec notre équipe. Puis quand on était assez content du résultat, qu'on a vu que ça fonctionnait bien. On a présenté l'outil à certains experts, de experts du PPH, des experts en troubles visuels, pour être certains que les cartes, la façon dont c'est écrit, les caractères et tout ça, ça rejoint le plus de personne possible avec des déficiences visuelles. On a proposé l'outil à différentes personnes, qui nous ont donné leurs commentaires, puis on a fait une version plus officielle, et elle a été lancée dans un congrès, de façon officielle, en 2000. A partir de là, on a commencé, a donné de la formation, avec mon collègue orthopédagogue, on était l'équipe de formateur. Puis bien-sûr, nous a continué à l'utiliser, voilà. Tout ce pour te faire la petite histoire de qui je suis, d'où je viens, comment est né le PIC.

mathilde : du coup en fait le pic, il est basé sur le modèle du PPH ?

Ergo canadienne : oui, le modèle du PPH qui présente, euh ... bah là je sais qu'il y a eu comme une nouvelle version PPH, dans les dernières années, faudrait que je la révise, je ne sais pas s'il y a exactement le même nombre de sous habitudes de vie qu'il y avait dans le premier PPH. En tout cas, dans la première version, il y avait 12 habitudes de vie, divisé en sous habitudes de vie, euh par exemple, sur le bien-être, il y avait la condition mentale, la condition physique, le respect des recommandations médicales, les soins de santé etc. Chaque habitude de vie était sous divisé, ça donnait 41 sous habitudes de vie. Donc c'est le PIC aux 41 cartes. Donc on compte vraiment toutes les sous habitudes de

vie du PPH. C'est vraiment notre base. Ce qu'on a fait, c'est qu'on a transformé, les sous-habitudes de vie en phrase. Par exemple, la sous habitudes de vie sur la qualité du sommeil, nous on fait une phrase avec. La sous habitude de vie, sur la gestion des finances, on a fait une phrase avec. Sur le travail, on a fait une phrase avec. La phrase sur le travail, c'est : j'occupe un emploi rémunéré, par exemple. C'est des phrases comme ça.

Mathilde : D'accord, mais du coup pour utiliser l'outil, il faut une formation ou tout le monde peut l'utiliser ?

Ergo Canadienne : non, il n'y pas de formation, il existe une formation mais ce n'est pas un outil standardisé, comme dire les mêmes choses au même moment et qui exige une formation pour l'utiliser. Il y a un manuel, qui explique l'outil, les étapes qu'on doit suivre quand on l'administre. Donc il n'y a pas de formation obligatoire, mais on la suggère, on suggère aux équipe d'avoir la formation parce que dans le cadre de la formation, on explique beaucoup aussi, l'esprit de cette outil-là, qui est vraiment l'outil du patient, puis on fait de la pratique avec les gens qui participe à la formation, puis on voit vraiment que quand on est un intervenant, bah on intervient, par définition, on intervient naturellement pour aider la personne, pour être au-devant d'elle, pour lui expliquer des choses, alors que l'outil Pic, son esprit et la façon dont on l'a pensé, c'est l'outil de la personne. Donc l'intervenant qui est là, ça peut être administrer par n'importe qui, n'importe quel intervenant parce que la partie la plus important, c'est au début, bien expliquer les consignes, bien expliquer l'outil et tout et après ça on laisse aller la personne parce que justement on veut qu'elle soit dans sa bulle, qu'elle puisse réfléchir et c'est pas grave si la phrase sur la carte, elle ne la comprend pas de la même façon que nous on la comprend, c'est pas grave, c'est ça justement qu'on veut avoir. Puis si ça reste très important pour elle, ça va ressortir dans ses priorités à la fin. Puis si ça ne l'est pas, ça ne va pas ressortir et ce n'est pas grave. Parce que l'outil on peut le ré administrer plus tard. Les deux endroits où l'intervenant va le plus participer, c'est au début pour expliquer puis à la deuxième partie où là on veut vraiment aller repérer les priorités, ce qui est le plus important pour la personne. C'est là aussi qu'on va intervenir plus. Mais le PIC ce que c'est en gros, vraiment, c'est la personne devant elle, comme une planche avec différents niveaux, différents niveaux d'autonomie donc ça va de : « ça fait pas parti de ma vie » après c'est « je ne suis pas capable de faire actuellement, je ne suis pas capable à cause de ma condition après ça c'est « je le fais mais j'ai besoin de beaucoup d'aide », « je le fais, mais j'ai besoin d'un petit peu d'aide », « je le fais toute seule mais ça me demande plus d'effort, de temps » et « je fais tout seul sans difficulté », on donne les cartes à la personne puis on lui demande de lire la carte et de la placer devant son niveau d'autonomie aujourd'hui. Parce qu'on lui explique vraiment au début que c'est une

