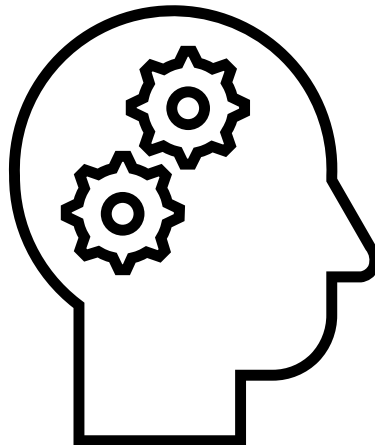


L'intervention en ergothérapie dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle des personnes traumatisées crâniennes apathiques ayant déjà eu un passé professionnel



**Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6 et en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute.**

Présenté par : Apoline GIROUD-BIT

Maître de mémoire : Charlène GROSJEAN



## 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'étudiante 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'étudiante 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'étudiante est aidée 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'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je soussignée, GIROUD-BIT Apoline étudiante 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 informée 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 30/05/2022

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 particulièrement ma maîtresse de mémoire, Madame Charlène Grosjean pour son accompagnement tout au long de cette année de travail, pour m'avoir écouté, conseillé et soutenu ainsi que pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie également Monsieur Simon Gadeyne et Madame Anaïs Villaume, mes référents en méthodologie, pour leur accompagnement et leurs conseils qu'ils ont pu m'apporter. Je tiens à remercier toute l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie de Créteil et notamment Monsieur Christophe Durand pour son accompagnement et son soutien durant ces trois années d'études.

Je tiens à remercier tous mes camarades de promotion et mes amies de promotion pour leur soutien, leur écoute et leur bonne humeur durant ces trois années.

Je souhaite remercier ma famille pour m'avoir soutenu, encouragé et accompagné durant ces études et ce mémoire.

Enfin, je souhaite remercier tous les ergothérapeutes ayant participé de près ou de loin à mon étude, pour leur temps, leur disponibilité et leurs conseils.

*« La victoire sur soi est la plus grande des victoires. »*

Platon

## Liste des sigles

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**AVP** : Accident de voie publique

**AVQ** : Activité de Vie Quotidienne

**BENQ** : Batterie d'Evaluation du Nombre au Quotidien

**CAJM** : Centre d'Activités de Jour Médicalisé

**CRFTC** : Centre ressources francilien du traumatisme crânien

**CRS-R** : Coma Recovery Scale – Revised

**ESAT** : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail

**ESRP** : Etablissement et Service de Réadaptation Professionnelle

**ESPO** : Etablissement et Service de Pré Orientation

**GEM** : Groupe d'Entraide Mutuelle

**GMT** : Goal Management Training

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**LCR** : Liquide Céphalo Rachidien

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**MIF** : Mesure d'Indépendance Fonctionnelle

**MPR** : Médecine Physique de Réadaptation

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**RQTH** : Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé

**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

**SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

**TC** : Traumatisme Crânien

**UEROS** : Unité d'évaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale et professionnelle

**WHIM** : Wessex Head Injury Matrix

# Sommaire

Introduction .....	1
<b>Partie conceptuelle</b> .....	<b>3</b>
1- De l'accident au service MPR .....	3
1.1 Définition du traumatisme crânien .....	3
1.2 L'accident .....	4
1.3 Les urgences .....	4
1.4 La réanimation .....	5
2- Du service MPR jusqu'à la réinsertion .....	7
2.1 Le service MPR .....	7
2.2 Les structures de réinsertion .....	16
3. La réinsertion socio-professionnelle .....	17
3.1 La réinsertion sociale .....	18
3.2 La réinsertion professionnelle .....	19
4. La prise en charge en ergothérapie .....	20
4.1 Le modèle conceptuel .....	20
4.2 Le processus de remotivation .....	22
<b>Partie Expérimentale</b> .....	<b>24</b>
1- Méthodologie de l'enquête .....	24
1.1 Objectifs de l'enquête .....	24
1.2 Population .....	25
1.3 Outils .....	26
1.4 Limites de l'entretien semi-directif .....	27
1.5 Construction de guides d'entretiens .....	28
1.6 Paramètres environnementaux .....	29
2- Présentation des résultats .....	29
2.1 Résultats bruts d'analyse .....	29
2.2 Analyse des résultats .....	37
3- Discussion .....	43
4- Intérêts et limites de l'étude .....	46
4.1 Intérêts de l'étude .....	46
4.2 Limites de l'étude .....	47
Conclusion .....	48
Bibliographie .....	49
Annexes .....	496



## Introduction

En France, le taux d'incidence est de 281 / 100 000 de nouveaux traumatismes crâniens par an (Santé-Public-France, 2016). Cela représente un chiffre important et indique qu'un traumatisme crânien peut survenir à tout moment. Ces chiffres m'ont touché et m'ont permis d'éclaircir mon choix sur le sujet de mon mémoire. En effet, il m'était difficile de me projeter sur un sujet de mémoire. J'hésitais entre plusieurs populations dont l'objectif commun était la réinsertion socio-professionnelle car il s'agit, à mon sens, quelque chose de très important dans la reconstruction de soi après un grave accident. Après réflexion, j'ai donc choisi la population des traumatisés crâniens adultes. J'ai pu prendre cette décision grâce à un stage que j'ai réalisé lors de ma deuxième année de formation en ergothérapie. J'ai pu le faire au sein d'un centre de suivi et d'insertion pour enfants et adolescents. Ce centre y accueille des patients cérébrolésés souffrant de pathologies telles que les traumatismes crâniens, les syndromes de bébé secoués ou encore des tumeurs cérébrales. Sachant qu'il y a plusieurs niveaux de gravités lors d'un traumatisme crânien que je détaillerai ultérieurement, la plupart du temps les patients avaient un traumatisme crânien sévère et avaient des séquelles importantes. Lors de la prise en charge de ces jeunes patients dans l'insertion dans la vie professionnelle, j'ai pu constater les difficultés que cela engendrait. Je me suis ainsi demandé quelles étaient les difficultés rencontrées lorsque le patient possède déjà un passé professionnel avant son accident et comment y pallier.

En effet, seulement 20 à 50% des personnes traumatisées crâniennes graves réussissent à reprendre leur ancienne profession, mais leur avenir professionnel au même poste peut être compromis. De plus, certains métiers peuvent ne pas être envisagés tels que les métiers à responsabilité et à prise de décision dû aux troubles qui sont associés au traumatisme crânien. Le projet professionnel peut donc être modifié après l'accident et donc il faut également effectuer un travail de deuil de l'ancienne profession pour le patient (Ait-Ali, Hennon, Huguenin, & Rossignol, 2001). Les troubles qui sont associés le plus souvent au traumatisme crânien grave peuvent être classés sous différentes catégories comme les troubles du comportement, les troubles cognitifs, les troubles du langage, les troubles psychiatriques ou encore les troubles neurologiques (Delcey, 2016). Parmi ces troubles, l'apathie m'a fortement interpellé. En effet il me semble très compliqué de pouvoir se réinsérer dans la société si la personne souffre d'apathie. L'apathie est un trouble de la motivation (HAS, 2014). Il sera davantage détaillé par la suite. De plus, l'apathie touche de 20 à 71 % des traumatisés crâniens sévères donc ce n'est pas un trouble à négliger (Santé-Public-France, 2016). Dans le cadre d'une réinsertion socio-professionnelle, cela peut être un frein dès le début. Si la personne manque de motivation, l'investissement et la progression risque d'être compromis. En effet, la motivation joue un rôle important dans les actes de la vie quotidienne et selon Céline Darnon, maître de conférences en psychologie, « *la motivation peut être définie comme le processus psychologique responsable du déclenchement, du maintien, de l'entretien ou de la cessation d'une conduite* » (Darnon, s.d.). À la

suite de toutes ces recherches, l'étude de la réinsertion socio-professionnelle des personnes traumatisées crâniennes apathiques m'a alors beaucoup intéressée. Je me suis demandée si dans ce cas, l'ergothérapeute pouvait intervenir et de quelle manière étant donné que c'est une occupation signifiante, comment peut être pris en charge ce trouble et peut-il être atténué ou encore comment déclencher la prise d'initiative d'une personne apathique. Pour répondre à tous ces questionnements j'ai dégagé la problématique suivante :

**Par quelles actions thérapeutiques l'ergothérapeute peut-il intervenir auprès des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle ?**

Dans un premier temps, les informations théoriques seront exposées. Pour que cela soit le plus compréhensible possible, le parcours de soin du patient nous permettra de suivre au mieux les différentes étapes de ce mémoire d'initiation à la recherche. Nous commencerons par l'accident jusqu'au service de rééducation en passant par les urgences et la réanimation ainsi que la prise en charge en ergothérapie aux différentes étapes du suivi. Ensuite, le concept de la réinsertion socio-professionnelle sera développé ainsi que la prise en charge en ergothérapie. Dans un second temps, j'exposerai mon hypothèse. Pour finir, la méthodologie de travail sera mise en parallèle avec la partie théorique et la pratique. Puis, les résultats obtenus seront analysés et interprétés.

## Partie conceptuelle

### 1- De l'accident au service MPR

#### 1.1 Définition du traumatisme crânien

D'après le CRFTC (Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien), « *le traumatisme crânien est une altération de la fonction cérébrale ou autre évidence de pathologie cérébrale causée par une force extérieure* » (Jourdan, 2015).

Le cerveau est protégé grâce à trois éléments :

- Les os du crâne qui protègent des chocs
- Les méninges, qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière qui protègent des blessures et des infections
- Le LCR (Liquide Céphalo Rachidien) qui a un rôle d'amortissement contre les chocs et d'isolant.

(Un organe bien protégé, s.d.)

Nous distinguons deux types de systèmes nerveux. Le système nerveux central, qui composé du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière et des racines nerveuses. Il reçoit, enregistre et interprète toute l'information transmis par les neurones. Son rôle est de donner les ordres aux muscles, aux organes et aux glandes (Sacks, s.d.). Quant au système nerveux périphérique qui est constitué du système nerveux somatique et autonome, son rôle est d'envoyer, via les nerfs sensitifs et moteurs, l'information sensorielle au cerveau en passant par la moelle épinière. Pour relier les informations, les neurones jouent un rôle essentiel. Le neurone est composé d'un corps cellulaire et d'un axone qui conduit l'influx nerveux (Sacks, s.d.).

Dans le système nerveux, nous retrouvons la substance blanche qui est située à la périphérie de la moelle épinière et dont le rôle est d'assurer la propagation de l'influx nerveux entre deux centres nerveux consécutifs ou entre un centre nerveux et un nerf. La substance grise est située en surface du cerveau et du cervelet, elle a pour rôle de réceptionner les messages et d'analyser les informations afin d'élaborer les réponses (Substance blanche et substance grise, 2018).

Il y a différents types de lésions lors d'un traumatisme crânien :

- Les **lésions focales**, majoritairement de contusion : Lésions d'écrasement situées à la surface du cerveau. Elles constituent souvent un foyer névrotique, hémorragique et œdémateux. L'hémorragie peut devenir grave au point d'atteindre un hématome intraparenchymateux

compressif. Ces lésions peuvent être par coup, elles se trouvent au niveau de l'impact ou par contrecoup, elles se trouvent à l'opposé de l'impact, du fait de la projection du cerveau dans la boîte crânienne (L.Guenane).

- Les **lésions diffuses** : Elles sont dues à un cisaillement ou un étirement au niveau de la jonction substance blanche / substance grise qui sont de densité différente. Ce phénomène est provoqué par une décélération et une accélération brutale du cerveau. Les conséquences de ces lésions peuvent aller d'une perte de connaissance brève jusqu'au coma (L.Guenane).

Ces lésions sont dues à un choc lors d'un accident (L.Guenane).

## 1.2 L'accident

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit l'accident comme « *un événement indépendant de la volonté humaine provoqué par une force extérieure agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel et/ou mental* » (UMVF, 2012).

En France, il existe peu de données épidémiologiques concernant les traumatismes crâniens car de nombreux critères sont à prendre en compte, comme la zone géographique, les mesures préventives, l'âge ou encore le sexe (Santé-Public-France, 2016).

Nous comptabilisons 281 / 100 000 personnes traumatisées crâniennes en France chaque année (Santé-Public-France, 2016). Il existe différents types d'accidents qui peuvent entraîner un traumatisme crânien : les accidents de voie publique, les chutes, les coups et maltraitances ainsi que les armes. Les principales causes sont les accidents de voie publique qui constituent 60 % des hospitalisations par traumatisme crânien en France. Le plus souvent, ce sont les personnes entre 15 et 30 ans qui en sont victimes. La deuxième cause la plus recensée est les chutes qui représentent 30% des hospitalisations par traumatisme crânien. Ce sont les personnes avant l'âge de 5 ans et après l'âge 70 ans qui en sont le plus victimes (Toulouse, 2021). Enfin, les traumatismes crâniens dus aux coups et maltraitance ont une prévalence de 5% (Santé-Public-France, 2016).

Après l'accident, dans les cas les plus graves, le patient est emmené aux urgences.

## 1.3 Les urgences

Une fois aux urgences, le patient est examiné pour évaluer la gravité de son traumatisme crânien. Pour cela, le premier bilan effectué est le score de Glasgow (cf : annexe 1). C'est un bilan créé par Bryan Jennett et Graham Teasdale en 1974, tous deux neurochirurgiens anglais. Il a pour objectif d'évaluer l'état de conscience d'une personne, à un instant donné. Il peut être aussi bien utilisé chez l'enfant que chez l'adulte. Il évalue 3 aspects de la conscience : l'ouverture des yeux (sur 4 points), la réponse verbale (sur 5 points) et la réponse motrice (sur 6 points). Le score total est de 15 points. Si le score total est compris entre 13 et 14, le traumatisme crânien est considéré comme léger (M.Gazzah, 2016). Il est caractérisé par des maux de têtes ou encore des vertiges et représente 80% des personnes ayant été victime d'un traumatisme crânien (Tiret, Hausherr, & Thicoipe, 1986). Si le score est compris entre 9 et 12, le traumatisme crânien est considéré comme modéré (M.Gazzah, 2016). Il est, quant à lui, caractérisé par une perte de connaissance ou des troubles de la conscience, des vomissements ou encore des maux de têtes progressifs. Il représente 11% des victimes de traumatismes crâniens (Tiret, Hausherr, & Thicoipe, 1986). Enfin, si le score de Glasgow est compris entre 3 et 8, le traumatisme crânien est considéré comme grave (M.Gazzah, 2016). Il est caractérisé par une conscience altérée, une perte de connaissance ou coma ou encore la présence d'une plaie pénétrante du crâne (Tiret, Hausherr, & Thicoipe, 1986).

Ensuite, les médecins recherchent le type de lésion que le patient a subi, entre lésion focale et lésion diffuse comme expliqué précédemment (Tiret, Hausherr, & Thicoipe, 1986).

Dans mon étude, je vais m'intéresser aux traumatismes crâniens graves. Dans ce cas, certains peuvent aller jusqu'au coma et sont alors traités en service de réanimation. C'est le cas de 9% des personnes victimes de traumatismes crâniens sévères (Masson).

#### 1.4 La réanimation

Lorsqu'un patient est dans le coma, il est dirigé en service de réanimation afin de disposer de tous les soins intensifs nécessaires. D'après l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), le coma est « *la forme la plus sévère d'altération de la conscience. Il s'agit en général d'un état transitoire, durant au maximum quelques semaines. Dans les cas les plus graves, son évolution peut conduire au décès. Dans les cas les plus favorables, le retour à la conscience est rapide, se produisant au bout de quelques jours. Mais le plus souvent, l'amélioration est lente* » (Coma : la plus sévère altération de la conscience , 2017).

On distingue 4 stades de coma :

- Stade 1 : stade de l'obnubilation. Lors de stimulations, le patient répond difficilement (Coma : la plus sévère altération de la conscience , 2017).

- Stade 2 : stade de la disparition de la capacité d'éveil, le patient présente aucune réponse et aucun contact n'est possible (Coma : la plus sévère altération de la conscience , 2017).
- Stade 3 : coma profond. Troubles oculaires et végétatifs (Coma : la plus sévère altération de la conscience , 2017).
- Stade 4 : coma dépassé (Coma : la plus sévère altération de la conscience , 2017)

On déclare la sortie du coma lorsque la personne ouvre les yeux. Il y a une reprise progressive de la vie relationnelle et le risque vital est moins engagé (Coma : la plus sévère altération de la conscience , 2017).

Ensuite, le réveil se décline en plusieurs phases. La fin de la phase d'éveil est déclarée lorsqu'il y a une reprise de conscience de soi. Elle se divise en états successifs : l'état non-répondant (ou végétatif) et l'état pauci-relationnel (Coma : la plus sévère altération de la conscience , 2017).

Le premier état de la phase de réveil est l'état non-répondant ou état végétatif. « *Il est défini par une ouverture spontanée des yeux, mais sans conscience. Certains mouvements réflexes sont possibles, notamment des mouvements des yeux, mais sans poursuite visuelle* » (Coma : la plus sévère altération de la conscience , 2017). En effet, le patient est en état d'inconscience de soi et de l'environnement. La sortie de cet état peut être rapide ou lente en fonction du niveau de conscience. Si cet état dure plus de douze mois après le traumatisme crânien, c'est un état végétatif chronique. Dans ce cas, un retour à un niveau de conscience optimale est quasiment improbable (Gégout, 2010).

L'ergothérapeute peut intervenir dès cette phase. Les objectifs de la phase d'éveil en tant qu'ergothérapeute sont de :

- Prévenir les complications liées à l'immobilisation (risques d'escarres, œdèmes, infection ou encore phlébite) (Chougrani-Herben, 2012)
- Créer les conditions favorables à un retour à la vie de relation puis à la reprise de conscience de soi (Chougrani-Herben, 2012)
- Evaluer le niveau de conscience à l'aide d'échelles (Chougrani-Herben, 2012)
- Participer aux soins de nursing dans une dimension relationnelle (Chougrani-Herben, 2012)

Enfin, « *l'état pauci-relationnel ou état de conscience minimal est défini par une ouverture des yeux avec une conscience « partielle » possible. On observe souvent certains gestes non réflexes, notamment une poursuite visuelle* » (Coma : la plus sévère altération de la conscience , 2017). Les gestes non réflexes que nous pouvons remarquer lors de cet état peuvent être l'ouverture de la bouche, localisation précise des stimuli nociceptifs ou encore le suivi du regard d'un objet déplacé dans son champ visuel. C'est lorsque ces manifestations sont observées que l'on déclare la sortie de l'état végétatif et l'entrée en état pauci-relationnel (Guntz-Stumpf, 2019). Le rôle de l'ergothérapeute durant

cette phase sera d'établir un moyen de communication grâce à des questions fermées ou d'un code commun et de valoriser les capacités sensori-motrices qui émergent par un travail fonctionnel (Chougrani-Herben, 2012). Il peut également effectuer des bilans moteurs, cutanés, visuels ou encore du comportement expressif. Afin de répondre à ces objectifs, l'ergothérapeute travaille en pluridisciplinarité avec les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les médecins, les infirmiers, les aides-soignants et les assistantes sociales (Eveil de coma pathologique : service de neurorééducation aigue, 2020).

Afin de déterminer l'état dans lequel le patient se trouve, il existe des échelles utilisées en éveil de coma. Elles permettent d'obtenir des compléments de résultats plus précis que ceux obtenus grâce au score de Glasgow pour les traumatisés crâniens graves (Kalmar, 2008).

- La CRS-R (Coma Recovery Scale – Revised ) est une échelle permettant d'évaluer six grandes fonctions en 35 items : les fonctions auditives, visuelles, motrices, verbales, la communication et l'éveil. Le score maximal est de 23. Si le résultat est compris entre 9 et 21, cela signifie que le patient est en état pauci-relationnel. En revanche, si le résultat obtenu est inférieur à 9, cela signifie que le patient est en état végétatif (Kalmar, 2008).
- La WHIM (Wessex Head Injury Matrix) permet d'observer en 62 items, les différents comportements et attitudes en réponse ou non à des sollicitations. Elle est plus précise que la CRS-R car elle permet d'observer plus précisément les capacités et incapacités du patient. Elle permet également de dépister d'éventuels troubles neurovisuels et est principalement utilisée pour des patients en état pauci-relationnel (Ringot, 2013).

Après le service de réanimation, c'est-à-dire lorsque les fonctions vitales du patient sont stabilisées, il va pouvoir être transféré en service de médecine physique et de réadaptation.