photo. On fait une photo de son fonctionnement aujourd'hui là dans les derniers, ces temps-ci, comment ça fonctionne pour toi par rapport à toutes ces cartes ? puis quand la personne fini cet exercice-là, bien tout ce que la personne est capable de faire sans difficulté on l'enlève. Tout ce qui ne fait pas partie de sa vie, qu'elle n'a jamais fait, que ça ne l'intéresse pas, on l'enlève aussi, donc on garde vraiment, avant de faire ça on a un formulaire où on peut aller cocher ce qu'elle a répondu pour chacune des cartes pour le garder, nous les intervenants, puis quand on fait ça on partage la grille aux autres, parce que c'est intéressant de le comparer avec le niveau que nous on perçoit de son autonomie aussi. Après on prend les cartes qui sont plus problématique, donc celle où elle a besoin d'un peu d'aide, là où c'est plus difficile, on les prend, on les mélange toute, et on lui redonne ce plus petit paquet là. Puis on lui demande : « maintenant j'aimerais ça que tu fasses 2 piles, que tu relises les cartes et que tu fasses 2 piles. La première piste c'est les choses qui sont très importantes, les plus importantes pour toi à travailler dans les prochaines semaines, prochains mois » puis nous bien ça dépend, c'est variable mais nos plans d'intervention on les fait à intervalles de 6 semaines jusqu'à 3 mois, dépendamment de la sévérité de l'atteinte de la personne. Donc si c'est quelqu'un qu'on va réviser dans 3 mois on lui dit : « pour les 3 prochains mois qu'est ce qui est plus important pour toi à travailler » et après ça, on la laisse tranquille encore. Puis nous, on garde pour le restant de la discussion, on garde la pile des choses qui sont vraiment le plus important à travailler pour elle dans les prochaines semaines prochains mois. Si vraiment la personne a des difficultés à trier et qu'elle sort une pile de 15 cartes, bah là on peut lui demander de refaire une autre sélection en lui disant « écoute ce n'est pas en l'espace de 10 semaines qu'on travaillera sur tout ça, alors qu'est ce qui est vraiment le plus important ? » l'idéal c'est que la personne en sorte entre 3 et 6/7 priorité. Ça c'est l'idéal ! Puis après ça, bien, on a l'autre feuille où on note les priorités, puis après ça on peut noter c'est quoi la perception de la personne de ses incapacités par rapport à cette habitude de vie là. Si la personne nous met : préparer des repas par exemple. Bien « OK mais, qu'est ce qui fait qu'actuellement t'es pas capable de préparer le repas ? Selon toi, dis-moi, j'ai peut-être mon idée là-dessus, mais je veux savoir selon toi c'est quoi que tu ne peux pas faire » donc on note ce que la personne nous répond et après ça on pose la même question pour la même pour la même habitude de vie on dit : « OK mais c'est quoi les solutions pour toi ? Nous on a peut-être des solutions à proposer mais toi est ce que tu as déjà réfléchi à ça, qu'est ce qui fait que tu pourrais t'améliorer par rapport à ça ? » Là on voit vraiment si la personne est mobilisée dans sa réadaptation, si elle a des idées, parce qu'il y en a qui nous disent : « je ne sais pas, je ne sais pas ce qui pourrait m'aider. C'est vous autres les spécialistes, vous autres les experts, c'est vous qui allez me dire » puis il y a d'autres personnes qui sont très mobilisés qui vont nous dire : « moi j'ai essayé tel truc ça ne marche pas, peut être qu'une éducation ça m'aiderait, peut être que de faire tel changement ça m'aiderait » bien là on voit bien à ce moment-là que ces gens-là sont déjà pas mal mobilisés ça nous donne

une bonne idée d'où est rendu la personne dans son cheminement. Parce qu'il y a des gens qui nous arrivent, surtout les gens qui ont un trauma crânien plus léger, des fois ils nous arrivent au programme, ça fait presque un an qu'ils ont eu leur trauma crânien, donc il y en a forcément qui ont essayé plein de choses des choses, qui ont fonctionné, pas fonctionné, ils ont essayé de retourner au travail ça n'a pas marché, mais ils ont leur idée que c'est important de savoir où est-ce qu'ils en sont par rapport à tout ça.

Mathilde : c'est hyper intéressant, mais du coup, fin moi je travaille sur les enfants traumatisés crâniens, mais vous, vous n'avez jamais travaillé avec les enfants c'est ça ?

ERGO CANADIENNE : et non jamais mais j'ai une amie et une sœur qui ont travaillé avec les traumatisés crâniens enfant ... c'est où que tu fais ton stage là ?

Mathilde : je fais mon stage à Montréal au centre de service scolaire pointe-de-l'île. Je suis dans 3 écoles.

ERGO CANADIENNE : A en milieu scolaire oui oui ok ! Eh bien ma sœur et ma bonne amie sont à au centre de réadaptation Marie Enfant. C'est un gros centre de réadaptation pour les enfants 0 à 18 ans et c'est rattaché avec l'hôpital sainte Justine. Donc ils voient beaucoup des enfants qui ont des traumas crâniens et ils les suivent pendant plus longtemps parce qu'ici au Québec la façon dont s'est organisé les services pour les gens qui ont un trauma crânien euh, les enfants vont avoir un suivi à long terme parce qu'ils sont en développement donc s'ils ont leur trauma crânien à l'âge de 5 ans bah on va continuer à les suivre dans leur développement. Les adultes eux c'est plus défini dans le temps. Ils vont avoir une réadaptation puis après ça on met fin à la réadaptation. Il y en a certains qui reviennent dans nos programmes parce que leur situation de vie a changé, ils se sont séparés, ils ont changé d'emploi, des jeunes qui étaient chez leurs parents mais là qui veulent s'en aller en appartement, donc tu sais on va des choses qu'on va pouvoir les reprendre en réadaptation mais les enfants c'est ça beaucoup plus long terme qui sont suivis.

Mathilde : oui c'est vrai, en fait moi, j'ai fait un stage avec les enfants traumatisés crâniens c'est pour ça que ça m'est venu l'idée de ce mémoire et en fait moi j'avais remarqué que justement on tend en ERGO CANADIENNE thérapie vers une approche où on va être plus centrée sur le client et du coup il faut les amener à ce que eux expriment leurs besoins, mais c'est vrai qu'avec les enfants traumatisés crâniens c'était très compliqué parce qu'ils avaient aussi beaucoup de troubles qui faisait que ça les empêchait d'exprimer leurs besoins par exemple, l'anosognosie ou le fait qu'il soit fatigable et qu'il

des troubles attentionnels etc. et du coup moi je me demandais c'est quoi pour vous, les caractéristiques de l'outil pic qui sont particulièrement intéressants chez la population des traumatisés crâniens ?

ERGO CANADIENNE : d'abord, on a bâti le PIC pour que les phrases soient simples. Ce n'est pas un texte que la personne va lire là, c'est vraiment une phrase assez simple d'une ou 2 lignes. Ça déjà pour le trauma crânien c'est un facilitant. La mécanique est assez simple hein, on lit une phrase, on place ça devant un niveau de difficulté. Pour certaines personnes, on a déjà transformé le niveau de difficulté en chiffres. C'est plus facile pour eux à comprendre. On mettait disons un c'est que t'es pas capable puis 5 t'es capable. On peut le transformer comme ça pour que ce soit plus simple pour eux. Il y a un programme aussi dans notre centre de réadaptation pour les gens qui ont fait un AVC. Eux ils ont transformé les niveaux de difficulté en pictogramme.