## 2- Du service MPR (Médecine Physique de Réadaptation) jusqu'à la réinsertion

### 2.1 Le service MPR

L'entrée dans un service MPR a pour but de permettre au patient de retrouver son autonomie et son indépendance. L'autonomie est de décider des actions que la personne souhaite effectuer. En revanche l'indépendance est l'action de réaliser les tâches de vie quotidienne soi-même. Ces deux termes sont très proches et complémentaires (Vauchez, 2015). En travaillant les fonctions motrices, cognitives et sensorielles et avec l'aide des différents professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les neuropsychologues ou encore les ergothérapeutes, les patients vont pouvoir travailler sur leur autonomie et leur indépendance (GHU, s.d.).

Les fonctions motrices sont les différentes structures qui permettent au corps d'effectuer, de contrôler et de réguler un mouvement. On parle donc de déficience motrice lorsqu'il y a une atteinte de la mobilité des membres supérieurs et/ou inférieurs. On y retrouve généralement les troubles au niveau de la marche, de la préhension ou encore de l'élocution (Derrien, 2014). Les fonctions cognitives permettent à l'être humain de communiquer, de percevoir l'environnement, de se concentrer, de se souvenir d'un événement ou encore d'accumuler des connaissances (AQNP, s.d.). Enfin, les fonctions sensorielles permettent la perception de l'espace, de l'environnement et la perception que la personne a d'elle-même. Elles sont guidées grâce aux cinq sens qui sont le goût, l'odorat, l'ouïe, le touché et la vue. (Bullinger, 2021)

Après un traumatisme crânien grave, différents troubles sont associés et touchent certaines de ces fonctions. Nous pouvons classer les troubles en trois grandes catégories : les troubles psychiatriques, les troubles comportementaux et les troubles cognitifs.

### 2.1.1 Les troubles psychiatriques

Les troubles psychiatriques sont classés dans différentes catégories :

- Le syndrome post-commotionnel
- Le trouble organique de la personnalité
- Les troubles névrotiques, et troubles somatoformes
- Les troubles post-traumatiques de l'humeur
- Les troubles psychotiques post-traumatiques
- Les addictions

Le **syndrome post-commotionnel** est souvent présent lors d'un traumatisme crânien léger. Il est caractérisé par la diversité de symptômes qui peuvent apparaître de façon immédiate ou différée. Pour être considéré comme syndrome post-commotionnel, il faut que celui-ci ait une association de trois symptômes : les céphalées (29 à 54 % des traumatismes crâniens), les sensations vertigineuses (26 à 58 %) et enfin l'insomnie (11 à 58%). (ICC, s.d.) Parmi les symptômes de ce syndrome, on retrouve également la fatigue, les difficultés d'attention, de concentration et de mémoire, l'irritabilité, l'intolérance au bruit, au stress et une baisse de tolérance à l'alcool. Ce syndrome affecte environ 15 % des traumatismes crâniens (Lermuzeaux, 2012). Le syndrome post-commotionnel peut avoir de réelles conséquences sur les activités de vie quotidienne et le rendu occupationnel. En effet, ce syndrome peut engendrer des difficultés au niveau de l'apprentissage de nouvelles informations ou encore de l'organisation et de la gestion d'un budget par exemple. La personne peut également avoir



une sensation de ralentissement ce qui impact la performance occupationnelle ou encore la présence d'une sensibilité importante aux sons et aux bruits ce qui engendre des difficultés d'attention lors de la réalisation d'une tâche (ICC, s.d.).

En marge de ce syndrome, il existe également le **trouble organique de la personnalité**. Il s'agit d'une altération de la personnalité et du comportement qui peut apparaître à la suite d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral et donc d'un traumatisme crânien. Ce trouble va concerner l'expression des émotions (labilité émotionnelle, jovialité inappropriée, irritabilité, colères) et l'expression des besoins et des pulsions (désinhibition dans l'expression sans égard pour les conséquences sociales) (Lermuzeaux, 2012).

**Les troubles névrotiques et somatoformes** font également partie des séquelles associées au traumatisme crâniens. Les troubles névrotiques sont souvent les troubles liés à des facteurs de stress et les troubles somatoformes, ici, ciblent l'état de stress post-traumatique et les modifications durables de la personnalité (Lermuzeaux, 2012).

Les manifestations principales d'un traumatisme crânien sont les **troubles de l'humeur**. Il peut s'agir de troubles dépressifs qui sont la plus fréquente des complications psychiatriques à la suite d'un traumatisme crânien (Lermuzeaux, 2012). La prévalence varie entre 25 % et 50% tandis qu'elle est de 17% pour la population générale. Ensuite, vient la fatigue qui a une prévalence de 29%, puis la colère et l'irritabilité avec 28% ainsi que les troubles de l'attention et de la concentration avec 28% également. De plus, de nombreux cas de manies unipolaires et de troubles bipolaires ont été observés. En effet, 4,2% des personnes ayant subi un traumatisme crânien souffrent d'un trouble bipolaire (Santé-Public-France, 2016).

Parmi les troubles de l'humeur, on retrouve **l'apathie**. Elle touche entre 20 à 71 % des traumatisés crâniens sévères. Elle est médicalement définie comme un déficit de la motivation. Elle est composée de manifestations cognitives, comportementales et émotionnelles. Dans le cadre des traumatisés crâniens, elle est régulièrement associée à des déficits cognitifs spécifiques comme les fonctions exécutives, la vitesse de traitement de l'information ou encore l'apprentissage de nouvelles informations. L'apathie peut apparaître à distance du traumatisme crânien. Elle interfère avec la rééducation, l'autonomie ou encore le devenir professionnel. En effet, *« l'apathie est un syndrome qui peut passer longtemps inaperçu ou être relégué au second plan des préoccupations thérapeutiques des*

*soignants, de l'entourage, ou du patient lui-même. La démarche d'évaluation et de diagnostic d'un syndrome apathique est complémentaire à celle décrite dans les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) concernant la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Il est recommandé qu'elle fasse partie d'une évaluation psycho-comportementale globale du sujet et de son environnement»* (HAS, 2014). Ces différents troubles de l'humeur peuvent impacter la vie quotidienne des personnes, notamment en ce qui concerne la participation occupationnelle et la relation avec autrui. Les critères de diagnostics de l'apathie sont les suivants : la perte ou réduction de comportements orientés vers un but, la perte des comportements auto-initiés, la perte des comportements en réponse aux sollicitations de l'environnement, la perte ou réduction des activités cognitives orientées vers un but, la perte d'idées spontanées ou de curiosité pour les événements nouveaux ou habituels ou encore la perte ou diminution des émotions (perte d'émotions spontanées, perte de réactivité émotionnelle aux événements de l'environnement) (Rochat, 2016). De plus, l'apathie est multifactorielle. En effet, cela peut dépendre des facteurs biologiques (troubles vasculaires ou encore troubles neurologiques), des facteurs environnementaux (alimentation, sommeil ou encore médication) et des facteurs socio-culturels (intelligence prémorbide ou encore réseaux sociaux) (Rochat, 2016). Afin d'aider les personnes apathiques, différents axes sont à cibler. On y retrouve la mise en place de stratégies de planification et d'auto-régulation ce qui permet d'augmenter la réalisation de comportements orientés vers un but. Mais également de préciser verbalement sous formes d'images mentales le comportement qui doit être réalisé ce qui permet de prendre confiance dans la réalisation de tâche. Enfin, le dernier axe est de déléguer le déclenchement du comportement à la situation spécifique (Rochat, 2016).

Certaines échelles et outils peuvent aider à la progression de la prise en charge de l'apathie en ergothérapie. Le GMT (Goal Management Training) est un outil qui a pour but d'améliorer les performances à des tâches simulant des situations non structurées de la vie quotidienne. La première étape est de mettre en situation le patient et d'arrêter l'activité en cours afin de diriger la conscience vers la tâche. Ensuite, le patient doit verbaliser le but et créer des objectifs et sous-objectifs. Quand il aura établi les étapes nécessaires pour atteindre ce but, il les apprend et les réalise. Une fois réalisées, il doit vérifier le bon fonctionnement et ce que cela lui a apporté. Cet outil se place dans le premier axe énoncé précédemment et permet d'augmenter la réalisation de comportements orientés vers un but (Gillen, 2009).

Enfin, des échelles peuvent évaluer le degré du syndrome apathique. L'échelle inventaire apathie (IA) est réalisée par le neuropsychologue sur le patient. Cette échelle comporte trois versions : la version patient qui est cotée sur 36 items, la version soignant qui est cotée sur 24 items et la version accompagnant qui est cotée sur 36 items. Cette échelle permet une évaluation globale de l'apathie séparée des trois manifestations : l'émoussement affectif, le manque d'initiative et la perte d'intérêt (Moutaouakil, Otmani, Fadel, & Slassi, 2009). Il existe également The Lille Apathy Rating Scale

(LARS) qui évalue l'apathie à la base d'un entretien clinique semi-structuré selon une approche multidimensionnelle. En effet, nous allons retrouver 33 items regroupés en neuf dimensions : AVQ (Activités de Vie Quotidiennes), Centre d'intérêt, prise d'initiative, intérêt pour la nouveauté, efforts volontaires, intensité des émotions, inquiétude, vie sociale et capacité d'autocritique (Yazbek, 2020).

Notons que des troubles psychiatriques peuvent apparaître après un traumatisme crânien, notamment les **troubles psychotiques chroniques post-traumatiques**. Depuis 1969, le traumatisme crânien est considéré comme un facteur de risque possible pour des psychoses d'allure schizophrénique. Pour que le diagnostic de schizophrénie post-traumatique soit établi, il est nécessaire de réunir trois critères : l'existence d'un syndrome confusionnel post-traumatique, un délire centré sur le traumatisme et un délai d'apparition des troubles inférieurs à deux ans (Lermuzeaux, 2012).

**L'addiction** est un point important. En effet, l'addiction aux drogues illicites ou à l'alcool augmente fortement la probabilité d'avoir un traumatisme crânien en lien avec un AVP (Accident de Voie Publique) ou à cause de violence. Cela représente 22% des traumatismes crâniens soit 1,3 fois plus que la population générale. Cette addiction est un frein notable à la réhabilitation et à la réinsertion socio-professionnelle (Lermuzeaux, 2012).

### 2.1.2 Les troubles du comportement

À la suite d'un traumatisme crânien sévère, 50 à 70% des patients ont des troubles comportementaux. Parmi les troubles du comportement, on peut retrouver l'anosognosie qui fait obstacle à la rééducation et la réinsertion socio-professionnelle. Il s'agit de la méconnaissance par le patient du déficit et de son importance. En outre, la fatigue constitue également l'un des symptômes les plus courants. En effet, elle est présente dans 43 à 73% des traumatisés crâniens sévères. C'est un frein à la rééducation car elle limite considérablement la productivité et la performance et impacte la qualité de vie et le bien-être du patient (C.Coste, N.Agar, & P.Piolino, 2008).

Autre symptôme rencontré fréquemment chez les traumatisés crâniens sévères : l'agitation. Il s'agit d'un trouble profond qui se manifeste extérieurement via les émotions ou excitation par exemple. Cela se manifeste dans 35 à 70 % des cas en phase aigüe. Elle se caractérise par une désinhibition, des mouvements agités des membres inférieurs, une labilité émotionnelle importante ou encore de l'agressivité. L'agressivité peut être verbale, physique, contre soi, contre les objets ou envers autrui. Elle se caractérise par une irritabilité sévère, un comportement violent ou hostile, des attaques et une

perte d'autocontrôle. La prévalence varie entre 25 et 39%. L'irritabilité présente dans l'agressivité est quant à elle estimée à 71%. Elle est favorisée chez les hommes entre 15 et 34 ans en cas de perte de travail, d'isolement social ou encore de dépression. Il s'agit d'une réactivité disproportionnée associée à des excès de colère non justifiés (Santé-Public-France, 2016).

Parmi les symptômes du comportement, certains influencent le fonctionnement de la mémoire et induisent des troubles mnésiques.

### 2.1.3 Les troubles cognitifs

Les principales déficiences chez les traumatisés crâniens sont les troubles du comportement mais également les troubles cognitifs, ce qui rend les tâches de la vie quotidienne très compliquées. En effet, les troubles cognitifs qui en découlent font partie du « handicap invisible » car ils ne se remarquent pas visuellement (World, 2015). Parmi les fonctions cognitives, lors d'un traumatisme crânien, ce sont l'attention, la mémoire, la vitesse de traitement d'information et les fonctions exécutives qui sont altérées.

L'**attention** permet de se concentrer. Elle est indispensable pour intégrer des données, de comprendre des informations orales ou écrites et d'émettre des pensées. Elle est caractérisée en quatre types d'attention (Neuropro, s.d).

- L'attention sélective ou focalisée permet de se centrer sur un seul élément en particulier en se coupant mentalement des autres éléments de non pertinents de l'environnement. Pour les personnes ayant des troubles de l'attention sélective, il est nécessaire d'essayer de réduire le nombre de stimulations environnementales en adoptant diverses stratégies comme être dans un environnement calme pour diminuer les stimulations auditives (Neuropro, s.d).
- L'attention divisée ou partagée consiste à diviser son attention entre plusieurs tâches. Cela demande d'avoir une capacité de répartition des ressources attentionnelles en fonction des exigences des différentes tâches. Elle est essentielle dans les activités de vie quotidienne qui demandent régulièrement l'acquisition de la double tâche comme la cuisine (Neuropro, s.d).
- L'attention soutenue est quant à elle utilisée lorsqu'il est demandé de rester attentif sur une longue durée. Elle est nécessaire lors d'activités où il y a un flux continu, rapide et important d'informations à traiter comme la lecture par exemple. Les difficultés liées à ce type d'attention se traduisent par une fatigabilité importante (Neuropro, s.d).

- L'alerte attentionnelle permet de gérer la motivation, les priorités ou encore l'intérêt porté à une activité. On distingue deux types d'alerte : l'alerte tonique, qui se lie avec l'attention soutenue et qui est donc sur une longue durée et l'alerte phasique qui apparaît juste après l'alerte tonique lorsqu'un évènement vient perturber cette alerte (Neuropro, s.d)

Environ cinq ans après le traumatisme, 69% des traumatisés crâniens sévères subissent un ralentissement de la pensée et 60 % des difficultés attentionnelles. Les troubles de l'attention engendrent des difficultés pour suivre une conversation, suivre un film ou encore lire un livre (Neuropro, s.d).

Autre fonction pouvant être altérée lors d'un traumatisme crânien : la **mémoire**. Selon l'Inserm, la mémoire « *est la fonction qui nous permet d'intégrer, de conserver et de restituer des informations pour interagir avec notre environnement. Elle rassemble les savoir-faire, les connaissances et les souvenirs. Elle est indispensable à la réflexion et à la projection de chacun dans le futur et fournit la base de notre identité* ». On distingue cinq types de mémoires. La mémoire de travail qui est utilisée dans le présent. Elle permet de retenir des informations pendant la réalisation d'une autre tâche, comme retenir une phrase pour pouvoir la recopier sur un autre support. La mémoire sémantique qui est la mémoire du langage et de la culture générale. Elle se modifie et se construit tout au long de la vie. La mémoire épisodique qui permet de se souvenir d'évènements autobiographiques et qui permet le repérage spatio-temporel. La mémoire procédurale qui permet d'effectuer les gestes automatiques comme la marche, la conduite ou encore la course. Enfin, la mémoire perceptivo-motrice qui s'appuie sur les différents sens. Elle permet de se souvenir d'images, de lieux, de bruits ou encore de visage (INSERM, 2019).

Lors d'un traumatisme crânien, les troubles mnésiques sont récurrents. Les patients doivent souvent faire face à une amnésie post-traumatique. C'est régulièrement la mémoire à long terme qui est perturbée ce qui engendre des difficultés d'apprentissage (Azouvi, 2009).

La **vitesse de traitement** peut également être touchée par le traumatisme crânien. Cela correspond au rythme de déclenchement et d'exécution des différentes opérations mentales (AQNP, s.d.). Celle-ci est souvent ralentie lors d'un traumatisme crânien sévère. Certes, les patients vont réaliser les tâches plus lentement que la moyenne mais ils ne feront pas forcément d'erreurs sur l'exécution de la tâche. De plus, il a été démontré que la vitesse de traitement des informations est proportionnelle à la sévérité du traumatisme crânien (Azouvi, 2009).

Enfin, les **fonctions exécutives**, souvent touchées lors d'un traumatisme crânien, permettent l'adaptation à de nouvelles situations, autrement dit à des situations non routinières. Elles sont stimulées au quotidien. Pour une personne traumatisée crânienne, les troubles des fonctions exécutives jouent un rôle négatif sur la réinsertion professionnelle. Liées à ces troubles, sont retrouvées des difficultés d'organisation, de planification, d'initiative, de contrôle et de conceptualisation. Or, ces fonctions sont essentielles dans les activités de vie quotidienne. La perturbation des mécanismes d'inhibition et de flexibilité mentale impacte également fortement la vie quotidienne des patients. Pour évaluer celles-ci, l'ergothérapeute pourra effectuer des bilans de mise en situation écologiques (Azouvi, 2009).

Toutes les fonctions cognitives pourront être travaillées grâce aux séances d'ergothérapie.

#### 2.1.4. Les évaluations ergothérapeutiques en SSR

*Selon l'arrêté du 5 juillet 2010, « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les intégrités, les déficiences, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique. Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation » (L'ergothérapie, s.d.).*

Durant le passage de la personne en service de soins de suite et réadaptation, l'ergothérapeute réalise plusieurs évaluations afin d'identifier les difficultés de la personne et ses besoins. Certaines peuvent être répétées à distance les unes des autres afin d'apprécier la progression de la personne.

**Entretiens avec la personne :**

Avant tout, l'ergothérapeute effectuera un entretien afin de déterminer les bilans à effectuer en fonction des difficultés observées. Durant cet entretien, il récoltera des informations sur les habitudes de vie de la personne, son environnement, sur ses loisirs et sa performance occupationnelle. Mais également, il questionnera la personne sur les situations occupationnelles problématiques qu'elle rencontre. Les éléments repérés passent aussi par la communication non-verbale (Moral-Bracq). La communication non-verbale est définie comme tout ce qui n'appartient pas à la parole. Cela peut aller de l'aspect extérieur et le comportement avec les autres jusqu'aux expressions faciales, les regards et contacts visuels ou encore les intonations vocales. Cela nous donne diverses informations sur le mode de vie de la personne ou encore son état mental par exemple (Hennel-Brzozowska, 2008).

Il existe des bilans en support de l'entretien ou qui permettent de compléter et d'approfondir certains points comme la MCRO, MHAVIE ou le MOHOST qui permettent de recueillir des informations précises sur les besoins du patient, sur la fréquence de réalisation des AVQ, sur la satisfaction dans la réalisation des tâches mais aussi la valeur attribuée à la réalisation de ces tâches (ARTC, 2013).

Il proposera ensuite un bilan pour compléter les informations recueillies durant cet entretien.

### **Bilans en ergothérapie :**

Grâce à ces bilans, l'ergothérapeute peut évaluer les **déficiences sensitivo -motrices** grâce à des bilans de commandes motrices, de la spasticité et de la sensibilité. Ce type de bilan permet d'évaluer à court, moyen et long terme les progrès du patient et de déterminer des objectifs appropriés (ARTC, 2013).

**Les fonctions Cognitives** sont également évaluées par l'ergothérapeute grâce à la batterie d'évaluation de la Négligence qui permet d'évaluer le degré d'héminégligence (Lafargouette, 2013). Mais aussi grâce à l'évaluation Rapide des Fonctions cognitives qui permet de dépister d'éventuels troubles cognitifs (Ménard, 2017). Également le test Lillois de l'Apraxie, qui permet de dépister et d'évaluer la reconnaissance et la réalisation des gestes simples ou plus complexes grâce à une évaluation quantitative et qualitative (orthophonie, s.d.). Et enfin le Rivermaid Behavioral Memory Test est un test de mémoire évalué en milieu écologique. Il permet de dépister et évaluer les difficultés mnésiques de la vie quotidienne (Wilson, 2010).

**Les capacités** sont évaluées grâce à des bilans de préhension et de dextérité comme le Box and block ou encore le bilan des 400 points. La MIF (Mesure d'indépendance Fonctionnelle) est également souvent utilisée en ergothérapie. Elle permet d'évaluer les capacités et incapacités de la personne dans les actes de vie quotidienne comme la toilette ou encore l'habillage. La BENQ (Batterie

d'évaluation du nombre au quotidien) peut ainsi compléter la MIF car c'est un bilan plus complet et aborde toutes les situations de vie quotidienne que rencontre une personne comme la gestion de l'argent, la planification de son emploi du temps ou encore l'organisation dans une journée comme la prise de rendez-vous. Le Test des Errances Multiples évalue les fonctions exécutives à travers des tâches de la vie quotidienne. Il est souvent réalisé dans un milieu écologique ce qui permet d'observer la capacité d'adaptation de la personne. Enfin, l'évaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie consiste à réaliser un gâteau au chocolat ou une omelette à l'aide d'une recette détaillée. Cela permet à l'ergothérapeute d'identifier les troubles de fonctions exécutives pour ensuite proposer à la personne des moyens de compensation (ARTC, 2013).