Mathilde : Ah ouais, génial !

ERGO CANADIENNE : Je suis allé donner une formation récemment, au mois d'octobre je pense, je ne sais pas si vous connaissez pour les traumatisés crâniens les maisons Martin matte ?

Mathilde : non ça ne me dit rien.

ERGO CANADIENNE : ok, c'est des maisons comme des milieux de vie pour les gens qui ont eu un trauma crânien et qui sont plus jeunes, il y a des gens dans la quarantaine cinquantaine trentaine qui vivent là. C'est leur milieu de vie. Ils vivent ensemble puis ils ont des intervenants qui travaillent avec eux. Donc je suis allée donner une formation dans une des maisons martin-matte récemment et eux il y avait l'idée, parce que les gens qui sont là c'est des gens qui ont des lourdes atteintes. Eh bien, leur idée c'était de transformer la planche en feu de circulation, tu sais vert, jaune, rouge. Vert ça va très bien, jaune j'ai besoin d'aide puis rouge je ne suis pas capable. Je trouve que c'est une bonne idée ! C'est possible d'adapter ça pour que ça convienne le plus possible aux traumas crâniens. Nous comme on a beaucoup de trauma crânien légers, le mode de lecture phrase simple, ça fonctionne bien. Donc, pour la clientèle des traumas crâniens légers, c'est bien adapté. Pour la clientèle qui est plus fatigable, l'outil se fait très bien en 2 parties. Quand on peut le faire en une partie, on le fait mais il se fait très bien en 2 parties. Donc, on fait la première partie où il regarde les cartes et les place devant ses niveaux de difficulté, on cote ça et on peut arrêter là, prendre une pause, où revenir le lendemain ou une autre journée. Puis à ce moment-là bon on lui redonne les cartes, on sélectionne les cartes qu'il avait gardé, qui était plus difficile et on refait la 2<sup>e</sup> partie sur les priorités une autre fois.

Puis une autre chose aussi qui est intéressante pour les gens qui ont un trauma crânien, pour éviter que ... Parce que tu as un moment donné quand ils ont des difficultés attentionnelles, ils vont comme devenir, comme moins attentif et plus fatigué puis il risque de faire ça plus machinalement. A un moment donné, ils se mettent à mettre des cartes et à faire ça vite. Ce qu'on a fait c'est que, on a déterminé un ordre pour les cartes. Puis on donne toujours les cartes dans le même ordre. Elles sont numérotées et on les donne toujours dans le même ordre. Puis on s'assure que pour une habitude de vie comme les déplacements disons, bien on s'assure que les 3 cartes de déplacement ne soient pas les unes après les autres. Il va y en avoir une au début, une vers le milieu, une vers la fin, pour obliger la personne à se reposer la question 3 fois, sur ses déplacements. Pour essayer de stimuler le plus possible une réponse qui va être la plus valide possible. On a établi un ordre aléatoire de carte qui est toujours le même, parce qu'on donne toujours les cartes dans le même ordre.

Mathilde : ok d'accord, et pour les personnes traumatisées crâniennes qui ont par exemple des troubles du langage est ce que ça pose problème ou est-ce que ça marche bien quand même l'outil PIC ?

ERGO CANADIENNE : Nous nos critères d'exclusion là, les gens à qui on n'administre pas l'outil c'est ; les gens qui sont aveugles, qui ont une déficience visuelle, on ne le recommande pas. Les gens qui sont très aphasiques, qui ont une lecture très difficile, on ne le recommande pas non plus. Quand la communication est très difficile aussi, on ne le recommande pas et on ne le recommande pas pour les gens qui sont là de façon très ponctuelle. Parce que pour faire le PIC, il faut qu'il y ait un cheminement, faut qu'on puisse travailler sur un petit bout de temps avec la personne. Quelqu'un qui ne sait pas lire on ne va pas le faire. On peut toujours le faire en accompagnant la personne mais là, l'outil va perdre un peu de son sens. Si pour chaque carte il faut tout réexpliquer, faut traduire ou tout ça, c'est mieux à ce moment-là de questionner la personne directement sur c'est quoi qui est important pour elle. Au programme AVC toujours euh, ils ont fait des pictogrammes aussi pour les habitudes de vie donc c'est intéressant. Ils ont fait quelqu'un qui fait la cuisine, quelqu'un qui conduit dans sa voiture, qui dort et les gens peuvent mettre les pictogrammes pour les enfants ça serait intéressant aussi.

Mathilde : oui bah moi l'OT'Hope, parce que je fais mon mémoire dessus, en France on l'utilise et c'est vrai que c'est des pictogrammes et du coup c'est hyper imagé et ludique pour les enfants.

ERGO CANADIENNE : oui exact, exact ! Puis tu sais si quelqu'un le fait avec des pictogrammes et bien à ce moment-là par rapport à ses priorités bien, il ne pourra peut-être pas nous expliquer dans le détail c'est quoi les raisons qui font que c'est perturbé ou c'est quoi ces solutions, mais au moins il va pouvoir

nous ressortir qu'est-ce qui est important pour lui. Ça c'est intéressant ! L'enfant aussi va être capable de dire qu'est ce qui est important pour lui.

Mathilde : oui et d'ailleurs ça me fait penser, pour les patients qui sont anosognosie, qui n'ont pas de conscience de leur trouble ça se passe comment ?

ERGO CANADIENNE : c'est drôle parce que oui on a des patients anoso, les gens qui ont un trouble sévère, il y en a certains qui sont anoso puis ce qui était particulier, ça fait longtemps que je l'ai pas vu, il faudrait revérifier mais, ce qui était particulier dans les premières années c'est que chaque fois qu'on administrait l'outil à quelqu'un qui était anoso, on avait toujours le même portrait c'est-à-dire 38/39 cartes dans la colonne, je le fais tout seule sans problème et 2 ou 3 cartes dans c'est plus difficile ou j'ai besoin d'aide. Par exemple, quelqu'un qui était chauffeur d'autobus ou qui était professeur, puis que là ils travaillent plus, quand il arrive à la carte : « j'exerce un travail rémunéré », il ne pouvait pas dire je le fais comme avant, c'était c'est bien évident ! Il y avait toujours 2 ou 3 cartes que la personne avec comme pas le choix de placer dans je ne suis pas capable. Donc ça nous donnait quand même une petite porte pour dire : *« écoute si tu es en réadaptation, ce n'est pas pour rien. Ce n'est pas parce que tout va bien. Il y a quand même quelques choses que tu ne peux pas faire actuellement. C'est évident qu'en ce moment, tu ne peux pas conduire mais pour éventuellement être capable de conduire, est ce qu'on peut se faire des étapes avec toi ? »*. Ça nous permettait d'ouvrir la conversation tu sais, même si c'est 2/3 petites cartes ? Ça nous permettait d'ouvrir la conversation sur : *« ça serait quoi les étapes préalables pour te rendre là ? ok tu peux te rendre là, on va se rendre mais on va se faire des étapes avant, puis on va avancer dans ces étapes-là etc. »*.

Mathilde : oui et puis je me dis aussi parfois, que de faire ce qu'ils veulent et de voir que en fait ils ont des difficultés d'être confrontés par la suite à leurs difficultés ça peut aussi par la suite les aider à réaliser et c'est vrai que c'est comme vous dites une petite porte d'ouverture pour aller creuser plus en profondeur quoi.