**L'évaluation de la participation** se fait grâce à des mises en situations écologiques au domicile et dans l'environnement de la personne. Une mise en situation écologique permet d'identifier les compétences préservées et/ou d'orienter vers des techniques de compensations. L'ergothérapeute vérifie à travers cette méthode si le transfert des acquis est adapté. En revanche, il peut être délicat d'utiliser la mise en situation écologique comme évaluation car cela confronte directement le patient à ses déficiences (ARTC, 2013). Le Profil des Activités de la Vie quotidienne est quant à lui centré sur les activités. Il évalue les activités de tous les jours telles que les soins personnels, les activités domestiques ou encore communautaires. Il permet à l'ergothérapeute d'avoir une vision fine des forces et des problématiques occupationnelles de la personne (ANFE, s.d.). On peut également retrouver l'AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills) qui permet d'évaluer par l'observation les habilités motrices et de leur effet sur la capacité de la personne à effectuer des activités complexes et personnelles de la vie quotidienne. Grâce à ce processus d'observation, l'ergothérapeute va pouvoir mesurer le raisonnement clinique pour identifier le déficit et les difficultés afin d'adapter sa prise en charge (Zeltzer, 2010).

Ces évaluations permettent par la suite d'établir un diagnostic ergothérapeutique pour ainsi décider d'un plan d'intervention en ergothérapie. Elles permettent également d'être un support de dialogue entre la personne, son entourage, l'ergothérapeute et l'équipe, mais aussi de favoriser et accompagner la prise de conscience des répercussions des troubles dans les activités de vie quotidienne et ainsi déterminer la situation de handicap. En revanche, pour l'ergothérapeute, il devra avoir suivi des formations spécifiques pour pouvoir utiliser la majorité des bilans (ARTC, 2013). Il existe une multitude d'autres bilans que je ne citerais pas ici mais sont tout aussi important et dans divers domaines.

## 2.2 Les structures de réinsertion



A la sortie du service MPR, le patient peut être dirigé vers différentes structures de réinsertion. Si le patient n'a pas la capacité de vivre seul, il peut être dirigé dans des structures d'hébergement médico-social comme les FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) et MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) ou encore des instituts d'éducation motrices. Les MAS sont des établissements qui accueillent des personnes adultes polyhandicapés avec une forte dépendance pour la vie quotidienne. Ils permettent d'héberger ces personnes, de leur garantir un suivi médical et des soins. Les FAM quant à eux, accueillent des personnes adultes légèrement touchées par le handicap. C'est pour cela que le maintien à domicile est favorisé au maximum mais que leur manque d'autonomie les empêche une reprise d'activité professionnelle (Michel, 2018). En revanche, pour les personnes dont les troubles n'impactent pas leur quotidien au domicile, il existe des structures de réinsertion. Le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), l'UEROS (Unité d'Evaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle), le CAJM (Centre d'Accueil de Jour Médicalisé) ou encore le SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) permettent la mise en place d'évaluation et l'accompagnement pour l'insertion sociale et / ou socio-professionnelle (ARTC, 2013). Le SAMSAH et le SAVS sont souvent de pair. En effet, *« tous les deux ont pour objectifs de contribuer à la réalisation du projet de vie du patient via un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. En revanche, le SAMSAH propose en plus des SAVS des services de soins médicaux »* (SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, s.d.). Les UEROS, quant à eux, permettent d'accompagner le patient dans l'élaboration de son projet de vie personnelle et l'aident à développer ses compétences en situation écologique dans le domaine social, scolaire et professionnel. Ce programme dure en moyenne vingt-quatre semaines et débouche le plus souvent sur des préconisations ou des formations (UEROS, s.d.). Enfin le CAJM permet de maintenir les acquis et une ouverture sociale et culturelle via des activités (autisme, s.d.).

L'ESAT (Etablissement de Service d'Aide par le Travail) fait également partie des structures permettant la réinsertion. Il a pour objectif d'accompagner les patients vers l'insertion socio-professionnelle en milieu protégé ou ordinaire (ARTC, 2013). Il permet aux travailleurs handicapés d'exercer une activité professionnelle adaptée à leurs capacités et de développer leur potentiel (Autisme, s.d.).

### 3. La réinsertion socio-professionnelle

Une fois sortie du centre de rééducation, l'indépendance physique du patient est souvent retrouvée. En revanche, les séquelles cognitives restent présentes et constituent un frein au rétablissement de la personne victime d'un traumatisme crânien grave. En effet, dans certains cas, la motivation est perdue et cela empêche la réinsertion socio-professionnelle (Montreuil, Coupé, & Truelle, 2012). Les cinq facteurs d'une réinsertion réussie et d'un rétablissement à long terme sont :

- La motivation qui est une force propre à chaque personne qui permet d'expliquer le comportement ou l'action réalisée (Fenouillet, 2012).
- La conscience et l'acceptation du handicap, est la dernière étape du deuil après le déni, la colère et la dépression. C'est accepter sa nouvelle condition en renonçant à son état antérieur. C'est une étape de reconstruction. La personne va prendre conscience des nouvelles possibilités et opportunités qui lui sont dûes liées à son handicap (Etheve, s.d.).
- La stabilisation émotionnelle est la capacité d'une personne à rester calme et être juste dans ses émotions lorsqu'un nouvel événement apparaît (Getin, s.d.).
- Un parent et un référent professionnel disponible
- La reconstruction de l'identité est le rétablissement de la relation que la personne construit avec son environnement et elle-même (Dorais).

Pour une personne apathique, cela ralentit fortement la réinsertion et le rétablissement (Montreuil, Coupé, & Truelle, 2012).

### 3.1 La réinsertion sociale

Pour une personne victime d'un traumatisme crânien grave, la réinsertion sociale présente souvent un réel problème (Joly-Pottuz, Desrichard, & Carbonnel, 2020). Selon l'Association des Services de Réhabilitation Sociale du Québec (ASRSQ), « *la réinsertion sociale se définit par le fait, pour un individu, de vivre en conformité avec les normes et les valeurs, de développer un sentiment d'appartenance à sa communauté, de subvenir adéquatement à ses besoins et de vivre un certain bien-être* » (ASRSQ, 2013).

Pour une personne ayant eu un traumatisme crânien grave, la première difficulté concernant la réinsertion sociale est la réintégration au sein de leur vie familiale et dans la reprise d'activités de loisirs ou professionnelles antérieures à l'accident. En effet, la famille est un élément important dans le rétablissement de la personne. Elle permet, lorsqu'il y a un retour à domicile, d'encadrer la personne et de la guider dans les activités de vie quotidienne. Ce sont les personnes les plus proches et le plus souvent en contact avec la personne. De ce fait, ce qui est recensé par les proches des victimes de traumatisme crânien grave est l'inadaptation du comportement ainsi que le sentiment qu'ils réagissent

bizarrement dans les situations quotidiennes. Ces types de comportements peuvent être responsables d'un isolement relationnel. Peu d'études ont essayé de cibler les troubles fonctionnels responsables des problèmes d'insertion (Joly-Pottuz, Desrichard, & Carbonnel, 2020).

C'est donc difficile pour les proches de trouver les moyens d'aider la personne et de s'adapter. L'attitude des proches peut changer car diverses émotions entrent en compte comme l'angoisse, la détresse et le désarroi. Les proches auront l'impression de perdre un membre de la famille. La famille est donc confrontée aux séquelles du traumatisé crânien (Cazals, 2011).

La réinsertion à long terme est trop compliquée à déterminer car plusieurs facteurs entrent en compte. Cela dépend des lésions initiales, de la qualité de la rééducation et de la réadaptation, de l'accompagnement proposé à la famille, des modalités réactionnelles de celle-ci, des projets thérapeutiques et du projet de vie de la personne qui peut lui aussi évoluer (Cazals, 2011).

Les troubles de la communication peuvent également influencer l'isolement social. En effet, le syndrome dysexécutif peut être présent chez les traumatisés crâniens sévères. Celui-ci engendre des troubles de la construction du discours ce qui, associé aux autres troubles comme la fatigue, le manque de flexibilité, la désorganisation ou encore les difficultés attentionnelles, entraîne une peur d'aller vers les autres en créant ou participant à une conversation par exemple. Ceci crée donc également l'isolement social. Tous ces éléments sont donc à prendre en compte dans la prise en charge en ergothérapie car cela peut rendre difficile l'adaptation ou encore la constitution du projet de vie de la personne (Mazaux, et al., 1997).

### 3.2 La réinsertion professionnelle

Les capacités sur le plan physique et sur le plan cognitif permettent aux personnes victimes d'un traumatisme crânien d'être autonome. En revanche la réinsertion professionnelle constitue un réel problème. En effet, seul 20% à 50% reprennent une activité professionnelle, mais pas nécessairement au poste antérieur (Gall, et al., 2007). En outre, au-delà de cinq ans sans avoir exercé une profession, la reprise du travail est très faible. Cependant, la moyenne d'arrêt après un traumatisme crânien est de deux ans. D'autant plus que la vie quotidienne de ces personnes est marquée par cinq facteurs qui engendrent du stress et de l'angoisse ce qui peut ralentir la réinsertion. Ce sont : la variabilité des troubles d'un moment à l'autre, le handicap invisible qui peut être compliqué à décrire pour eux et à justifier lors d'un entretien d'embauche. Parmi les troubles « invisibles » on peut retrouver la désorientation temporo-spatiale, les désinhibitions, les troubles mnésiques et enfin l'ectopie qui provoque des réactions inappropriées au contexte environnant. Ces éléments génèrent une désadaptation (Ait-Ali, Hennon, Huguenin, & Rossignol, 2001).

De plus, le fait d'être considéré comme « différent » impacte la motivation des personnes victime de traumatisme crânien graves. L'âge, le sexe, la situation professionnelle antérieure à l'accident, les séquelles physiques et cognitives ou encore les troubles du comportement influencent la reprise du travail (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).

Afin que la réinsertion professionnelle soit la plus rapide possible, il est nécessaire de démarrer la prise en soin dès le service MPR. Dans ce cas, cette prise en charge doit intégrer la famille, la vie au domicile, le travail et les loisirs. Elle est nécessaire et doit être progressive car même si la sortie de l'hospitalisation est attendue, elle met la personne face à ses difficultés dans la vie quotidienne. C'est pour cela que le suivi dans ce service peut continuer après l'hospitalisation pour réinsérer progressivement la personne grâce à un professionnel référent qui pourra assurer son suivi (DAJ, 2004).

Il y a également des centres d'insertions socio-professionnels dans les services MPR comme le réseau COMETE (Communication Environnement Tremplin vers l'Emploi). Ce réseau a pour objectif, dès la phase d'hospitalisation, d'accompagner la personne dans la construction d'un projet professionnel compatible avec son état de santé. Son action permet à la personne de ne pas rester trop longtemps sans activité professionnelle et lutte donc contre la désinsertion professionnelle. De plus, 83% des personnes suivies par le réseau COMETE ont été insérées par le biais du maintien de leur emploi, d'une entrée en formation adaptée à leur situation ou d'une reprise d'étude (France, s.d.).

Enfin, à la suite de l'hospitalisation, les personnes peuvent être suivies en UEROS ou encore SAMSAH et SAVS afin d'être accompagnées dans leur projet de réinsertion professionnelle.

#### 4. La prise en charge en ergothérapie

##### 4.1 Le modèle conceptuel

Pour une personne apathique, la réinsertion socio-professionnelle est un réel défi car sans motivation, la personne n'aura pas l'envie de se réinsérer et de mettre en place une stratégie de réussite.

Afin de l'accompagner, l'ergothérapeute peut utiliser le modèle de l'occupation humaine (MOH) (cf : annexe 2). Ce modèle a été élaboré en 1980 par Gary Kielhofner, ergothérapeute américain. Malgré le décès de son créateur, le modèle ne cesse d'évoluer au fil des années. Le MOH est un modèle top down centré sur l'occupation et sur le client. Il est holistique et est basé sur des données probantes. L'approche holistique vient de l'holisme, c'est-à-dire « *personne qui s'intéresse à son objet comme constituant un tout* ». L'approche holistique prend en compte la personne dans sa globalité (Azouvi, 2009). En effet, pour Gary Kielhofner, « *l'être humain est un être occupationnel et donc l'occupation*

*est essentielle dans l'organisation de la personne* » (Morel-Bracq, 2017). Il a donc créé son modèle sur une base d'interaction entre la personne, l'occupation et l'environnement.

Le MOH est décrit en trois grandes sphères : L'être, qui regroupe les composantes de la personne, l'agir qui regroupe la participation, la performance occupationnelle et les habilités. Et enfin le devenir qui résulte de l'être et de l'agir et qui permet de démontrer le degré d'adaptation de la personne à ses occupations (Turpin & Iwama, 2011).

L'Être est composé à son tour de trois niveaux : la volition, l'habituatation et la capacité de performance.

- La **volition** correspond à la motivation que possède une personne à agir sur l'environnement. Elle comprend les valeurs de la personne, ce qu'elle considère de signifiant et significatif, ses centres d'intérêts, ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser et la causalité personnelle, ce qu'elle pense et connaît sur son efficacité à réaliser une activité. Ce sont ce désir inné d'action et la motivation pour l'engagement professionnel qui forme la volition (Creativeoccupationaltherapy, 2018). C'est cette partie qui est altérée lorsqu'une personne souffre d'apathie.
- L'**habituatation** comprend l'organisation et l'intériorisation de comportements semi-automatiques. C'est constitué des habitudes et des rôles. Les habitudes sont la capacité à répondre et agir automatiquement et de façon constante dans un environnement familier. Les rôles sont, quant à eux, la détermination d'un statut social et/ou personnel ainsi que le comportement adapté à ce statut (CRMOH, s.d.).
- La **capacité de performance** ou capacité de rendement, est la capacité à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes (physiques ou mentales) et à l'expérience subjective du corps (CRMOH, s.d.).

La deuxième sphère du MOH est l'Agir. Elle est elle aussi constituée de trois niveaux : La participation occupationnelle, la performance occupationnelle et les habilités.

- La **participation occupationnelle** est « l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socioculturels spécifiques » (Morel-Bracq, 2017).
- La **performance occupationnelle** fait suite à la participation occupationnelle car c'est le fait de réaliser l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation

- Les **habilités** sont quant à elles sont les différentes actions qui permettent de réaliser l'action. Ce sont les habilités motrices, opératoires, de communication et d'interaction) (Kielhofner, 2008).

Enfin, la dernière sphère est le devenir qui est la conséquence de l'agir. En effet, toutes ces expériences vont générer une identité occupationnelle et une compétence occupationnelle qui vont permettre une adaptation lors de prochaines occupations. Cette identité occupationnelle combine ce que la personne a vécu et ce qu'elle souhaite devenir (Morel-Bracq, 2017).

Lors ces trois sphères, l'environnement est toujours présent et peut être facilitateur. En effet, il offre des ressources et des opportunités mais il peut également demander des exigences et des contraintes. Tout cela va influencer la participation de la personne. Quand évoque l'environnement, dans ce cas, on parle d'environnement physique (objets et espace physique) et environnement social (humain et socioculturel) (Turpin & Iwama, 2011).

#### 4.2 Le processus de remotivation

La motivation peut être touchée par toutes sortes de maladies physiques et mentales autant que par le vécu d'une personne. Afin de faciliter le rétablissement de la personne, ce processus de remotivation met en place de grandes idées sur la motivation et la participation à des activités significatives (UPE, s.d.).

Tout d'abord, définissons plus précisément la motivation. Pour Fenouillet, psychologue clinicienne, c'est « *une force propre à chaque personne qui permet d'expliquer le comportement ou l'action réalisée* » (Fenouillet, 2012). Elle peut être sous deux formes : la motivation extrinsèque qui est réglée par des déterminants ou stimuli externes. Elle dépend des besoins socio-culturels et peut être vécue comme une obligation. La motivation intrinsèque qui est quant à elle dirigée par des stimuli internes, propre à chacun. Elle permet à la personne d'agir selon ses propres convictions, ce qui a du sens pour elle. C'est une motivation source de bien-être et de positivité. Ces éléments peuvent être l'instinct, un besoin écologique, psychologique ou encore dû au contexte socio-culturel. Ils dépendent des centres d'intérêt de chacun et des valeurs (Offenstein, 2016). C'est donc la motivation intrinsèque qui sera travaillée avec le processus de remotivation.

Le processus de remotivation est une approche holistique créé par Carmen Gloria, ergothérapeute doctorante, car elle a observé un manque flagrant de stratégies d'intervention auprès des personnes atteintes d'un déficit volitionnel grave. Ce sont ces travaux qui ont influencé le modèle de l'occupation humaine. « *Le processus de remotivation désigne une stratégie d'intervention qui facilite et stimule*

*l'acquisition de la volition au fil des étapes naturelles du développement volitionnel* » (Bizier, et al., 2006). L'objectif est que la personne puisse acquérir son pouvoir d'agir en agissant sur son environnement. Elle va décliner ce processus en trois phases : l'exploration, la compétence et l'accomplissement.

Durant la phase d'exploration, l'objectif pour la personne est de développer l'estime de soi, de découvrir sa zone de confort, de développer la prise d'initiatives et la participation, de favoriser l'engagement dans les rôles sociaux, d'améliorer le sentiment d'autosatisfaction et découvrir ses capacités. L'ergothérapeute, quand à lui aura pour objectif, dans un premier temps, d'instaurer une relation de confiance avec la personne et s'appuiera au maximum sur les interactions possibles avec son environnement. Il pourra mettre en place des activités thérapeutiques signifiantes pour la personne pour développer sa curiosité en évitant toute situations d'échec afin de développer la notion de plaisir (DeLasHeras & Kielhofner, 2003).

Pour la deuxième étape qui est la compétence, la personne aura pour objectif d'accroître son sentiment d'efficacité. C'est à partir de cette étape que la personne élabore des projets personnels. Pour les mener à bien, la personne va apprendre à gérer ses expériences, et développer ses responsabilités afin d'accroître le sentiment d'autonomie et d'indépendance. L'ergothérapeute sera une aide physique et émotionnelle en collaboration avec la psychologue dans les situations compliquées. Il pourra mettre en place des temps de réflexions pour guider la personne (DeLasHeras & Kielhofner, 2003).

Enfin, la dernière étape est l'accomplissement. La personne doit choisir ses plans d'action face à des nouvelles difficultés. Pour cela, l'ergothérapeute va commencer par conseiller la personne et la guider, puis va se retirer petit à petit afin que la personne soit le plus autonome et indépendant possible dans la réalisation de ses activités. Le but étant que la personne puisse construire et atteindre de nouveaux objectifs en faisant face aux difficultés et en ayant confiance en elle (DeLasHeras & Kielhofner, 2003).

Dans le cadre de la réinsertion socio-professionnel les objectifs du processus de remotivation peuvent être divers comme : se rendre compte des difficultés et changer de formation, mettre en avant ses centres d'intérêts et faire le lien avec un formation ou activité professionnelle ou encore rencontrer des personnes dans le même cas qui leur font part de leur expérience de réussite (DeLasHeras & Kielhofner, 2003).

Chacune de ces trois phases sont créées de façon étudiée. « *Elles sont organisées selon des stratégies d'intervention dont les étapes succèdent une séquence logique correspondant à l'accroissement volitionnel, qui varie selon l'évolution de la confiance en soi du client dans divers environnements* » (Bizier, et al., 2006).

« *Le processus de remotivation est basé sur la compréhension des caractéristiques volitionnelles propres à chaque individu. Il faut pour cela recueillir les données sur les antécédents relatifs au rendement occupationnel du client, notamment à propos de son processus volitionnel, avant de commencer l'intervention* » (Bizier, et al., 2006). Dans un premier temps, afin de recueillir ces données diverses, l'entretien motivationnel peut être intéressant mais également les évaluations peuvent être bénéfiques telles que le MOHOST qui découle du MOH et qui contient toute une catégorie d'item pour évaluer la motivation (Parkinson, Forsyth, & Kielhofner).

Il est important que le processus de remotivation soit mené par une équipe pluridisciplinaire comprenant l'ergothérapeute, la famille et le réseau social d'autant plus dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle. Le temps nécessaire pour atteindre la fin du processus dépend du rythme de progression du développement volitionnel de chaque client (Bizier, et al., 2006).