ERGO CANADIENNE : oui parce que souvent ces gens-là quand on leur demandait d'embarquer dans nos interventions qu'on proposait, bien souvent on se faisait mettre des bâtons dans les roues, parce qu'il nous disait bien, je ne veux pas faire ça, ça ne sert à rien je suis capable. Ça ne me sert à rien de venir ici essayer tes exercices à l'ordinateur ou tes affaires, je suis capable de le faire. Tu sais, c'était difficile de les embarquer dans quelque chose alors que là quand c'est eux-mêmes qui ont mis la carte dans : je ne peux pas le faire, bien ça nous ouvre la porte pour discuter. Discuter pourquoi la personne est en réadaptation. Donc c'est intéressant tout ça, peu importe la carte qu'ils mettent, on ouvrait la discussion comme ça.

Mathilde : oui c'est vrai mais du coup, avant que le PIC soit créé vous utilisiez quoi pour faire émerger ...

ERGO CANADIENNE : questions ! Questions réponses ! Puis là on avait quelques petites grilles d'intérêt disons. On demandait : « qu'est-ce que tu aimes faire dans ta vie avant ton accident ? c'est quoi tes activités physiques préférées ? C'est quoi tes loisirs préférés ? tu aimais faire de la natation, est-ce que tu aimerais ça en faire encore ? Ah oui on y allait vraiment comme ça mais on n'avait rien de concret là.

Mathilde ; d'accord, vous n'utilisiez pas par exemple la MCRO ?

ERGO CANADIENNE ; Non ! Comme Ergothérapeute moi je ne l'ai jamais utilisé. Pourtant, on l'avait étudié tu sais quand j'étais aux études mais moi je l'utilisais vraiment comme plus comme un canevas de réflexion, d'analyse de l'occupation de la personne, de son rendement mais je ne l'utilisais pas tant que ça pour aller chercher ses priorités et tout.

Mathilde : ok donc vous voyez quand même ce que bien ce que c'est la MCREO ?

ERGO CANADIENNE : oui oui

Mathilde : et du coup vous en pensez quoi chez les traumatisés crâniens ?

ERGO CANADIENNE : ba du coup dans la MCRO, il n'y a pas de support, c'est plus des questions et aussi ce qu'il y avait au Québec et qui était pas mal, et assez utilisé, c'est la MHAVIE. Mais ça encore là, c'était un questionnaire à compléter par les intervenants sur le rendement de la personne. Ce n'était pas la personne. C'est sûr que la personne pouvait nous dire, c'était des questions qu'on lui posait disons, comment ça se passe pour préparer des repas ? bien, ça se passe bien, mal, j'ai de la misère... Ok est ce que t'es satisfait de la façon dont tu prépares des repas ? oui, non ... Mais c'était vraiment une question réponse. Puis nous, ce qu'on voulait c'est que la personne elle son moment toute seule, à réfléchir, à manipuler des choses, à avoir une vue d'ensemble. Parce que les traumatismes crâniens, quand tu fais un questionnaire, question réponse, bah, au bout de 10 questions, ils se rappellent plus ce qu'ils ont répondu à la première question. Alors que quand on fait le PIC, visuellement, devant eux il y a leur carte puis il y en a beaucoup qui réagissent positivement ou négativement : « Oh my god, je ne pensais pas que j'étais autant atteint, qu'il y avait autant de choses qui n'allaient pas bien. Ou au contraire, si je suis capable de faire plein de choses tout seul quand même. Tu sais j'ai des difficultés mais il y a quand même des choses qui fonctionnent bien ». C'est encourageant ! Donc l'élément visuel, la feuille de priorité là pour nous c'est super important. Puis ça n'existait pas dans l'autre mesure des habitudes

de vie, il n'y avait pas de feuille de priorité avec les forces avec les solutions tout ça. On trouvait ça super intéressant ! Puis, cette feuille, on la donne à la personne. On dit : « ça c'est à toi, c'est ton outil à toi. On va partir de ça pour faire un plan d'intervention parce que ça, c'est ton outil. Nous on a nos évaluations, nos questionnaires, on va faire ça de notre côté et on va considérer ce que nous on a évalué. On va considérer toi ce que tu nous apportes puis on va faire un plan d'intervention avec ça ».