Pour donner suite à ces concepts théoriques j'ai pu déterminer une hypothèse :

**Le processus de remotivation permet d'amorcer la réinsertion socio-professionnelle d'une personne traumatisée crânienne apathique.**

## **Partie Expérimentale**

A travers cette partie, l'objectif est de valider ou d'invalidier l'hypothèse émise à la suite de mes recherches théoriques, en élaborant un dispositif de recherche.

### 1- Méthodologie de l'enquête

Selon Dépelteau, docteur en sciences politiques, une démarche scientifique est « *un moyen pour accéder à la connaissance scientifique* ». Ainsi, une fois la problématique et l'hypothèse définies, il faut déterminer une méthodologie de recherche et construire un outil afin de collecter des données. Ensuite, il convient de choisir la population mère, un échantillonnage ainsi qu'une technique d'échantillonnage afin de réaliser un recueil de données auprès de professionnels (Dépelteau, 2010).

#### 1.1 Objectifs de l'enquête



La première étape est de déterminer les objectifs de l'enquête. Ce sont les suivant :

- **Déterminer** les difficultés des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle.
- **Identifier** l'impact du processus de remotivation chez les personnes apathiques
- **Identifier** les autres moyens utilisés par l'ergothérapeute dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens apathiques.
- **Evaluer** la capacité du processus de remotivation en ergothérapie dans les premiers instants de la réinsertion socioprofessionnelle des personnes traumatisées crâniennes apathiques.

## 1.2 Population

A la suite des recherches exploitées dans la partie conceptuelle, j'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes de différentes structures afin de disposer d'une multitude d'informations et de points de vue variés. Cela me permettra de recueillir les ressentis sur l'utilisation et l'impact du processus de remotivation sur la population étudiée. Afin de cibler mes entretiens, j'ai déterminé les critères d'inclusion et d'exclusion répertoriés dans le tableau suivant.

	<b>Ergothérapeutes</b>
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapeutes diplômés d'état.</li> <li>- Ergothérapeutes travaillant auprès de personnes traumatisées crâniennes apathiques.</li> <li>- Ergothérapeutes travaillant dans la réinsertion socio-professionnelle des personnes traumatisées crâniennes apathiques.</li> </ul>
<b>Critères de non-inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé avec des personnes souffrant d'apathie.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé la réinsertion socio-professionnelle.</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapeutes ne maîtrisant pas la langue française et n'ayant pas le diplôme d'état français d'ergothérapie.</li> </ul>

*Tableau 1 : Critères d'inclusion de la population interrogée.*

Le mode d'accès à la population s'est effectué grâce à divers canaux. En effet, j'ai eu l'occasion de solliciter des ergothérapeutes via les réseaux sociaux (groupes d'échange entre ergothérapeutes et étudiants) mais également via des mails. J'ai pu contacter les ergothérapeutes rencontrés lors de mes stages et est demandé aux personnes interrogées de me mettre en relation avec leurs homologues. Plus d'une cinquantaine de personnes ont été contactées par mailing, sans compter les réseaux sociaux et seulement cinq personnes ont répondu positivement. Les structures que j'ai ciblées sont les services de neurologie, les UEROS, les SAMSAH, les ESAT, les ESRP (Etablissement et Service de Réadaptation Professionnelle), ESPO (Etablissement et Service de Pré Orientation) ainsi que les structures appartenant au réseau COMETE. Tous les ergothérapeutes interrogés travaillent dans des endroits distincts afin de ne pas biaiser l'enquête.

### 1.3 Outils

Compte tenu de la population impliquée et des objectifs d'enquête, il me paraissait intéressant d'utiliser les entretiens comme outil d'investigation. En effet, un entretien « *est l'action d'échanger des propos avec une ou plusieurs personnes* » (CNRTL, s.d.). En revanche, d'après Blanchet, A., sociologue et professeur en psychologie française et Gotman, A., directrice de recherche émérite CNRS, « *un entretien convient pour une personne ou un groupe de personnes restreints mais semble peu adapté et trop couteux lorsqu'il est utilisé avec un nombre de personnes trop élevé* » (Blanchet & Gotman, 2015). Mon étude portant sur un faible échantillon de personnes, cela conviendrait. L'objectif de l'utilisation de cet outil est de recueillir des informations de type qualitative. En effet, une étude qualitative se base sur des impressions, des opinions et des avis pour recueillir des informations tandis qu'une étude quantitative se base sur des chiffres, des proportions (INED, s.d.). Concernant mon

hypothèse, il était plus adapté de choisir l'étude qualitative et ainsi de recueillir le retour d'expérience des ergothérapeutes et d'analyser la pertinence du processus de remotivation avec ce type de personne. En cas de non utilisation du processus de remotivation de la part des ergothérapeutes interrogés, ce type d'entretien me permettra de relever le champs lexical se rapportant aux différents thèmes.

Les avantages de l'utilisation de la technique d'entretien en général comme outils d'investigation sont:

- Un pourcentage de réponse élevé
- Une analyse de sujet précis
- Les réponses spontanées
- Les réponses définitives
- Les réponses plus riches et nuancées
- Une exploration du ressenti, des sentiments, des impressions, des opinions et des attitudes
- L'enquête peut paraître plus divertissante et mieux acceptée

(Debret, 2019)

En revanche, il y a également des limites qui sont :

- Une modalité chronophage
- Méthode couteuse
- Réactivité maximale
- Une influence de l'interviewer dans les réponses

(Debret, 2019)

Il existe différents types d'entretiens comme l'entretien directif, qui a une structure bien définie à respecter, l'entretien semi-directif et l'entretien libre qui ne comporte pas de questions pré-écrites ou de structure (Claude, Les types d'entretiens : directifs, semi-directif ou no-directif, 2021). Ici, je souhaite utiliser l'entretien semi-directif.

#### 1.4 Limites de l'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif est caractérisé par un discours par thème dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité et l'interviewé. Les informations sont recueillies dans un laps de temps raisonnable et sont de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi (Combessie, 2007). En revanche, il présente des avantages et des limites. Les avantages sont :

- Des questions plus ouvertes et la possibilité de relancer la personne interrogée.

- Une trame ouverte pour rajouter des questions en fonctions des réactions et réponses de l'interviewé.

(Claude, Les types d'entretiens : directifs, semi-directif ou no-directif, 2021)

Les limites sont :

- La visée principalement qualitative
- Le temps de réponse de l'interviewé est limité
- Une multitude de réponse doivent être apportées par l'interviewé dans un temps défini

(Claude, Les types d'entretiens : directifs, semi-directif ou no-directif, 2021)

### 1.5 Construction de guides d'entretiens

Afin de ne pas oublier d'informations et d'organiser mes questionnements, j'ai construit un guide d'entretien (cf : Annexe 3). D'après Gaspard Claude, journaliste français, un guide d'entretien semi-directif doit contenir principalement des questions ouvertes afin de laisser la personne interrogée construire des réponses longues d'autant plus qu'elle possède un large champ de connaissances dans le domaine étudié. Ensuite, il est important de créer des thèmes en adéquation avec les objectifs de l'étude afin de classer les questions et créer une trame. En revanche, les questions doivent être données dans un ordre précis, c'est-à-dire de la plus générale à la plus détaillée. En effet, Gaspard Claude insiste sur cette étape car selon lui, c'est la plus importante. Il explique que l'ordre des questions peut influencer les réponses donc ce n'est pas une étape à négliger. Des questions de relance sont également à prévoir lorsque la personne interrogée ne donne pas de réponse complète. De plus, après la création des questions et des thèmes, il est important de déterminer ce que l'on cherche à savoir et par quels moyens (Claude, Le guide d'entretien : caractéristiques et exemples, 2020). Pour construire mon guide d'entretien j'ai donc suivi ces étapes.

Dans un premier temps, le guide d'entretien commence par un recueil de données générales, à savoir le parcours professionnel de l'ergothérapeute ou encore son lieu d'exercice afin de valider les critères d'inclusion.

Ensuite, l'entretien s'axe sur le mode de prise en charge de façon générale d'une personne traumatisée crânienne apathique ainsi que sur les difficultés rencontrées. Le champ lexical de la volition est repéré afin de mieux comprendre les limites et difficultés de la prise en charge en ergothérapie de cette population.

Ensuite, les questions portent sur les outils utilisés par l'ergothérapeute avec cette population dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle.

Puis, j'évoque le processus de remotivation et l'explique si la personne ne le connaît pas. Cette partie me permet d'évaluer l'impact du processus de remotivation chez les traumatisés crâniens apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle.

Puis, le thème suivant se centre sur les avis concernant le processus de remotivation. Grâce au champ lexical repéré précédemment et à la réponse aux questions concernant les limites et intérêts de l'outil, cela va me permettre d'évaluer la capacité du processus de remotivation en ergothérapie dans les premiers instants de la réinsertion socioprofessionnelle des personnes traumatisés crâniennes apathiques.

La dernière question ouverte offre la possibilité à la personne interrogée d'ajouter des éléments complémentaires qui lui semblent important.

## 1.6 Paramètres environnementaux

Les paramètres environnementaux ont été déterminés avec les interviewés et ont tous été effectués par téléphone ou en présentiel.

## 2- Présentation des résultats

Cette partie est relative à la présentation des résultats de l'enquête. Ils seront détaillés par thème, comme dans le guide d'entretien préalablement présenté. Lorsque je voudrais indiquer une information concernant l'ergothérapeute 1, je le noterai « E1 » et ainsi de suite pour les autres ergothérapeutes. L'entretien de E1 a été retranscrit en annexe 4.

### 2.1 Résultats bruts d'analyse

Afin de répondre à ma problématique et de valider ou invalider mon hypothèse, j'ai pu interroger cinq ergothérapeutes. J'ai choisi volontairement d'interroger des personnes travaillant dans différents types de structures et à différents stades du parcours de soin de la personne une fois le retour à domicile effectué. En effet, cela me permet de disposer des informations variées sur la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle.

Afin de présenter au mieux ces résultats bruts, j'ai compilé les informations sous forme de tableaux en fonction des thèmes présentés dans le guide d'entretien (cf : Annexe 5-6-7-8-9). Afin de mieux comprendre les résultats d'analyse, ils seront présentés dans l'ordre des questions posées lors des entretiens.

Les informations relatives au profil des ergothérapeutes interrogés ainsi que sur le type d'entretien sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.


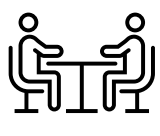



	E1	E2	E3	E4	E5
<b>Etablissement</b>	UEROS	HDJ Neurologie	ESRP	ESAT	SAMSAH CRLC
<b>Nombre d'années de pratique dans cet établissement</b>	2 ans	39 ans	3 ans	14 ans	14 ans
<b>Année du diplôme</b>	2019	1983	2006	2003	2001
<b>Localisation</b>	Île de France	Île de France	Hors Île de France	Hors Île de France	Hors Île-de-France
<b>Durée de l'entretien</b>	50min22	29min37	43min49	38min25	47min42
<b>Téléphone ou présentiel</b>					

Tableau 2 : Profils des ergothérapeutes interrogés

### 2.1.1 L'apathie, un trouble complexe à prendre en charge

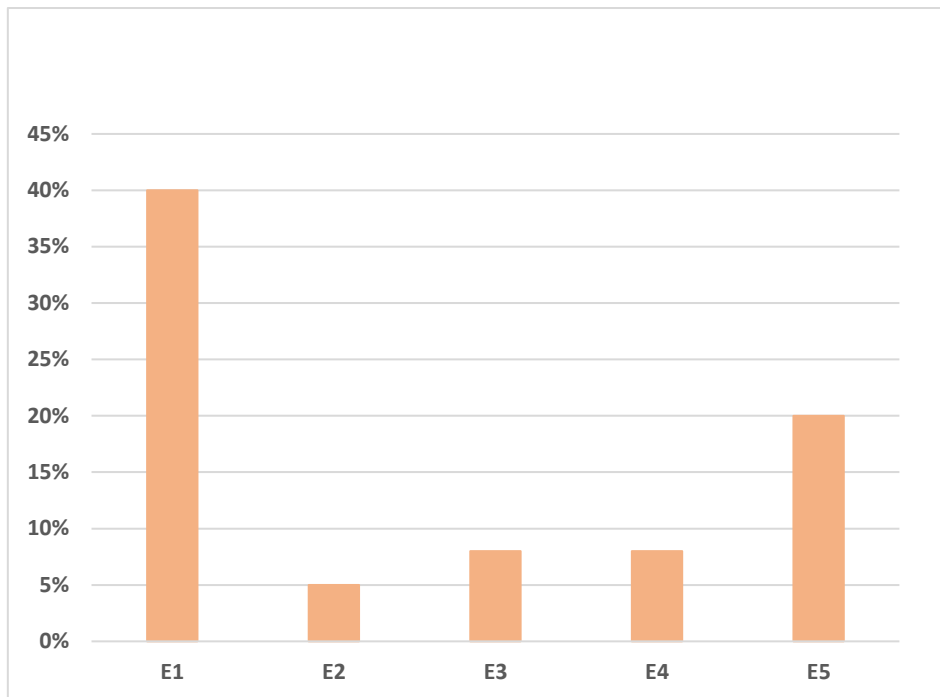
Après avoir interrogé les cinq ergothérapeutes sur leur parcours professionnel, mes questions se sont portées sur la prise en charge de l'apathie. Pour commencer, chacun a pu donner sa propre définition de ce trouble. Leurs définitions sont répertoriées dans la figure ci-dessous.



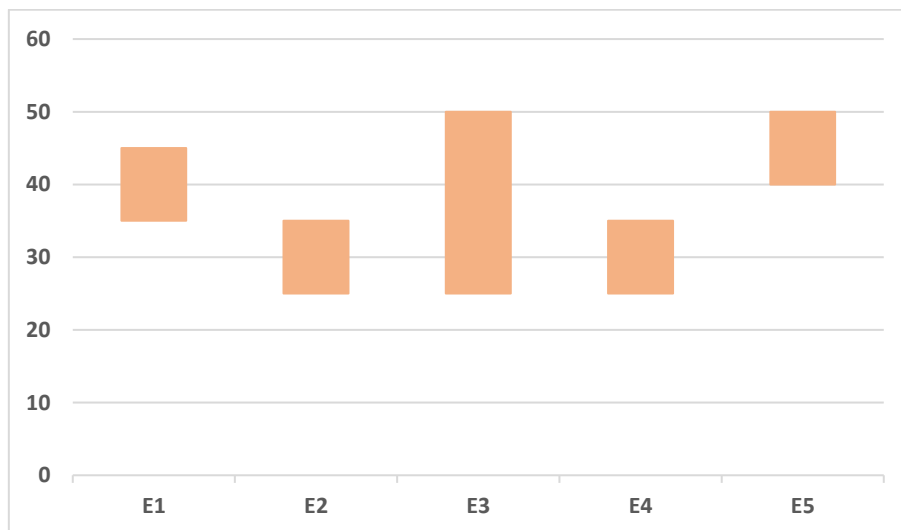
Figure 1 : Définitions de l'apathie selon les ergothérapeutes interrogés

E2 utilise le mot « *aboulie* » pour décrire l'apathie ou encore « *apragmatique* » alors que les autres ergothérapeutes utilisent le mot « *apathie* ». Les termes « *manque de motivation* » et « *manque de prise d'initiative* » reviennent à chaque fois. E3 exprime la perte d'initiative cognitive mais également physique pour décrire l'apathie. Quant à E5, il évoque les expressions faciales et la communication.

Une fois les verbatims repérés, je me suis intéressée à la fréquence et à la tranche d'âge des personnes traumatisées crâniennes apathiques. Les résultats sont présentés via les graphiques ci-dessous.



*Graphique 1 : Histogramme représentant la fréquence des personnes traumatisées crâniens apathiques prises en charge par les ergothérapeutes interrogés*



*Graphique 2 : Diagramme en bâton représentant la tranche d'âge des personnes traumatisées crâniens apathiques prises en charge par les ergothérapeutes interrogés*



La fréquence évolue de 0,5% à 40% et la tranche d'âge varie entre 25 et 50 ans.

La suite de mes questions d'entretiens portaient sur la prise en charge générale d'une personne apathique afin de comprendre l'évolution quant à la réinsertion socio-professionnelle. Les réponses obtenues sont retranscrites dans le tableau ci-dessous.

	Réponses
<b>E1</b>	<p>« La première phase je dirai que c'est l'accueil de la personne »</p> <p>« Après moi ce que je fais en général, il y a un atelier pour tout ce qui est parler de compensation que ce soit outils ou stratégies et cet atelier est un petit peu accès en fonction de ce qui a été évalué et observé avant par rapport au domaine d'accompagnement »</p> <p>« Ensuite, parfois on organise des rendez-vous individuels où on parle un peu plus avec la personne si besoin et donc là parfois la personne est mise face à ses difficultés qu'elle peut avoir pour des choses toute simple de la vie quotidienne »</p> <p>« Il faut de la patience, du temps »</p> <p>« Mettre en place des stratégies pour peut-être motiver un petit peu plus la personne comme mettre des rappels sur le téléphone »</p> <p>« Il y a d'autres troubles associés qui peuvent faire qu'elle ne fera pas la démarche »</p> <p>« Il faut trouver le bon outil et surtout il faut de l'entraînement »</p> <p>« Il faut ancrer l'outil dans les habitudes de vie de la personne »</p> <p>« Ce qui est important pour les personnes apathiques, enfin ce que j'ai observé c'est la dynamique avec les interactions sociales »</p> <p>« Importance du relais avec les autres structures après le stage UEROS »</p> <p>« Trouver des choses qui pourraient l'intéresser en fonction de ses centres d'intérêts »</p>
<b>E2</b>	<p>« La connaissance du patient commence toujours pas un recueil de données »</p> <p>« Ensuite, il faut savoir d'où en est le patient, quelles sont ses plaintes et ses souhaits et rentrer en relation avec lui »</p> <p>« Connaître où en est la personne dans la connaissance de ses difficultés »</p> <p>« Projet d'intervention co-construit avec le patient »</p> <p>« Éviter tout échec, toute mise à l'épreuve, et partir sur quelque chose qui est dans ses habitudes et qui est signifiant »</p> <p>« C'est la réussite qui est vraiment le tremplin pour pouvoir construire notre projet »</p> <p>« Cela prend du temps »</p>

	<p><i>« Il faut ancrer les moyens de compensations dans les habitudes de vie de la personne »</i></p> <p><i>« Faire un tri dans ce qui est important pour le patient et ce qu'il l'est moins »</i></p> <p><i>« Viser des activités signifiantes et les graduer »</i></p> <p><i>« Créer des moyens de compensations comme les calendriers hebdomadaires, les alarmes »</i></p> <p><i>« Créer des moyens de gratifications »</i></p>
<b>E3</b>	<p><i>« Sensibiliser l'entourage »</i></p> <p><i>« Informer sur le retentissement du handicap après des formateurs »</i></p> <p><i>« Trouver les canaux pour déclencher l'action ou le raisonnement, la pensée ou la communication »</i></p> <p><i>« Comprendre les attentes de la personne »</i></p> <p><i>« Eviter les prises de parole en public pendant les formations »</i></p> <p><i>« Accompagner la personne et l'observer pendant la formation »</i></p>
<b>E4</b>	<p><i>« Trouver un emploi avec des tâches automatisées »</i></p> <p><i>« Eviter les situations qui nécessitent des prise d'initiative ou une disponibilité cognitive trop importante »</i></p> <p><i>« Faire des mises en situation de tâches professionnelles »</i></p> <p><i>« Les tâches ont besoin d'être séquencées »</i></p> <p><i>« Faire des check-list »</i></p> <p><i>« Accompagner ou juste notre présence peut leur faire du bien »</i></p> <p><i>« On met également en place des ateliers de groupe comme la cuisine ou le théâtre avec des intervenants extérieurs »</i></p> <p><i>« On est essentiellement là pour les sécuriser, les valoriser, de mettre de la motivation, de mettre des objectifs »</i></p> <p><i>« Besoin de stimulation »</i></p>
<b>E5</b>	<p><i>« Faire du lien avec les aidants »</i></p> <p><i>« Former et informer l'entourage »</i></p> <p><i>« Il faut au maximum les stimuler »</i></p> <p><i>« Dans notre prise en charge on doit faire valoir le handicap invisible et mettre en place des compensations donc des moyens de compensations humain le plus possible ou sinon techniques comme les alarmes »</i></p> <p><i>« Comprendre le projet de la personne »</i></p>

Tableau 3 : Modes de prise en charge des personnes traumatisées crâniennes apathiques d'après les ergothérapeutes interrogés

La figure ci-dessous montre les mots, en caractère plus ou moins gros en fonction de leur fréquence d'utilisation, qui sont employés par les ergothérapeutes interrogés et qui relèvent du champ lexical du processus de remotivation.



Figure 2 : Champs lexical du processus de remotivation repéré dans les entretiens des ergothérapeutes interrogés

Tous les ergothérapeutes interrogés ont au moins utilisé, lors de tout l’entretien, un des mots de cette figure.

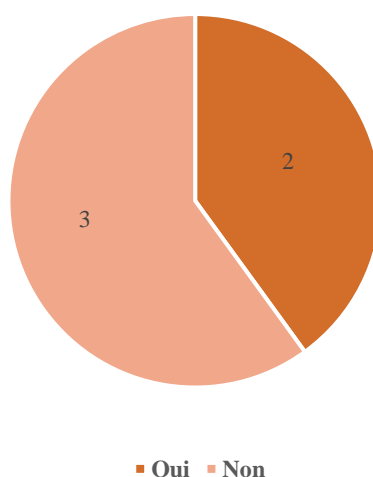
Ma question suivante portait sur les obstacles et facilitateurs de la prise en charge de ce trouble en ergothérapie. Le principal obstacle que relève E2 face à ce trouble est le diagnostic. D’après elle, l’apathie est souvent confondue avec la dépression et c’est un trouble reconnu que depuis une époque récente. S’ajoute à cela la difficulté à « *transposer les acquis dans son environnement* ». Pour E3 et E4, l’obstacle peut être la compréhension du trouble de la part du patient mais également les troubles qui sont associés à l’apathie. E3 ajoute qu’il est important de comprendre la priorité du patient et d’organiser le plan d’intervention en fonction de ce critère. Il précise également que « *les procédures juridiques en cas d’AVP ou de dommage corporel* » sont également un obstacle. E5 précise que les obstacles à cette prise en soin sont « *inhérents à la personne* ». E1 quant à elle explique que c’est le manque de motivation et d’envie qui peut freiner majoritairement la prise en charge.

Malgré ces obstacles, ils sont tous d’accord pour expliquer qu’il existe des facilitateurs. En effet, E1 insiste sur « *Ce qui est facilitant, malgré le manque de motivation ou de prise d’initiative, la personne, en tout cas les personnes que j’ai pu rencontrer ont quand même la volonté de faire les choses. C’est*

*un peu contradictoire mais en tout cas elles ne sont pas réfractaires à ce qu'on peut leur demander. C'est simplement qu'elles peuvent avoir toute la volonté du monde mais elles ne le feront pas donc c'est important qu'on les accompagne.* » Elle est également d'accord avec E3 pour exprimer que la famille est un soutien indispensable à la prise en charge. E2 précise qu'il est important d'accepter la temporalité. Enfin, E5 précise que les aides humaines sont facilitatrices dans le quotidien de la personne et impossibles sans l'appui du dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

### 2.1.2 Le processus de remotivation, un outil emblématique de la volition

Mon hypothèse s'axant sur le processus de remotivation, j'ai décidé de choisir un thème de mon guide d'entretien sur ce sujet afin de mieux comprendre l'outil et de vérifier sa fréquence d'utilisation. Sur le graphique ci-dessous est indiqué le nombre d'ergothérapeute connaissant ou non le processus de remotivation.



*Graphique 3 : Diagramme circulaire représentant la connaissance du processus de remotivation des ergothérapeutes interrogés*

Après leur avoir expliqué le processus de remotivation et le rôle de l'ergothérapeute à cette étape, je leur ai demandé de relever les limites et points forts de cet outil. E1 et E2 sont d'accord pour dire que « *la famille n'est pas forcément proche de la personne* » ou encore que « *la famille n'est pas toujours présente* ». E1 rajoute qu'il serait intéressant d'avoir une autre partie pour évaluer l'efficacité du processus de remotivation. De plus elle exprime que « *cet outil est intéressant mais méfiance sur la suite de l'accompagnement une fois terminé. Il faut trouver un relai d'accompagnement* ». E2 et E5,

quant à eux utilisent tous les deux le terme « *idéaliste* » pour qualifier le processus de remotivation. E2 ajoute l'importance du groupe. E3, E4 et E5 expriment l'importance de prendre en compte les autres troubles associés au traumatisme crânien lors de la prise en charge et dans le cas où l'on utilise ce processus, il y a un risque de se heurter à ces troubles. E3 et E5 s'interrogent tous les deux sur la méthode à utiliser pour que la personne adhère à ce processus et pour trouver ses centres d'intérêts. E3 m'informe qu'il lui manque l'information sur l'échelle de temps. E4 et E5 pensent qu'il faudrait rajouter un travail sur le deuil de la vie antérieure de la personne « *qui est indispensable pour poursuivre un projet, surtout professionnel* ». Enfin, E4 rajoute l'importance du suivi psychologique.

### 2.1.3 Lutter contre l'apathie

Le dernier thème abordé lors de la passation de ces entretiens concerne les outils utilisés par les ergothérapeutes dans le cadre de la prise en charge en ergothérapie des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans la réinsertion socio-professionnelle.

E1, E2 et E5 utilisent la « *mise en place de stratégie par rapport aux besoins et centres d'intérêt du patient* » ou « *un outil personnalisé* ». E3 utilise l'autodétermination et E4 essaie de transférer ce qu'elle utilise en pédiatrie sur l'adulte, c'est-à-dire la motivation par l'image. Elle ajoute qu'il faut « *faire attention à l'environnement complet de la personne* ». E5 utilise l'outil PAAC ainsi que des moyens de compensation matériels et humains.

Concernant le taux de réussite de ces personnes dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle, tous les ergothérapeutes sont d'accord pour dire qu'il est difficile de parler de « réussite » et de ce fait, il ne peuvent pas me donner de chiffre précis.

## 2.2 Analyse des résultats

Pour analyser les résultats et ainsi valider ou invalider mon hypothèse, je suis partie des objectifs de l'enquête précédemment mentionnés. Pour rappel, mon hypothèse est la suivante : Le processus de remotivation permet d'amorcer la réinsertion socio-professionnelle d'une personne traumatisée crânienne apathique.

Les objectifs de mon enquête sur lesquels je me suis appuyée pour mener mes entretiens sont les suivants

- **Déterminer** les difficultés des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle.

- **Identifier** l'impact du processus de remotivation chez les personnes apathiques
- **Identifier** les autres moyens utilisés par l'ergothérapeute dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens apathiques.
- **Evaluer** la capacité du processus de remotivation en ergothérapie dans les premiers instants de la réinsertion socioprofessionnelle des personnes traumatisées crâniennes apathiques.

Pour analyser les résultats et répondre aux objectifs, mon analyse va s'appuyer sur les thèmes suivant : l'apport de l'ergothérapeute dans la prise en charge des personnes apathiques / l'utilisation du processus de remotivation : les limites et avantages de ce processus dans la réinsertion socio-professionnelle / La réussite des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle.

## 2.2.1 L'apport de l'ergothérapeute dans la prise en charge des personnes apathiques

### 2.2.1.1 Les premiers instants de la prise en charge : un moment décisif pour l'ergothérapeute et la personne

Tout d'abord, nous remarquons qu'excepté E1 et E5, les ergothérapeutes ne suivent pas beaucoup de personnes traumatisées crâniennes qui présentent le trouble de l'apathie. Ce type de population reste rare. Concernant la tranche d'âge, cela va de 25 à 50 ans.

Afin d'optimiser la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes apathiques, il est indispensable de bien cerner ce trouble. Les ergothérapeutes interrogés utilisent des verbatims communs mais ajoutent des précisions qui ont un impact sur la prise en charge. En effet, comme dit précédemment, E2 utilise le mot « *aboulie* » pour décrire l'apathie ou encore « *apragmatique* », E3 exprime la perte d'initiative cognitive mais également physique pour décrire l'apathie et E5 évoque les expressions faciales et la communication. Nous remarquons que les seules personnes qui décrivent l'apathie autrement que par l'aspect cognitif sont E3 et E5. Ces différentes définitions nous montrent déjà que les interventions sont différentes. En outre, la prise en charge évolue aussi en fonction de la structure d'appartenance de l'ergothérapeute.

Cependant, la prise en charge comporte des points communs.

D'abord, tous les ergothérapeutes sont en adéquation pour affirmer qu'une relation de confiance est indispensable pour identifier les besoins et envies de la personne. Une fois cette relation de confiance installée, le champ d'action de l'ergothérapeute sera élargi pour coconstruire avec la personne des

objectifs et un plan d'intervention adapté et personnalisé. E5 évoque les expressions faciales et la communication, cela signifie que l'ergothérapeute pourra s'appuyer sur les éléments verbaux et non verbaux de la communication pour recueillir les données. En effet, ces signaux permettent à l'ergothérapeute de rebondir sur le manque d'envie ou de motivation de la personne. Les ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire que cette étape est générale dans le cadre de la prise en charge d'une personne apathique.

#### 2.2.1.2 L'apathie : une prise en charge unique ou personnalisée ?

Une fois le plan d'intervention établi, afin de lutter contre l'apathie, l'ergothérapeute, en collaboration rapprochée avec le neuropsychologue et le psychologue, va proposer des moyens de compensation comme l'alarme ou un calendrier hebdomadaire. En effet, tous les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que l'important dans la prise en charge en ergothérapie des personnes traumatisées crâniennes apathiques est la mise en place de compensation, leur intégration dans les habitudes de vie et dans leur participation occupationnelle ou encore le rôle crucial de l'entourage malgré la majorité de la personne.

Or, il convient de vérifier l'adéquation de ces moyens avec la personne. Tous les ergothérapeutes alertent sur la longueur de cette étape et indiquent qu'il faut réitérer les essais et qu'il faut s'armer de patience. Pour que ces outils fonctionnent, E2 ajoute qu'il est indispensable de trouver des systèmes de gratification et graduer les tâches demandées. La valorisation et le renforcement de la personne va contribuer à l'accomplissement de progrès. E4 poursuit d'ailleurs avec le même objectif qu'E2. En effet, pour E4, « *on est essentiellement là pour les sécuriser, les valoriser, de mettre de la motivation, de mettre des objectifs* ». Ces termes renvoient au champ lexical de la volition et donc paraissent essentiels dans la prise en charge d'une personne ayant ce type de trouble. L'utilisation de ce vocabulaire aide l'ergothérapeute à construire son plan d'intervention et permet de mettre le patient face à ses difficultés. De plus, tous décrivent l'importance de ne pas mettre en échec la personne et d'inscrire plutôt la démarche d'accompagnement dans une stratégie de réussite. En effet, la mise en échec peut être difficile à vivre et entraîner une démotivation pouvant aller jusqu'à l'apathie. E3 ajoute l'importance de « *trouver des canaux pour déclencher l'action ou le raisonnement, la pensée ou la communication* ». Cela permet d'éviter les situations d'échec et de mieux comprendre la personne. De plus, l'utilisation des bons canaux s'ajoute au fait de se concentrer sur les centres d'intérêt de la personne pour proposer un plan d'intervention, des outils ou des moyens de compensations personnalisés. En revanche, E5, insiste sur le fait de favoriser les moyens de compensation humains plutôt que techniques. Cela permet de stimuler la personne au quotidien pour initier l'action. E1, E4 et E5 insistent également sur la dynamique des interactions sociales. Elles valorisent la personne et

permet de partager son vécu avec d'autres personnes qui vivent des situations similaires. Cela peut même créer une motivation collective. C'est pour cela que E1, E4 et E5 mettent en place des activités thérapeutiques de groupe telles que la cuisine, le théâtre ou encore les mises en situations de travail. Ces activités thérapeutiques groupales ont pour but de favoriser l'interaction sociale mais également de travailler sur la prise d'initiative et les fonctions exécutives. C'est pourquoi tous les ergothérapeutes interrogés expriment l'importance de la prise en compte des troubles associés à l'apathie. E5 rapporte que souvent ce sont les troubles mnésiques qui s'associent et qui freinent la prise en charge. De plus, les autres ergothérapeutes interrogés mettent en avant le syndrome dysexécutif qui peut créer des troubles de la communication, du comportement, des troubles cognitifs et psychiques ce qui complique la prise en charge. L'anosognosie, également souvent mentionné, peut freiner la prise d'initiative.

Dans la prise en soin de ce type de personne, des obstacles sont signalés par les ergothérapeutes interrogés. Tout d'abord E2 affirme que le premier écueil serait la difficulté d'établir le diagnostic. Ce trouble est souvent confondu avec la dépression ce qui impacte le mode de prise en soin de la personne. C'est pour cela qu'il est important de diagnostiquer la personne pour créer des objectifs en lien avec son trouble. Ensuite, la seconde difficulté remontée est la réussite à faire adhérer la personne aux moyens de compensations mis en place et de les intégrer à part entière dans ses habitudes de vie et dans sa participation occupationnelle.

### 2.2.1.3 Collaboration entre professionnels et entourage : une nécessité dans la prise en charge ?

L'étape commune à tous les ergothérapeutes questionnés est la sensibilisation des proches. Cependant, ils alertent sur le fait que la personne est majeure, c'est donc elle seule qui pourra autoriser les soignants à contacter la famille. Ils observent que souvent, la personne et l'entourage proche ne connaissent pas le trouble exacte de la personne et ce qui peut créer des conflits ou des tensions au sein de la famille par exemple. Selon E5 et E3, « *former et informer l'entourage* », « *faire du lien avec les aidants* », « *sensibiliser l'entourage* » fait partie des premières missions de l'ergothérapeute. Selon eux, le lien avec la famille est essentiel car c'est elle qui est présente au quotidien et qui peut stimuler la personne. Or les troubles associés peuvent également modifier le comportement de la personne voire modifier sa personnalité ce qui rend l'accompagnement familial d'autant plus compliqué. C'est pour cela que le rôle de l'ergothérapeute auprès des aidants concernant la compréhension des troubles est également primordial.

La collaboration avec les autres professionnels de la structure, comme dit précédemment, aide à la prise en charge et permet une complémentarité, et une prise en charge pluridisciplinaire. En effet, la collaboration entre le neuropsychologue, le psychologue et l'ergothérapeute vont permettre de trouver



des moyens de compensation adaptés, signifiants et réalisables. Les chargés d'insertion sont également importants car leur proximité avec les patients jouent un rôle considérable dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle.

En revanche, il est également essentiel d'établir un lien avec les professionnels extérieurs après le séjour ou la fin du suivi dans la structure. En effet, E1 insiste sur la difficulté de trouver des relais. Les délais peuvent être extrêmement longs et entraîner une rechute dans l'apathie.

#### 2.2.1.4 La réinsertion socio-professionnelle : une épreuve à franchir

Concernant la réinsertion socio-professionnelle, E4 détaille précisément la prise en charge et indique que la recherche d'emploi doit s'articuler autour de tâches automatisées et séquencées et de disponibilité cognitive peu importante. L'objectif pour E4 est de travailler en collaboration avec le trouble de l'apathie. Primordiale, cette approche permettra d'inscrire la personne dans une démarche positive et active et diminuera les situations d'échec, limitera au maximum les situations de prise d'initiative. De plus, E3 précise qu'il est important d'accompagner la personne dans les premiers moments de la formation. La présence de l'ergothérapeute avec qui elle a une relation de confiance, est présente dans les premiers jours de formation pour l'accompagner et l'observer, va la valoriser et la sécuriser. L'ergothérapeute pourra également informer le formateur des difficultés rencontrées par la personne avec son accord. Cela va concourir à sa réassurance. La simple présence du thérapeute, sans forcément d'interaction va participer à la stimulation de la personne pour entrer dans l'action. de réassurer la personne.

Enfin, E5 souligne l'importance de faire valoir le handicap invisible dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle afin d'éviter toute incompréhension, maladresse ou erreur d'appréciation qui augmenterait les difficultés d'insertion.

#### 2.2.2 L'utilisation du processus de remotivation : les limites et avantages de ce processus dans la réinsertion socio-professionnelle

Parmi les ergothérapeutes interrogés, aucun n'utilise le processus de remotivation en tant que tel dans sa pratique. En revanche, après explication de l'outil, deux d'entre eux (E4 et E5) m'informent qu'ils utilisent les mêmes étapes sans connaître le terme « processus de remotivation ». Les trois autres séduits par la démarche ont souhaité plus d'informations. J'avais, lors de chaque entretien, repéré que tous utilisaient le champ lexical du processus de remotivation grâce aux verbatims suivants utilisés -

« *recueil de données* », « *relation de confiance* », « *valoriser* » ou encore « *grader* ». La méconnaissance de l'outil n'empêche pas l'utilisation de certaines étapes dans la prise en charge en ergothérapie des personnes traumatisées crâniennes apathiques.

#### 2.2.2.1 Le processus de remotivation : un outil idéaliste ?

Une partie de mes questions se portaient sur les limites de ce processus. Les cinq ergothérapeutes ont pu spontanément en repérer. E2 et E5 expriment très rapidement que cet outil leur paraît idéaliste. En effet, ce processus prend seulement en compte l'aspect volitionnel ce qui gêne les ergothérapeutes interrogés. Selon eux, il conviendrait de prendre en compte tous les troubles associés à l'apathie et au traumatisme crânien ainsi que les habilités de la personne pour que cet outil soit efficace. Il s'agit des troubles mnésiques, l'anosognosie ainsi que de tous les troubles s'apparentant au syndrome dysexécutif, souvent présent lors d'un traumatisme crânien grave. Un autre écueil est mentionné : la difficulté de prise en compte la famille. Si la famille a un rôle majeur dans la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes apathiques, elle est tributaire de l'accord de la personne. La personne majeure dans cette situation, sauf dans le cas de tutelle ou curatelle, la personne doit impérativement donner son accord avant que l'ergothérapeute puisse contacter ses proches et travailler en pluridisciplinarité avec elle.

E1, quant à lui, exprime sa méfiance sur cet outils notamment sur la suite de l'accompagnement. Une fois le processus terminé, on pourrait se poser la question d'un suivi extérieur, comment est-il établi, par qui et comment l'ergothérapeute peut-il évaluer la réussite de cet outil. Toutes ces réponses restent en suspens du fait du manque de recul et d'écrits sur cet outil.

#### 2.2.2.2 Le processus de remotivation : un outil utilisable dans la réinsertion socio-professionnelle ?

Dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle, les ergothérapeutes interrogés se demandent si la personne pourra adhérer à cet outil, et par quels moyens elle pourra faire le deuil de sa vie ou de sa profession antérieure. Ce questionnement ne manque pas d'intérêt mais aucune étude documentée n'existe sur ce sujet. La seule piste existante est d'ordre théorique. Elle insiste sur la nécessité de déterminer et de proposer des activités en fonction des centres d'intérêts de la personne.

### 2.2.3 La réussite des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle

En ce qui concerne le taux de réussite des personnes traumatisés crâniennes apathiques, aucun ergothérapeute n'a pu me donner de chiffre ou de fréquence. Ce trouble est peu fréquent et la prise en charge est complexe. Il est donc rare que ces personnes se réinsèrent dans la vie professionnelle. De plus, leur prise en charge se fait généralement à distance du traumatisme crânien donc cela marque un temps d'arrêt important.

En outre, les ergothérapeutes sollicités s'interrogent sur le terme de « réussite ». En effet, la démarche d'insertion professionnelle est inhérente à la personne. Or, souvent, le projet professionnel est fortement poussé par les proches et ne constitue pas le choix à la personne elle-même. C'est pour cela qu'il est indispensable de valider cet objectif avec la personne. Dans certains cas, l'objectif de la personne sera moins ambitieux et la réussite sera constituée par la capacité de se lever le matin, pour d'autres ce sera de réussir à promener son chien. C'est pour cette raison que la réussite reste difficile à déterminer pour les ergothérapeutes interviewés et sera variable selon les personnes et l'objectif validé.

### 3- Discussion

Cette étude a pour objet de valider ou d'invalider l'hypothèse relative à la problématique suivante : Par quelles actions thérapeutiques l'ergothérapeute peut-il intervenir auprès des traumatisés crâniens apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle ?

L'hypothèse portait sur l'utilisation du processus de remotivation permettant d'amorcer la réinsertion socio-professionnelle d'une personne traumatisée crânienne apathique. Pour répondre à cette hypothèse, une analyse des entretiens concernant la pratiques des ergothérapeutes interrogés a été effectuée. Les données recueillies ne permettent pas de vérifier si le processus de remotivation permet d'amorcer la réinsertion socio-professionnelle des personnes traumatisées crâniennes apathiques puisqu'aucun des ergothérapeutes interrogés ne connaissait cet outil. En revanche, force est de constater qu'une partie des caractéristiques de cet outil sont utilisées lors des prise en charge de ces personnes. A travers ce sujet, des liens entre la théorie et l'approche expérimentale se sont créés.