Mathilde : ok ouais je vois très bien c'est vrai que ça ressemble vraiment à l'OT'Hope, plus vous m'en parlez plus ça ressemble.

ERGO CANADIENNE : eh bah Caroline Giroux, qui a conçu votre outil, a travaillé avec nous.

Mathilde : mais non ! C'est incroyable je ne savais pas du tout !

ERGO CANADIENNE : oui, elle a travaillé avec nous et utilisait l'outil PIC souvent dans son programme avec ses propres patients. C'est sûr qu'elle s'est inspirée beaucoup de ça pour créer l'autre outil. Parce que c'était vraiment était là, elle était à côté de nous. Elle travaillait au programme AVC, nous on était au programme TCC, mais on collaborait donc elle connaissait très bien l'outil PIC.

Mathilde : effectivement maintenant que vous me le dites ça semble évident. Ouais mais c'est super c'est vrai que moi quand je l'ai utilisé en stage, je trouvais qu'il aidait beaucoup les enfants à faire émerger leurs difficultés par rapport à la MCRO où il n'y avait pas de support comme vous dites où c'était difficile ou même juste des questions et c'est vrai que faire émerger leurs difficultés occupationnel ça les engage vraiment dans la rééducation et la réadaptation.

ERGO CANADIENNE : oui ça leur donne un objectif, un but à atteindre. Souvent le but à atteindre, les gens vont dire moi je veux reprendre mon travail. Ok, on est avec toi pour reprendre ton travail. Mais il faut d'abord que « *tu sois capable de gérer ton horaire, soit capable de te lever le matin, préparer et être à l'heure, faut que tu sois capable de prendre une note efficace etc.* » ça nous permet de décortiquer puis de numéroter toutes les étapes qui vont nous amener là.

Mathilde : et moi en stage, j'ai fait passer l'OT'Hope et je me souviens d'un enfant qui me disait : « moi je veux faire du quad ! ». C'est vrai que le quad ce n'était pas dans les petites cartes de l'outil. Je me dis heureusement que lui, il l'a évoqué comme ça parce que c'est vrai que parfois je me dis les cartes elles peuvent limiter l'exploration d'autres occupations. Est-ce que vous aussi vous avez ressenti ça avec l'outil PIC ?

ERGO CANADIENNE : Pas tellement. Parce que par exemple la carte sur la conduite, on a mis ça super large. La carte c'est : j'utilise des moyens de transport (auto, transport en commun, vélo ça aurait pu

être le quad aussi) Tu sais, on met des exemples entre parenthèses, donc la personne si ça c'est important pour elle, elle à l'idée en arrière de la tête. Est-ce que c'est auto, vélo, quad ? Puis si elle le sort dans ses priorités, elle va pouvoir nous expliquer : « Ok, t'as sorti cette carte-là, c'est quoi pour toi ta priorité par rapport à ça ? La personne va dire, moi je voudrais recommencer à conduire ma voiture, je voudrais être capable de prendre le métro. » Conc elle va nous le dire et c'est comme ça qu'on l'écrit nous. on écrit vraiment ce que la personne nous dit, pas ce qui est écrit sur la carte, mais vraiment, ce qui fait du sens pour elle.

Mathilde : ah oui c'est vrai qu'avec L'OT'Hope, les cartes sont beaucoup plus précises. Il y en a aussi beaucoup plus et du coup enfin moi avant je présélectionnés les cartes, parce qu'il y en a tellement qu'on ne peut pas toutes les donner à l'enfant. C'est pour ça qu'il faut bien aussi apprendre à connaître l'enfant avant de faire passer l'outil, est ce que vous aussi vous vous avez un petit temps ...

ERGO CANADIENNE : oui, nous on attend toujours ! On l'administre juste avant le premier plan d'intervention. Le premier plan d'intervention arrive à peu près un mois après que la personne a commencé. Donc il faut avoir une bonne relation de confiance, bien que la personne soit à l'aise de discuter pour s'ouvrir sur ses priorités.