Pour commencer, l'ergothérapie est considérée comme la discipline s'attachant à la personne et à ses occupations. La corrélation avec le modèle conceptuel du MOH peut être établie car il permet d'avoir une vision holistique. De plus, ce modèle s'axe sur la volition. La personne est entourée de son environnement, de ses habitudes de vie et ses occupations pour atteindre sa performance occupationnelle. Le processus de remotivation mentionné dans mon hypothèse a inspiré ce modèle

conceptuel. Ici, lorsque les ergothérapeutes interrogés expliquent leur intervention dans la prise en charge de ces personnes, tous expriment l'importance de l'environnement mais également des envies, des centres d'intérêts et habilités de la personne. Dans les différentes dimensions du MOH, nous retrouvons ces points clés qui permettent d'améliorer la volition. En effet, dès la première prise de contact pour les entretiens, les ergothérapeutes interrogés utilisent les mêmes termes clés, à savoir : centre d'intérêts, habitude, volition, capacité de performance, performance occupationnelle, participation occupationnelle et les habilités ; mots clés que nous retrouvons dans le livre du MOH de Gary Kielhofner (Kielhofner, 2008). Tous ces thèmes abordés vont permettre de définir l'identité occupationnelle de la personne et ainsi pouvoir construire un plan d'intervention adapté et personnalisé.

Ensuite, les ergothérapeutes insistent sur l'importance de la relation de confiance à instaurer le plus tôt possible pour une bonne prise en charge. En effet, d'après A. Vasseur, psychologue clinicienne et M-C Cabié, psychothérapeute et psychiatre, « *la relation est primordiale dans le processus thérapeutique et dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle* » (Vasseur & Cabié, 2005). Cette relation de confiance instaurée va amener à une collaboration entre la personne et le thérapeute.

Il est à noter, d'après les ergothérapeutes interrogés, que la collaboration entre professionnels internes à la structure mais également externes joue un rôle important. D'une part pour réfléchir ensemble aux moyens thérapeutiques mis en place mais également pour assurer le relais après le passage de la personne dans la structure.

Les ergothérapeutes interrogés émettent des modes de prise en charge assez similaires qui se rapprochent de la théorie. En effet, d'après l'HAS, « *la prise en charge de l'apathie repose sur des attitudes à adopter. Le thérapeute doit montrer des signes de bienveillance, doit stimuler la personne, l'accompagner et la valoriser. De plus il est important d'éviter les mises en échecs et de privilégier les environnements rassurants* » (HAS, 2014). Ce sont des termes que l'on retrouve dans tous les entretiens menés lors de cette étude. En outre, l'étude montre que les moyens de compensations et de gratifications sont bénéfiques et indispensables à cette prise en charge.

Dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle, les fondements de ce mode de prise en charge restent identiques mais il faut s'assurer des envies du patient et privilégier les emplois avec des tâches automatisées. De plus, la théorie rapporte que le relatif à la réinsertion socio-professionnelle est les difficultés de communication et la modification du comportement de la personne qui engendrent des gênes familiales et professionnelles. De plus, le fait que ce soit un handicap invisible, il peut exister une crainte à communiquer sur celui-ci (Ait-Ali, Hennon, Huguenin, & Rossignol, 2001). Ces éléments sont notamment retrouvés dans les entretiens de E3, E4 et E5. En effet, tous trois observent ces situations et les décrivent comme la conséquence du syndrome dysexécutif. C'est pourquoi, dans

leur prise en soin, ils essaient d'inciter les personnes à dialoguer avec les formateurs ou employeurs à propos de leur handicap pour que chacun puisse s'adapter. Il est également à noter qu'au-delà de cinq ans sans avoir exercé une profession, la reprise du travail est très faible. En outre, seul 20% à 50% des personnes traumatisées crâniennes reprennent une activité professionnelle (Gall, et al., 2007). D'autant plus que la vie quotidienne de ces personnes est marquée par 5 facteurs qui engendrent du stress et de l'angoisse ce qui peut ralentir la réinsertion. Ce sont : la variabilité des troubles d'un moment à l'autre, le handicap invisible qui peut être compliqué à décrire pour eux et à justifier lors d'un entretien d'embauche par exemple, la désorientation temporo-spatiale qui explique les désinhibitions et majore les troubles mnésiques et enfin l'ectopie qui provoque des réactions inappropriées au contexte environnant. Ces éléments génèrent une désadaptation (Ait-Ali, Hennon, Huguenin, & Rossignol, 2001). Tous ces éléments sont à prendre en compte dans la prise en charge de cette population. Les ergothérapeutes interrogés ont également pu constater ces phénomènes.

Concernant le processus de remotivation, si tous les ergothérapeutes participant à l'étude ont, dans un premier temps, indiqué ne pas utiliser cet outil, j'ai pu constater que tous utilisaient le champ lexical propre à cet outil. En effet, trois phases sont décrites : l'exploration, la compétence et l'accomplissement. Dans la phase d'exploration, on retrouve les termes « éviter la mise en échec », « développer la notion de plaisir », « s'appuyer sur les interactions possibles avec son environnement ». Pour la phase de compétence, on retrouve les termes « aide physique et émotionnelle » et « collaboration avec les psychologues » sont mentionnés. Enfin dans la phase d'accroissement les termes « autonomie » et « graduer » sont également énoncés (DeLasHeras & Kielhofner, 2003). De plus, les ergothérapeutes mettent en avant l'importance de la collaboration avec les psychologues et neuropsychologues notamment pour l'élaboration et la construction de moyens de compensation. On les retrouve dans l'étape de la compétence du processus de remotivation. Cela prouve que malgré la méconnaissance de cet outils, les fondements de la prise en charge se font naturellement de cette façon. Enfin, ce processus met en avant la pluridisciplinarité entre l'ergothérapeutes, la famille, la personne et l'entourage de la personne (DeLasHeras & Kielhofner, 2003) ce qui a aussi été évoqué lors des entretiens mais de façon plus pondérée. En effet, les ergothérapeutes expriment leur réserve par rapport à cette étape lors de l'explication du fonctionnement du processus de remotivation car selon eux, il est parfois difficile de contacter les proches du fait de l'éloignement à cause de l'accident, de la honte que la personne peut ressentir ou tout simplement de l'isolement de la personne. Elle peut également refuser cette collaboration sans explication.

Malgré les qualités que comporte cet outil, les ergothérapeutes interrogés restent mitigés et deux d'entre eux le qualifie « d'idéaliste ». Ils proposent une 4<sup>ème</sup> phase qui concernerait l'évaluation de

l'efficacité de cet outil, son adhésion ou encore le processus de deuil de sa vie antérieure. Ces résultats sont cependant à prendre en considération de façon objective. En effet, malgré la tendance générale qui invalide l'hypothèse de l'étude, il est important de nuancer ces résultats. D'abord, le nombre d'entretiens réalisés n'est pas assez important et ne permet pas une représentation réelle de la pratique en ergothérapie. Ensuite, la méconnaissance du processus de remotivation ne permet pas d'appuyer de manière totale sur les résultats obtenus. De plus, la population étudiée dans cette étude reste rare comme nous le prouve la prévalence de personnes traumatisées crâniennes apathiques qui varie entre 20 et 70% (Santé-Public-France, 2016). Cela implique que les ergothérapeutes n'ont pas la même densité de personnes apathiques à prendre en charge et ces chiffres laissent donc à supposer que cette étude pourrait être réalisée à plus grande échelle pour être représentative concernant l'utilisation du processus de remotivation et la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes apathiques.

#### 4- Intérêts et limites de l'étude

##### 4.1 Intérêts de l'étude

Cette étude a permis d'enrichir les connaissances concernant la pratique des ergothérapeutes dans le secteur médico-social mais en particulier dans la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle. Elle a par ailleurs mis en évidence les différents profils des ergothérapeutes interrogés mais également les différents stades du parcours de soin des personnes traumatisées crâniennes apathiques ainsi que leur prise en charge à ces moments précis. Grâce à l'enquête, j'ai pu répondre à mes objectifs qui étaient les suivants :

- **Déterminer** les difficultés des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle.
- **Identifier** l'impact du processus de remotivation chez les personnes apathiques
- **Identifier** les autres moyens utilisés par l'ergothérapeute dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens apathiques.
- **Evaluer** la capacité du processus de remotivation en ergothérapie dans les premiers instants de la réinsertion socioprofessionnelle des personnes traumatisées crâniennes apathiques.

Malgré la faible fréquence de ces personnes souffrant d'apathie, cela m'a permis d'obtenir différentes approches à différents stades de la prise en soin de cette population et j'ai pu repérer les difficultés qu'ils présentent. J'ai également pu identifier les outils utilisés dans ce type de prise en charge mais

également l'attitude à adopter en tant que thérapeute. Elle a pu mettre en lumière l'impact de l'ergothérapeute dans ce projet et cela a permis de comprendre que tous les troubles associés à l'apathie sont à prendre en compte dans ce type de prise en charge. De plus, l'étude montre que si le processus de remotivation, outil utilisé dans mon hypothèse, n'est pas fréquemment utilisé dans sa théorie, une prise en charge semblable à cet outil dans tous les entretiens existe en pratique. Enfin, les limites et freins énoncés par les ergothérapeutes interrogés concernant le processus de remotivation ont mis en lumière le manque de développement et d'informations de cet outil.

Sur le plan professionnel, cette étude m'a beaucoup apporté tant bien au niveau théorique qu'au niveau pratique car j'en ressors avec davantage de connaissances si je dois, un jour, prendre en charge ce type de patient. Je serai alors sensible à ma posture, à l'identification de l'objectif du patient, à la collaboration avec la famille en accord avec le patient. De plus cela m'a permis, pour la première fois, de rédiger un mémoire d'initiation à la recherche et d'appliquer la méthodologie pour ce faire.

#### 4.2 Limites de l'étude

Si j'avais pu poursuivre mon enquête sur la durée, j'aurais étendu l'échantillon étudié. En effet, mon échantillon composé de cinq ergothérapeutes, ne me permet pas de généraliser la prise en charge d'une personne traumatisée crânienne apathique. De plus, je pense qu'il aurait été judicieux d'interroger des patients ayant repris une activité professionnelle et recueillir leur ressenti et points de vue sur les méthodes utilisées par les ergothérapeutes. En outre, ma recherche gagnerait à être étendue à d'autres professionnels. L'importance de la collaboration avec les neuropsychologues, psychologues et chargés d'insertion a été évoquée, j'aurai pu les interroger également pour recueillir des informations sur la collaboration et la mise en place d'outils de compensation dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle. Interroger des ergothérapeutes travaillant directement avec le processus de remotivation aurait pu compléter mon étude. Mais ce modèle utilisé principalement au Canada n'est pas encore intégré dans les pratiques françaises pour l'instant mais deviendra peut-être inspirant. Enfin, les infimes informations sur cet outil freinent l'avancement de la recherche.

Par conséquent, cette enquête ouvre des perspectives intéressantes dans le cadre d'un travail de recherche ayant une temporalité plus longue.

## Conclusion

L'ergothérapeute a pour rôle de favoriser l'autonomie et l'indépendance de la personne dans les activités de vie quotidienne. La personne traumatisée crânienne apathique voit ses rôles bouleversés que ce soit au niveau professionnel ou social qui font suite aux séquelles et aux troubles associés au traumatisme crânien. Dans cette étude, la question de départ portait sur les actions thérapeutiques pouvant être mises en place par l'ergothérapeute pour intervenir auprès des personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle.

Dans la première partie de cette étude, cela a permis d'acquérir des connaissances nécessaires concernant ce sujet. Grâce aux diverses recherches dans les articles scientifiques, l'hypothèse suivante a pu être dégagée : le processus de remotivation permet d'amorcer la réinsertion socio-professionnelle d'une personne traumatisée crânienne apathique.

La partie expérimentale ainsi que l'analyse des résultats ont pu invalider l'hypothèse de cette étude. En effet, le processus de remotivation étant peu connu, aucun ergothérapeutes interrogés ne l'utilise. Après explication, ils ont cependant pu en dégager des points positifs et des limites. Tous sont d'accord pour dire que dans les grandes lignes le processus de remotivation comporte des bases utilisables. En pratique, cela leur paraît plus complexe et l'utilisation de cet outils risque de se heurter aux autres troubles. Ainsi, la corrélation entre la théorie et la pratique semble compromise.

Enfin, grâce à l'analyse des résultats, l'étude a pu mettre en évidence la difficulté de réussir une réinsertion socio-professionnelle pour une personne traumatisée crânienne apathique. En effet, aucun ergothérapeutes interrogés ne semble pouvoir fournir un pourcentage de réussite. Ils décrivent ce terme comme subjectif car la réussite est propre à chacun et se définit selon les objectifs de la personne. De ce fait, cette étude soulève une nouvelle réflexion en moi. Il serait peut-être judicieux de commencer par prendre en charge de la réinsertion sociale avant celle de la réinsertion professionnelle auprès des traumatisés crâniens apathiques. Cette question reste en suspens et demande davantage de réflexion et d'entretiens.

En effet, la corrélation entre la pratique et la théorie démontre que l'entourage proche de la personne est primordiale pour la stimuler dans ses activités de vie quotidienne. En revanche, les ergothérapeutes interrogés insistent sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour inclure les proches dans la prise en charge. En effet, le changement de comportement des personnes traumatisées crâniennes apathiques implique que les proches éprouvent souvent du mal à trouver leur place et peuvent même entrer en conflit avec la personne. Ainsi, je m'interroge sur l'importance de la prise en charge des aidants familiaux avec comme objectif une réinsertion sociale efficace dans la vie quotidienne de la personne avant d'initier la réinsertion professionnelle.



## Bibliographie

- Ait-Ali, Hennon, Huguenin, & Rossignol, M. :. (2001). *Travailler avec les séquelles d'un traumatisme crânien*.
- ANFE. (s.d.). *Le Profil des AVQ : un outil d'évaluation centré sur les activités*. Récupéré sur ANFE: <https://www.anfemigal.fr/formation-le-profil-avq-activites-de-vie-quotidienne-outil-devaluation-centre-sur-activites-module-2-2-observation-par-mises-en-situation>
- AQNP. (s.d.). *Les fonctions cognitives*. Récupéré sur Association québécoise des neuropsychologues: <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>
- ARTC. (2013). Evaluations ergothérapeutiques et cérébrolésions : enjeux et spécificité. *Actes de la journée de l'association réseau traumatisme crânien* (p. 5). Paris: ARTC.
- ASRSQ. (2013). *Détention fédérale*. Récupéré sur Association des services de réhabilitation sociale du Québec: <http://asrsq.ca/pdf/dossiers-thematiques/detention-federale.pdf>
- autisme, A. (s.d.). *Types d'établissement et services du secteur adulte*. Récupéré sur AFG autisme: <https://www.afg-autisme.com/association/etablisements/adultes.html>
- Azouvi, P. (2009). *Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères*. La lettre de médecine physique et de réadaptation.
- Bizier, V., Emard, R., Michel Gilbert, F. G., Harvey, D., Lauzon, G., & Provencher, H. (2006). Volition et motivation en santé mentale. *Le partenaire*.
- Blanchet, & Gotman. (2015). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. *Malakoff France*.
- Bullinger. (2021, septembre 19). *Qu'est ce que la sensorialité ? Place dans le développement psychomoteur*. Récupéré sur Colletif des psychomotriciens libéraux de Gironde: <https://www.psychomotriciens-liberaux-gironde.com/quest-ce-que-la-sensorialite-place-dans-le-developpement-psychomoteur/#:~:text=Les fonctions sensorielles ont un rôle dans la,sens et ce n'est qu'après que tout s'élabore.>
- C.Coste, N.Agar, & P.Piolino. (2008). *Dysfonctionnement mnésiques et traumatisme crânien sévère : étude de groupes, étude de cas*. collection neuropsychologique.
- Cazals, M.-C. (2011). *Familles/professionnels au service du projet de vie de la personne cérébro-lésée*. Bordeaux: Université Victor Ségalen .
- Chougrani-Herben, F. T. (2012). *Programme de rééducation, réadaptation et réinsertion chez le patient traumatisé crânien*. Lyon: Colloque France Traumatisme Crânien.
- Claude, G. (2020, décembre 7). *Le guide d'entretien : caractéristiques et exemples*. Récupéré sur Scribbr: <https://www.scribbr.fr/methodologie/guide-dentretien/>
- Claude, G. (2021, mars 24). *Les types d'entretiens : directifs, semi-directif ou no-directif*. Récupéré sur Scribbr: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>
- CNRTL. (s.d.). *Entretien*. Récupéré sur Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales: <https://www.cnrtl.fr/definition/entretien//1>

- Coma : la plus sévère altération de la conscience . (2017, 06 14). Récupéré sur INSERM:  
<https://www.inserm.fr/dossier/coma/>
- Combessie, J.-C. (2007). L'entretien semi-directif. *La méthode en sociologie*, 24 à 32.
- Creativeoccupationaltherapy. (2018, Avril 30). *Volition : Occupational Therapy's Unique Understanding of the Human Motivation for Action*. Récupéré sur Creative Occupational Therapy: <https://creativeoccupationaltherapy.wordpress.com/2018/04/30/volition-occupational-therapys-unique-understanding-of-the-human-motivation-for-action/>
- CRMOH. (s.d.). *Modèle de l'occupation humaine*. Récupéré sur Centre de référence francophone du modèle de l'occupation humaine: <https://crmoh.ulaval.ca/modules-d'intervention/processus-de-remotivation/>
- DAJ. (2004, juin 18). *Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 n°2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires*. Récupéré sur Direction des affaires juridiques: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhossdo01dgssd5ddgasphan3-b-n->
- Darnon, C. (s.d.). *Motivation (psychologie)* . Récupéré sur Universalis:  
<https://www.universalis.fr/encyclopedie/motivation-psychologie/>
- Debret, J. (2019, décembre 5). *Entretien ou questionnaire pour un mémoire de fin d'étude*. Récupéré sur Scribbr: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-ou-questionnaire/>
- DeLasHeras, & Kielhofner, L. :. (2003). *A user's manual for remotivation process : Progressive intervention for individuals with severe volition challenges*. Université de l'illinois.
- Delcey, D. (2016, décembre). *Les traumatismes crâniens graves*. Récupéré sur APF France handicap:  
[https://www.apf-francehandicap.org/node/1557?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=MV\\_Search\\_APF\\_InformationsHandicap&utm\\_content=APF\\_InformationsHandicap\\_TraumatismeCranien&gclid=Cj0KCQiA5OuNBhCRARIsACgaiqXcTJXkwXExfgksRB7Y9KRDyfJoJ5AnrCTJIHv9B4E](https://www.apf-francehandicap.org/node/1557?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=MV_Search_APF_InformationsHandicap&utm_content=APF_InformationsHandicap_TraumatismeCranien&gclid=Cj0KCQiA5OuNBhCRARIsACgaiqXcTJXkwXExfgksRB7Y9KRDyfJoJ5AnrCTJIHv9B4E)
- Dépelteau. (2010). La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats .
- Derrien, P. (2014, 12 09). *Définition des troubles des fonctions motrices*. Récupéré sur Région académique Île-de-France académie Créteil: <http://ash.ac-creteil.fr/spip.php?article10>
- Dorais, L.-J. (s.d.). *La construction de l'identité*. Laval: Département d'anthropologie.
- (2016). *Epidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux*. Santé Public France.
- Etheve, M. (s.d.). *Processus de deuil lors de la survenue d'un handicap*. Récupéré sur Santé sans tabou: [tps://www.aihus.fr/bien-etre-psychologie/le-processus-de-deuil-lors-de-la-survenue-d-un-handicap/#:~:text=La survenue d'un handicap est une épreuve implacable,situation de handicap d'accepter la perte de l'objet.](https://www.aihus.fr/bien-etre-psychologie/le-processus-de-deuil-lors-de-la-survenue-d-un-handicap/#:~:text=La survenue d'un handicap est une épreuve implacable,situation de handicap d'accepter la perte de l'objet.)

- Eveil de coma pathologique : service de neurorééducation aigue.* (2020, 02 11). Récupéré sur CHUV Service de neurologie: <https://www.chuv.ch/fr/neurologie/nlg-home/patients-et-familles/maladies-traitees/eveil-de-coma-pathologique>
- Fenouillet, F. (2012). *Les théories de la motivation.* Dunod.
- France, C. (s.d.). *Une action nationale en faveur de l'insertion professionnelle des patients hospitalisés.* Récupéré sur Comete France: <https://www.cometefrance.com/presentation>
- Gall, L., Lamothe, Mazaux, Muller, Debelleix, & Richer. (2007). *Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés : résultats à cinq ans du réseau UEROS-Aquitaine.*
- Gégout, N. (2010). Les familles de patients en état végétatif chronique ou pauci-relationnel : la position reconnue des proches, un impératif éthique. *Traité de bioéthique*, 430-440.
- Getin, N. (s.d.). *Stabilité émotionnelle.* Récupéré sur Institut Ecosport : coaching mentale: <http://www.formation-coaching-mental.com/ressources/articles/motivation-et-confiance-r/stabilite-emotionnelle/>
- GHU, P. (s.d.). *Service Médecine physique et de réadaptation.* Récupéré sur GHU Paris psychiatrie et neuroscience: <https://www.ghu-paris.fr/fr/service-medecine-physique-et-de-readaptation>
- Gillen, G. (2009). Managing Executive Function Impairments to optimize function. *Cognitive and Perceptual Rehabilitation.*
- Guntz-Stumpf, F. &. (2019). *Prise en charge masso-kinésithérapie du patient cérébrolésée en éveil de coma.* 2018.
- HAS. (2014). *Recommandation de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie.* Haute autorité de Santé.
- Hennel-Brzozowska, A. (2008). La communication non-verbale et paraverbale-perspective d'un psychologue. *Synergies Pologne n°5* , 21-30.
- ICC. (s.d.). *Syndrome post-commotionnel.* Récupéré sur Institut des commotions cérébrales: <https://institutcommotions.com/commotion/syndrome-post-commotionnel/>
- INED. (s.d.). *Qualitatif et Quantitatif .* Récupéré sur Institut National d'Etudes Démographiques: <https://www.ined.fr/fr/ressources-methodes/methodologie-enquete/les-choix-methodologiques/qualitatif-et-quantitatif/>
- INSERM. (2019, 01 29). *Mémoire : une affaire de plasticité synaptique.* Récupéré sur INSERM: <https://www.inserm.fr/dossier/memoire/>
- Joly-Pottuz, B., Desrichard, O., & Carbonnel, S. (2020). Difficultés de réinsertion sociale des traumatisés crâniens graves : une altération des auto-présentations normatives. *Institut national d'étude du travail et d'orientation professionnelle*, 2.
- Jourdan, C. (2015). Le traumatisme crânien. *CRFTC*, (p. 2). Garches.
- Kalmar, J. G. (2008). *Echelle de récupération du coma version française.* Johnson Rehabilitation Institute.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation : theory and application.* The point.

- L.Guenane. (s.d.). *Traumatismes crâniens*. Service de neurochirurgie.
- Lafargouette, F. (2013). *Réflexion autour de l'élaboration d'une batterie d'outils écologiques concernant les tâches administratives et budgétaires, à destination de patients héminégligents*. Bordeaux: HAL.
- L'ergothérapie*. (s.d.). Récupéré sur UPEC institut de formation en ergothérapie:  
<https://ergotherapie.u-pec.fr/les-etudes/l-ergotherapie#:~:text=Selon%20l%E2%80%99arr%C3%AAt%C3%A9%20du%205%20Juillet%202010%20%22L%E2%80%99ergoth%C3%A9rapeute%20est,dans%20un%20environnement%20m%C3%A9dical%2C%20professionnel%2C%20%C3%A9ducatif%20et%20soc>
- Lermuzeaux, C. (2012). Les troubles psychiatriques post-traumatiques chez le traumatisé crânien. *L'information psychiatrique*, 345-352.
- M.Gazzah, D. (2016, septembre 1). *Le score de Glasgow*. Récupéré sur Efurgenes:  
<http://www.efurgenes.net/aide-a-la-decision/42-sc-glasgow.html>
- Masson. (s.d.). Epidémiologie des traumatisés crâniens graves . *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 261-269.
- Mazaux, Masson, Levin, Alaoui, Maurette, & Barat. (1997, décembre). Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, pp. 1316-20.
- Ménard, K. (2017). *Evaluations cognitives : mieux connaître les différents tests psychométriques*. Québec.
- Michel. (2018, 10 19). *MAS/FAM- Quelle différence ?* Récupéré sur Le blog Santé en France:  
<https://www.santeenfrance.fr/blog/mas-fam-quelle-difference-868>
- Montreuil, M., Coupé, C., & Truelle, J.-I. (2012). Traumatisés crâniens graves adultes : quel rétablissement ? . *L'information Psychiatrique*, 287-294.
- Moral-Bracq, M.-C. (s.d.). L'entretien en recherche qualitative en ergothérapie : Quel peut être son intérêt ? *ErgOthérapie*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Deboeck Supérieur.
- Moutaouakil, Otmani, Fadel, & Slassi. (2009, decembre). Apathie sévère après un traumatisme crânien: évolution favorable sous Sélégiline. *Neurochirurgie*, pp. 551-554.
- neuronpro, H. (s.d.). *L'attention*. Récupéré sur Happy neuronpro:  
<https://www.scientificbraintrainingpro.fr/fonctions-cognitives/attention>
- Offenstein, E. (2016). Agir sur l'environnement pour permettre les activités. *Accompagner le changement*, Chapitre 15 .
- orthophonie, A. (s.d.). *Test lillois d'apraxie gestuelle*. Récupéré sur Alphabudic orthophonie:  
<https://www.alphaludic-orthophonie.com/tla.htm#:~:text=Le%20%C2%AB%20Test%20Lillois%20d%C2%92Apraxie%20gestuelle%20%C2%BB%20est,complexes%2C%20gr%C3%A2ce%20%C3%A0%20une%20%C3%A9valuation%20quantitative%20et%20qualitative>.

- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (s.d.). *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. Deboeck.
- Ringot, C. D. (2013). *La Wessex Head Injury Matrix (WHIM). Bilan de son utilisation chez les patients traumatisés crâniens dans une unité d'éveil*. Rouen: HAL.
- Rochat, L. (2016). *La prise en charge de l'apathie après une lésion cérébrale : Une approche individualisée et intégrative*. Genève: Université de Genève.
- Sacks, O. (s.d.). *Le système nerveux*. Récupéré sur La psychologie: <https://lapsychologie.weebly.com/le-systegraveme-nerveux-central-et-peacuteripheacuterique.html>
- SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*. (s.d.). Récupéré sur Mon parcours handicap.gouv: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/samsah>
- Santé-Public-France. (2016). *Epidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux*.
- SOFMER. (s.d.). *Troubles du comportement chez les traumatismes crâniens : Quelles options thérapeutiques ?*.
- Substance blanche et substance grise*. (2018, 09 24). Récupéré sur Educman: [http://mediatheque.accesmad.org/educmad/pluginfile.php/44233/mod\\_resource/content/0/Substance%20blanche%20et%20substance%20grise.pdf](http://mediatheque.accesmad.org/educmad/pluginfile.php/44233/mod_resource/content/0/Substance%20blanche%20et%20substance%20grise.pdf)
- Tiret, Hausherr, & Thicoipe. (1986). *The epidemiology of head trauma in Aquitaine*. Aquitaine: INSERM .
- Toulouse, H. d. (2021, Mai 26). *Traumatismes crâniens : Epidémiologie et causes*. Récupéré sur Hôpitaux de Toulouse: <https://www.chu-toulouse.fr/traumatismes-craniens-qui-est-concerne-et-comment>
- Turpin, M., & Iwama, M. (2011). *Using occupational therapy models in practice*. Churchill Livingstone Elsevier.
- UEROS*. (s.d.). Récupéré sur Mon parcours handicap.gouv: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/ueros>
- UMVF. (2012, 07 01). *Les accidents domestiques*. Récupéré sur Université médicale Virtuelle Francophone: [http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/accidents\\_domestiques/site/html/1.html](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/accidents_domestiques/site/html/1.html)
- Un organe bien protégé*. (s.d.). Récupéré sur Insitut national du cancer: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Tumeurs-du-cerveau/Le-cerveau/Un-organe-bien-protége>
- UPE. (s.d.). *Le processus de remotivation*. Récupéré sur Union professionnelle des ergothérapeutes: <https://www.ergo-upe.be/?q=node/229>
- Vallat-Azouvi, C., & Chardin-Lafont, M. (2012). Les troubles neuropsychologiques des traumatisés crâniens sévères. *L'information psychiatrique*, pp. 365-373.
- Vasseur, A., & Cabié, M.-C. (2005). La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 43-49.

- Vachez, J.-M. (2015). Autonomie vs indépendance. *VST- Vie sociale et Traitement*, 128-129.
- Wilson. (2010). *Evaluation écologique de la mémoire*. Récupéré sur Pearson:  
<https://www.pearsonclinical.fr/rbmt-3-rivermead-behavioural-memory-test-troisieme-edition-2>
- world, D. (2015). *Invisible Disabilities : List and information*. Disabled World.
- Yazbek, H. (2020). *Nécessité d'une approche multidimensionnelle de l'apathie dans la schizophrénie : étude transversales et longitudinales de l'apathie en lien avec l'anhédonie et le système motivationnel*. Montpellier: HAL open science.
- Zeltzer, L. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)* . Récupéré sur Strokeengine:  
<https://strokengine.ca/en/assessments/assessment-of-motor-and-process-skills-amps/>

<b>Annexe 1 : Echelle de Glasgow</b> .....	I
<b>Annexe 2 : Figure du MOH traduit (Kielhofner, 2008, p 108)</b> .....	I
<b>Annexe 3 : Guide d’entretien</b> .....	II
<b>Annexe 4 : Entretien 1 : Réalisé le 19/04/2022</b> .....	IV
<b>Annexe 5 : Tableau d’analyse E1</b> .....	XIII
<b>Annexe 6 : Tableau d’analyse E2</b> .....	XV
<b>Annexe 7 : Tableau d’analyse E3</b> .....	XVII
<b>Annexe 8 : Tableau d’analyse E4</b> .....	XVIII
<b>Annexe 9 : Tableau d’analyse E5</b> .....	XX

## Annexes :

### Annexe 1 : Echelle de Glasgow (Intégrascal, 2019)

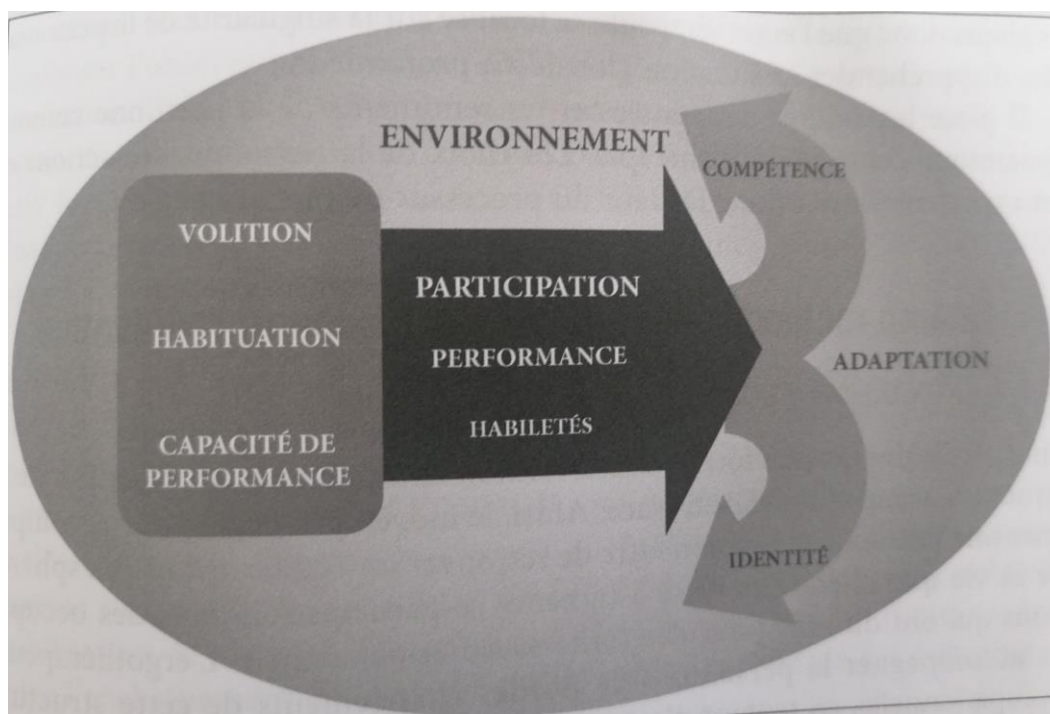
Ouverture des yeux (E)	Réponse motrice (M)	Réponse verbale (V)
Spontanée : 4	Obéit à la demande verbale : 6	Orientée et claire : 4
A la demande ou au bruit : 3	Réponse orientée à la douleur : 5	Confuse : 3
A la douleur : 2	Mouvement d'évitement non adapté, à la douleur : 4	Inappropriée : 3
Aucune : 1	Réponse stéréotypée en flexion à la douleur : 3	Incompréhensible : 2
	Réponse stéréotypée en extension à la douleur : 2	Aucune : 1
	Aucune : 1	

En additionnant ces trois scores, on obtient le score de Glasgow.

Par définition :

- si le score de **Glasgow** est **>12**, on parle d'un **traumatisme crânien léger**
- si le score est compris entre 9 et 12 inclus, on parle de **traumatisme crânien moyen**
- si le score de **Glasgow** est **≤8**, on parle d'un **traumatisme crânien sévère**.

### Annexe 2 : Figure du MOH traduit (Kielhofner, 2008, p 108)





### Annexe 3 : Guide d'entretien

Objectifs	Thématique	Critères d'évaluation	Questions
<p><b>Déterminer</b> l'impact du processus de remotivation chez les personnes apathiques</p>	<p>Parcours professionnel</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est votre parcours professionnel ?</li> </ul> <p>Questions de relance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis quand exercez-vous ?</li> <li>• Avez-vous fait des formations complémentaires ? (licences, master, formations ANFE, DU,...)</li> <li>• Dans quel établissement travaillez-vous et avec quel type de population ? Depuis quand ? Avec d'autres pros ?</li> </ul>
	<p>Généralités sur la prise en charge des personnes apathiques</p>	<p>Champ lexical de la volition</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définissez l'apathie.</li> <li>• Avez-vous été confronté à des personnes apathiques ? Depuis quand ? Combien ? Fréquence ?</li> <li>• Quelle tranche d'âge ?</li> <li>• Pouvez-vous m'expliquer la prise en charge en ergothérapie d'une personne apathique d'une façon générale ?</li> <li>• Qu'apporte la collaboration avec les autres pro dans la PEC de ces patients ?</li> <li>• Y-a-t-il d'autres intervenants extérieurs qui sont indispensable ou bénéfique pour la PEC de</li> </ul>

			<p>ces patients ? (ex : familles, amis,...) Qu'apporte-t-ils ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce pertinent de travailler la réinsertion socio-pro avec une personne apathique ?</li> <li>• A quel moment de la prise en charge ? A quel stade ?</li> <li>• Quels sont les obstacles et les facilitateurs de ce trouble dans la prise en charge en ergothérapie dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle ?</li> </ul>
	Généralités sur le processus de remotivation et la fréquence d'utilisation	Champ lexical de la volition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissez-vous le processus de remotivation ? Si oui, expliquez-moi votre utilisation. Si non, après explication, pensez-vous que ce sera un outil utile ?</li> <li>• Les points positifs et négatifs du processus de remotivation selon vous ?</li> <li>• Pensez-vous utiliser le processus de remotivation maintenant que vous en connaissez l'existence ?</li> </ul>
<b>Evaluer</b> la capacité du processus de remotivation en ergothérapie dans les premiers instants de la réinsertion socioprofessionnelle	Utilisation du processus de remotivation en ergothérapie dans le cadre de la réinsertion socio-professionnel des traumatisés crâniens apathiques.	Termes positifs liant le processus de remotivation et la réinsertion socio-professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous n'utilisez pas le processus de remotivation, utilisez-vous d'autres outils ou méthodes ?</li> <li>• Que permet le processus de remotivation / autre outils dit précédemment dans les AIVQ ?</li> </ul>

des personnes traumatisées crâniennes apathiques.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Points positifs et négatifs de cet outil ?</li> <li>• Avez-vous beaucoup de personnes traumatisées crâniennes apathiques ayant réussi leur réinsertion socio-professionnelle grâce au processus de remotivation / autres outils ?</li> <li>• Quelles est la principale difficulté ?</li> <li>• Avez-vous d'autres remarques à rajouter ?</li> </ul>
---	--	--	--

#### **Annexe 4 : Entretien 1 : Réalisé le 19/04/2022**

*Déroulement de l'entretien : L'entretien s'est effectué par téléphone et a duré 50min22. Ici, il s'agit d'une ergothérapeute travaillant en UEROS. La partie écrite en gras détermine mes interventions et l'autre partie détermine celles de l'ergothérapeute. La retranscription commence après le rappel de mon sujet de mémoire et la demande de l'enregistrement.*

#### **Alors pour commencer je voudrais savoir votre parcours professionnel ?**

Euh alors moi c'est une reconversion professionnelle mais j'ai suivi ma formation à l'IFE de Créteil de 2016 à 2019 et ensuite en septembre 2019 j'ai intégré la structure dans laquelle je travaille. Donc euh c'est un UEROS.

#### **Vous avez fait des formations complémentaires après votre reconversion ?**

Euh alors en lien avec l'ergothérapie j'ai fait une formation l'année dernière sur l'outils PAAC et également une formation sur l'outils FALC, facile à lire et à comprendre.

#### **Ok, c'étaient des formations avec l'ANFE ?**

Alors pas le FALC mais le PAAC euh non le PAAC euh c'était avec le CRFTC.

#### **Ok, est ce que vous travaillez avec d'autres professionnels ?**

Oui, alors euh oui on est une équipe pluridisciplinaire donc une équipe pluriprofessionnelle. Euh donc je vous décris mes collègues ?

**Oui je veux bien s'il vous plaît**

Alors il y a 2 secrétaires, une assistante sociale, une neuropsychologue, un médecin neurologue, une psychologue, une éducatrice spécialisée, un chargé d'insertion, 3 formateurs dont 1 formateur technique, 1 formatrice tertiaire et une formatrice communication et créativité et euh on a un chef de service. Et euh on a également un éducateur sportif qui intervient une fois par semaine et euh qui auparavant était dans l'équipe et qui maintenant intervient en tant que prestataire. Voilà je crois que je n'ai oublié personne. Et puis après voilà il y a aussi les personnes qui travaillent à l'accueil qui ont également un rôle important mais qui ne sont pas dans l'équipe en tant que tel.

**Du coup vous êtes la seule ergothérapeute ?**

Dans le service oui, en fait dans la structure il y a plusieurs services et dans un autre service il y a une autre ergothérapeute et sinon euh oui moi dans mon service je suis seule.

**D'accord alors maintenant est-ce que vous pouvez m'expliquer un petit peu le fonctionnement d'un UEROS s'il vous plaît ?**

Oui alors UEROS c'est une unité d'évaluation et de réorientation socio professionnelle donc c'est ce que signifie le sigle. Euh en fait euh on a pour mission d'évaluer le potentiel de la personne ainsi que ses capacités et euh que ses limites. Alors euh nous euh chaque UEROS fonctionne à sa manière, en fait nous la première partie c'est euh elle dure 3 semaines, c'est la période d'évaluation, euh donc pendant laquelle les personnes accompagnées vont assister et participer à différents entretiens pour que l'équipe puisse évaluer le potentiel. Donc euh il y a euh chaque corps de métier a ses évaluations. Ensuite on a euh une semaine de réflexion où la personne reste à son domicile en tout cas ne vient pas à l'UEROS et c'est un temps euh déjà pour faire un premier point euh déjà pour évaluer la fatigue, évaluer les différentes évaluations qui ont eu lieu, pouvoir faire un petit peu une introspection sur soi-même, et savoir si y'a des capacités qui ont été découvertes par la personne ou si au contraire il y a des choses qui lui sont parues difficiles alors qu'elle pensait pouvoir y arriver et euh réfléchir également sur la suite du stage, euh c'est un stage qui dure entre 4 mois et demi et 6 mois au total et euh réfléchir à des objectifs d'accompagnement. Voilà. Quand la personne revient de cette semaine de réflexion, euh en binôme on lui restitue les observations qu'on a pu faire dans les différentes observations et euh on définit avec les objectifs pour la suite. Ensuite on a une période de réentraînement qui dure 1 à 2 mois en fait je dis un à 2 mois parce que le 2<sup>ème</sup> mois parfois euh en fait se chevauche avec euh la phase de projet qui euh prend euh selon les personnes se déroule plus ou moins avant les 2 mois. Et euh jusqu'à la fin des 4 mois et demi ou des 6 mois, la personne est euh en phase de projet et là donc il y a une réflexion sur l'élaboration d'un projet professionnel et/ ou social dans le cadre où la personne

n'est pas en mesure de reprendre l'activité professionnelle, on élabore avec elle un projet social. Et euh à la suite de ce stage de 4 mois et demi à 6 mois, il y a un suivi aval qui dure euh dans le décret euh qui dure 2 ans euh pendant ce suivi aval la personne a des entretiens avec la chargé d'insertion, avec l'éducatrice spécialisée, éventuellement avec l'assistante sociale ou avec moi-même en fait ou même avec la psychologue en fait avec plusieurs personnes de l'équipe pour euh continuer l'élaboration du projet. Voilà. Et l'idée euh à la fin du stage c'est aussi de trouver des partenaires relais avec lesquels la personne peut euh continuer l'élaboration de son projet aussi. Parce que euh nous on doit arrêter au bout d'un moment donc voilà. C'est une partie compliquée parce qu'on n'a pas toujours le relai au bon moment. Donc euh il faut attendre parfois plusieurs mois / plusieurs années. Voilà donc c'est un petit peu compliqué mais euh ça c'est indépendant de nous. Voilà euh quoi dire d'autre. En fait dans le décret, la personne peut réaliser un stage entre 4 mois et demi et 6 mois mais en fait elle a une période de 3 ans pour réaliser ces 6 mois et euh une fois qu'elle a euh qu'elle a fait ces 6 mois en fait elle doit attendre la fin des 3 ans pour pouvoir profiter euh pour pouvoir refaire un stage si besoin. Donc voilà dans les différentes phases il y a divers ateliers, divers rendez-vous pour pouvoir répondre au besoin de la personne dans l'élaboration de ses projets.