Mathilde : oui je suis d'accord, je trouve ça hyper important. Ok, en tout cas vous avez répondu à toutes mes questions

ERGO CANADIENNE : super, ça m'a fait plaisir d'en parler

Mathilde : en tout cas merci beaucoup pour votre temps et vos réponses

ERGO CANADIENNE : ça me fait plaisir, si tu as d'autres questions, n'importe quoi, tu me rappels, tu m'envoie un courriel, il n'y a pas de problème.

Mathilde : ça marche, c'est gentil, aurevoir

# Résumé

---

**Titre :** L'impact de l'OT'Hope auprès du jeune traumatisé crânien : un moyen de favoriser l'identification de leurs problèmes occupationnels prioritaires

**Résumé :**

Accompagner le jeune traumatisé crânien à travers l'identification de ses problèmes occupationnels prioritaires peut s'avérer difficile pour les ergothérapeutes en centre de réadaptation, notamment à cause de la présence de déficiences relatives au traumatisme crânien. Etant donné que l'établissement d'objectif par l'enfant fait partie intégrante de l'approche centrée sur le client en ergothérapie, comprendre comment faire participer l'enfant traumatisé crânien à ce processus est impératif. Afin de les aider dans cette démarche, les ergothérapeutes utilisent des outils. L'OT'Hope, est un outil d'autodétermination d'objectif utilisé avec toute population pédiatrique. Cependant, au vu des recherches théoriques, il semble particulièrement intéressant à utiliser avec les jeunes traumatisés crâniens. C'est pourquoi, l'objectif de ce mémoire est d'évaluer la plus-value de l'OT'Hope avec les enfants cérébro-lésés, au regard des autres outils existants en ergothérapie. Ainsi, l'hypothèse émise est que L'OT'Hope est un outil à privilégier chez les enfants traumatisés crâniens pour les aider à identifier leurs problèmes occupationnels prioritaires en soins de suite et de réadaptation.

Pour vérifier cette hypothèse, des entretiens semi-directifs auprès de quatre ergothérapeutes ont été réalisés.

Les résultats de l'enquête montrent un intérêt à l'utilisation de l'OT'Hope avec les jeunes traumatisés crâniens. Néanmoins, il est établi que l'OT'Hope est pertinent avec les enfants traumatisés crâniens si et seulement si, son utilisation respecte certaines conditions. De plus, les limites de l'étude ne nous permettent pas d'être formel. Cette étude pourrait être l'introduction d'une recherche comparative menée sur le terrain. Finalement, l'hypothèse initiale ne peut être que partiellement validée.

**Mots clés :** Traumatisme crânien, Problèmes occupationnels prioritaires, OT'Hope, MCRO, ergothérapie

# Abstract

---

**Title:** The impact of OT'Hope with traumatic brain injury children: a way to facilitate the identification of priority occupational problems

**Abstract:**

Goal setting with children following a traumatic brain injury is challenging for occupational therapists in rehabilitation centres, due to the presence of traumatic brain injury (TBI) related impairments. Given that client participation is a major part of a client-centred approach, understanding how to engage TBI children in this process is imperative. In order to help them, Occupational therapists use different tools. The OT'Hope is a self-determining goal setting tool used with any paediatric population. However, based on theoretical research, it seems particularly interesting to use with young TBI children. Hence, the aim of this dissertation, is to evaluate the added value of OT'Hope with children with TBI compared to other existing tools in occupational therapy.

Thus, the hypothesis is that the OT'Hope is a preferred tool to use with children with traumatic brain injuries to help them identify their priority occupational problems in rehabilitation centres.

To verify this hypothesis, semi-directive interviews were conducted with four occupational therapists. Our analysis shows a benefit in using the OT'Hope with young people with TBI. Nevertheless, it is established that OT'Hope is relevant with children with TBI if and only if, its use meets certain conditions. In addition, the limits of the study do not allow a categorical conclusion. This study can be the opening to a comparative field research. Finally, the initial hypothesis can only be partially validated.

**Keywords:** Traumatic Brain Injury, priority occupational problems, OT'Hope, COPM, Occupational therapy