**D'accord, ok, donc moi mon thème de mémoire c'est la réinsertion socio-professionnelle des traumatisés crâniens apathiques donc est ce que vous avez été confronté à des personnes apathiques ?**

Alors est-ce que vous pouvez me redonner une définition enfin votre définition pour vérifier qu'on parle bien de la même chose ?

**Oui alors l'apathie c'est une perte de motivation, pour moi je la définie comme ça, donc une perte d'initiation dans les activités de vie quotidienne. Voilà**

Oui alors on a de temps en temps des personnes traumatisées crâniennes apathiques, oui ça arrive.

**Vous en avez à quelle fréquence ?**

Euh alors des personnes qu'on identifie vraiment comme étant apathique euh je dirai que là euh depuis que je suis dans cette structure depuis fin septembre 2019 euh j'en ai suivi euh aller euh 3 peut être. Sachant qu'au niveau du fonctionnement euh normalement on accueille un groupe de 3 à 5 personnes normalement chaque mois. Voilà euh alors avec le COVID ça a remis un peu tout ça en question et l'après COVID n'est pas vraiment mieux non plus. Là depuis mi-janvier on a eu que 2 groupes de 3 à 4 personnes au lieu de 4 groupes de 3 à 5 personnes. Donc voilà depuis 2 bonnes années on en a eu au moins 2 de personnes apathiques euh peut être 3 mais un peu moins flagrant. Voilà

**D'accord et c'est quelle tranche d'âge à peu près ces personnes-là ?**

Alors faudrait que je regarde précisément mais euh, il faudrait une tranche d'âge de quelle marge ?

## **De 10 ans à peu près**

Alors je crois qu'il y a eu une personne, je vais vous dire tout de suite euh je dirai une tranche d'âge entre 35 et 45 ans.

**D'accord et bien c'est à peu près ce que j'ai vu dans mes recherches bibliographiques, la majorité des personnes traumatisées crâniennes apathiques qui recherche à trouver un travail c'est dans cette tranche d'âge.**

Alors après c'est soit des personnes qui souhaitent retrouver leur travail donc voilà qui sont dans la démarche mais euh la majorité, enfin pour ces 2 personnes là surtout pour la première c'est la famille qui a poussé un peu la personne en stage UEROS. Et pour la 2<sup>ème</sup> c'est parce qu'elle était suivie dans un dispositif d'accompagnement extérieur et euh du coup ils ont proposé d'intégrer l'UEROS. Donc euh ce n'est pas directement les personnes forcément qui ont demandé à intégrer l'UEROS. Ce qui ne les empêche pas de chercher à côté du travail mais c'est vrai que du fait de leur caractère apathique ça leur est quand même difficile de se lancer là-dedans. Alors ce que je vous ai peut-être pas dit sur l'UEROS, on leur trouve pas un travail aux personnes qu'on accueille mais on cherche des orientations qui peuvent correspondre à leur besoin, à leur capacité. Et après, effectivement, en fonction de l'orientation, il peut y avoir euh une embauche dans les structures ou pas euh parfois ce n'est pas ce qu'on pensait mais euh voilà on ne leur trouve pas un travail dès qu'ils sortent de notre service. Ce n'est pas l'objectif en tout cas. C'est vraiment de trouver un domaine dans lequel ils peuvent s'épanouir et puis avoir la capacité de faire les tâches qui sont demandées. Voilà

**Ok, et pouvez vous m'expliquer la prise en charge en ergothérapie du coup, de façon générale pour une personne apathique ça serait comment ?**

Euh alors déjà ce que j'ai pu observer c'est que euh alors on va dire qu'il y a la première phase où on accueille la personne, on va dire après l'évaluation où on sait qu'elle est plutôt d'ordre apathique et qu'il y a besoin euh d'un accompagnement car la personne pourrait être apathique mais n'aurait pas besoin d'aide pour tout ce qui est je ne sais pas tout ce qui est organisation par exemple, hygiène personnelle et tout. Mais après avoir fait l'évaluation, moi ce que je fais en générale, euh il y a un atelier pour tout ce qui est parler de compensation euh que ce soit outils ou stratégie et euh cet atelier est un petit peu accès en fonction de ce qui a été évalué et observé avant euh par rapport au domaine d'accompagnement. Ensuite euh il y a des rendez-vous individuels où là on parle un peu plus avec la personne si besoin et donc là parfois la personne est mise face aux difficultés qu'elle peut avoir pour des choses toute simple de la vie quotidienne comme une démarche pour le rendez-vous qu'on va avoir ensemble ou rapporter un document et ce n'est pas fait et en creusant ce n'est pas fait car la personne euh ce n'est pas qu'elle n'a pas voulu le faire c'est qu'elle n'a pas euh qu'elle n'a pas pris le temps ou n'a pas eu l'envie de le faire. Donc après on va dire qu'il faut de la patience, du temps et on réessaie la fois suivante en essayant de mettre en place euh des stratégies, peut-être pour motiver un

petit peu plus la personne euh lui mettre des rappels euh alors soit sur le téléphone par exemple en indiquant que quand le téléphone sonne ça veut dire qu'il va falloir faire la démarche qui est demandée euh ça ne marche pas toujours euh voilà parce que la personne apathique n'a pas que ce soucis-là, il y a d'autres troubles associés qui peuvent faire qu'elle ne fera pas la démarche. Euh il faut trouver le bon outil et surtout il faut de l'entraînement. C'est à dire qu'il faut euh ce qu'on met en place il faut que ça entre euh dans les habitudes de vie de la personne pour que petit à petit ça devienne un automatisme euh et puis il faut vraiment trouver le bon outil et puis il faut du temps. Ce qui est important aussi pour les personnes apathiques enfin ce que j'ai pu observer, c'est la dynamique avec les interactions sociales. C'est-à-dire le fait d'être en groupe, le fait de partager différentes choses avec d'autres personnes euh de partager les mêmes choses ou euh de partager des choses différentes euh ça apporte une certaine mobilisation des personnes apathiques mais par contre une fois que le stage est terminé, le gros risque et ça arrive souvent c'est euh que les personnes euh reperdent toute leur motivation. Voilà et euh finalement c'est assez fréquent comme observation. Euh la première personne que j'ai eu qui était apathique et qui avait plutôt une bonne dynamique et à la fin du stage je dirai euh par manque d'accompagnement après le stage, parce que comme je vous disais tout à l'heure les relais ne se mettent pas en place tout de suite, euh bien que la famille soit présente auprès de cette personne euh et bien la personne est retombée complètement dans un état apathique donc voilà c'est un peu frustrant quand même mais euh on ne peut pas non plus aller contre la volonté de la personne donc euh moi j'accueille des personnes adultes euh majeures donc euh et voilà donc on ne peut pas faire à leur place ce qu'elle n'ont pas envie de faire. Et euh donc voilà donc bien souvent le côté apathique refait surface s'il n'y a plus de soutien. Trouver aussi des choses qui pourrait les intéresser en fonction des centres d'intérêt en tout cas leur faire découvrir des choses qui pourraient les intéresser c'est important. Mais pas seulement faire découvrir, il faut réussir à mettre en place en tout cas euh une dynamique par rapport à ça pour qu'ils puissent rester mobiliser. Donc voilà j'espère avoir répondu à la question (rire).

**Oui c'est très bien merci beaucoup, très détaillé donc merci (rire) et concernant la collaboration avec les autres professionnels, qu'est ce que ça apporte aux patients traumatisés crâniens apathiques dans la prise en charge ?**

Oui alors euh ici en UEROS on ne parle pas de patient parce qu'ils ne sont pas en soin, en fait l'UEROS intervient après la phase de la rééducation. En fait quand la personne a un traumatisme crânien, souvent elle est hospitalisée, ensuite elle a une phase de rééducation et l'UEROS intervient après, on est plutôt dans une phase de réadaptation. Euh alors pour répondre à la question, ça apporte beaucoup de choses car chacun a son regard chacun a fait ses observations pendant la période d'évaluation, on n'évalue pas tous la même chose, on ne voit pas forcément la personne de la même manière en fonction euh de ce qui lui ait demandé de faire et euh surtout chacun a son regard professionnel. C'est vrai que par exemple la neuropsychologue va essayer euh de clarifier euh

l'attitude, le ressenti euh le profil euh de la personne en lui expliquant comment euh ce qui la caractérise, comment la personne est comme ceci euh afin de normalement lui apporter des éléments concrets. Ensuite la personne apathique peut avoir en fonction des ateliers euh des attitudes différentes parce que euh un atelier peut l'intéresser malgré son manque de motivation peut finir par l'intéresser alors que par ailleurs, un autre atelier ou un autre rendez-vous qui pourrait sembler plus simple euh ne va pas l'intéresser et du coup ça sera très difficile de mobiliser la personne et du coup on va avoir un euh regard en tout cas un bilan qui peut être faussé si on a pas le retour des autres collègues et c'est donc très important. C'est très important euh notamment pour euh notre chargé d'insertion euh d'avoir les éléments des différentes professions pour euh ensuite élaborer un projet professionnel. Donc j'ai parlé de la chargé d'insertion mais aussi l'éducatrice spécialisée euh pour tous les projets sociaux pour avoir un projet qui sera davantage en accord avec la personne. Mais faire un travail vraiment avec un seul profil professionnel ce serait vraiment passer à côté en fait. Là à l'UEROS on a la chance d'être une équipe assez complète et euh et puis euh quand on veut mettre en place un accompagnement on est plusieurs à réfléchir, euh chacun va apporter son petit bout euh pour euh permettre au projet d'être mené à bien et c'est très enrichissant que ce soit pour les collègues mais aussi pour les stagiaires. Ils ne se rendent pas compte qu'il y a beaucoup de travail derrière en équipe mais je pense que c'est très bénéfique.

**Parce que du coup il n'y a pas tous ces professionnels dans tous les UEROS ? C'est différent à chaque fois ?**

Euh alors je dirai bonne question, peut-être à vous de creuser car je ne pourrai pas vous dire précisément. Mais même avec les mêmes professionnels, le même nombre dans tous les UEROS, euh la manière de faire serait sans doute différente. Voilà euh parce qu'ici on a différents formateurs par exemple donc je dirai que ça dépend des moyens financiers et humains que nous avons. Ici les stagiaires sont rémunérés sauf cas particulier et par contre dans certains UEROS ils ne sont pas rémunérés donc voilà c'est certaines choses comme ça qui diffèrent. Ça a ses avantages et ses inconvénients la rémunération.

**Ça peut créer une motivation pour les personnes apathiques du coup la rémunération ?**

Alors peut-être, je ne peux pas dire oui avec certitude parce qu'il faut déjà qu'ils gèrent leur dossier de rémunération et ce n'est pas forcément facile mais peut être euh si ça éveille quelque chose chez certains euh pourquoi pas euh mais voilà je ne pourrais pas dire oui avec certitude.

**Quels sont les obstacles et facilitateurs pour la prise en charge de ces personnes ?**

Euh alors je ne sais pas par quoi commencer, je vais commencer par les obstacles. Euh déjà le manque de motivation de la personne car c'est très important car on pourrait avoir rendez-vous tous les jours avec la personne pour avancer dans un projet quelconque euh si tous les jours la personne ne ramène



pas les documents qu'il faut euh en fait on est un peu bloqué. Donc il y a vraiment ce manque de motivation euh ce manque de prise d'initiative aussi qu'il faut en fait euh essayer de compenser par des moyens ou stratégies pour que euh la personne puisse mener à bien la démarche sans qu'il y ait trop de raté par exemple. En fait c'est vraiment du cas par cas parce que si on travaille avec la personne et par exemple on la revoit le lendemain pour poursuivre, l'idée c'est peut-être de ne rien lui demander de préparer euh en tout cas au début de l'accompagnement euh mais que ce soit prêt pour le lendemain par exemple, le document on va directement le ranger dans le support qu'elle utilise, on ne va pas lui demander de le sortir euh d'écrire quelque chose parce que même peut être ça la personne ne le ferait pas donc voilà peut-être au début ne rien lui demander de faire seule mais plutôt le faire avec elle et peut être par la suite trouver d'autres systèmes et laisser la personne un petit peu plus en autonomie et peut être elle va adhérer et mettre en place des choses. Par exemple aussi de trouver des stratégies pour faciliter le quotidien de la personne au départ et ensuite euh d'augmenter un petit peu la difficulté au fur et à mesure donc euh ça c'est pour les freins.

Ce qui est facilitant, malgré le manque de motivation ou de prise d'initiative, la personne, en tout cas les personnes que j'ai pu rencontrer euh ont quand même la volonté de faire les choses. C'est un peu contradictoire mais en tout cas elles ne sont pas réfractaires à ce qu'on peut leur demander. C'est simplement que euh elles peuvent avoir toute la volonté du monde mais elles ne le feront pas donc euh c'est important qu'on les accompagne au début en tout cas pour qu'elles puissent prendre des habitudes en tout cas. Au niveau des facilitateurs ça va être aussi de stimuler la personne constamment euh et c'est en ça aussi que le travail d'équipe est important et c'est en ça aussi qu'on va accompagner la personne différemment aussi et c'est là où on a se rendre compte que de stimuler une personne d'une telle façon où d'une autre ça va euh changer donc on va essayer de s'aligner pour que tout le monde puisse avoir réponse à son accompagnement et que tout le monde puisse accompagner correctement cette personne. Voilà. Parce que finalement 4 mois et demi ou 6 mois c'est très court.

**Oui c'est très court c'est vrai. OK euh est ce que vous connaissez le processus de remotivation ?**

Euh non pas en tant que tel, pas avec ces termes-là. Peut-être que j'en ai entendu parler.

**OK alors je vais vous expliquer un petit peu en quoi ça consiste car j'en parle dans mon mémoire. Du coup c'est un processus qui a inspiré le modèle conceptuel du MOH, et donc il se décline en 3 phases donc il y a l'exploration, la compétence et l'accomplissement. Du coup pendant l'exploration, euh l'ergothérapeute va euh d'abord créer un lien de confiance avec la personne et il va essayer un petit peu de proposer des activités de euh qui vont le booster en quelque sorte et le valoriser. Et l'objectif va être de développer l'estime de la personne, de découvrir sa zone de confort et de développer sa prise d'initiative. Ensuite euh la 2<sup>ème</sup> étape du coup euh là l'objectif ça va être de développer l'accroissement du sentiment d'efficacité donc là dans les articles ils disent que l'ergothérapeute va surtout être une aide physique et émotionnelle**

**et du coup l'ergo va aider la personne à élaborer davantage de projets personnels. Et ensuite la dernière étape va être l'accomplissement donc là euh l'ergothérapeute va s'effacer de plus en plus mais d'abord il va conseiller et guider la personne, et donc c'est ensuite qu'il va s'effacer et le but pour la personne va être de construire et accomplir un projet tout en faisant face aux difficultés mais seul.**

Ok et est ce qu'il y a une 4<sup>ème</sup> partie pour évaluer quelques temps après l'efficacité de ce processus ? Est-ce que la personne a réussi à être autonome ou alors une fois le processus terminé la personne retombe euh dans cet état apathique ?

**Non il n'y a pas de bilans mais avant de passer le processus de remotivation il va y avoir l'entretien qui va être important pour essayer de connaître un petit peu les centres d'intérêt de la personne et du coup pour l'ergothérapeute d'ajuster sa prise en charge et euh dans ce processus là ce qui est très important c'est la relation entre l'ergothérapeute, la famille, l'entourage de la personne et la personne. En fait c'est une collaboration avec ces 4 membres.**

D'accord et si la personne ne veut pas que sa famille euh soit comprise dans son accompagnement. Parce que ça peut arriver, alors pas seulement avec les personnes apathiques mais nous par exemple on a eu le cas où la personne ne souhaite pas que sa famille soit conviée à des points qu'on fait durant le stage. Il y a des personnes qui ne racontent pas à leur famille ce qu'ils font pendant le stage. En tous cas, en pratique ça arrive.

**D'accord et est ce qu'en pratique ils ont d'autres personnes à qui parler ou vraiment ils restent seuls ?**

Euh il y a de tout. Enfin les personnes qui ont une lésion cérébrale, pour pas mal d'entre elles, en dehors de la famille, il y a un isolement qui se fait, en tout cas les amis partent petit à petit parce que la personne aussi change, ce n'est plus la même qu'avant donc il y a une distance qui se crée pour pas mal d'entre eux. Euh certains vont conserver des amis et vont peut-être en parler mais d'autres n'en parleront pas.

**D'accord donc oui ça aussi c'est un frein dans la prise en charge**

Ça peut être un frein effectivement. Mais encore une fois on ne peut pas aller contre la personne sauf si la personne est sous tutelle ou curatelle et dans ce cas on est tenu de faire des transmissions et de les tenir au courant de ce qu'il se passe. Et aussi ce que je vous disais tout à l'heure c'était la dynamique qui a été mis en place est très important pour créer des affinités et ça les aide à communiquer aussi. Après le stage certains vont rester en contact donc vont garder cette dynamique en revanche d'autres non et vont retomber dans l'isolement. Donc c'est vrai que ce processus a l'air intéressant mais je dirai qu'en pratique, méfiance sur le fait que euh une fois l'accompagnement terminé qu'est ce qu'il se passe pour la personne apathique en tout cas.

**D'accord donc ça serait ça le point négatif du processus de remotivation pour vous ?**

Oui peut être oui. Alors aussi si on ne trouve pas de relai pour l'accompagnement très vite elle va retomber dans la non motivation de faire les choses. Et s'il y a un relai, pourquoi, ça peut bien fonctionner.

**Et est ce que vous utilisez un outil ou une méthode qui serait ressemblant au processus de remotivation ?**

Euh moi non, il faudrait que je me penche là-dessus pour voir si un outil ou processus me permettrait d'améliorer l'accompagnement que je fais mais pour le moment non.

**Ok et du coup pour vous si je résume c'est surtout la mise en place de stratégie, l'instaurer dans ses habitudes de vie**

Oui et comme vous disiez tout à l'heure, par rapport à ses centres d'intérêt et ses besoins, et de partir là-dessus pour trouver un peu de motivation pour faciliter un petit peu le début de l'accompagnement, pour qu'il y ait une accroche.

**Et comment vous les détectez ces centres d'intérêt et ses besoins car si une personne est apathique elle ne va pas forcément l'exprimer directement ?**

Oui, euh on va le questionner sur ses loisirs, ce que fait la personne le week-end, ce qu'elle aime bien, ce qu'elle a envie de faire. Souvent on se base sur les observations et sur son dossier médical qu'on peut étudier ce qui nous permet d'avoir une base.

**D'accord, parmi les TC (Traumatismes Crâniens) apathiques que vous avez accompagnés, combien ont réussi à se réinsérer dans la vie professionnelle même si ce n'est pas leur formation initiale ?**

Alors je dirai pour 1 des 3 personnes, euh elle est redevenue comme avant donc non et pour les 2 autres personnes je ne pourrais pas vous répondre car c'est encore en cours d'accompagnement. Voilà donc je ne sais pas encore ce que ça va donner pour savoir si la personne va rester dans cette dynamique après le stage ou si ce n'est pas le cas.

**OK et une fois le stage terminé, peut être que vous l'avez dit mais je ne m'en souviens plus, il y a un moyen de savoir si la personne a continué à faire ce qui était prévu ?**

En fait après le stage il y a un aval euh en fait chaque personne a un référent et en fait après le stage euh le référent peut régulièrement si il le souhaite appeler la personne pour prendre des nouvelles ou pour savoir si telle ou telle chose est faite. Mais sinon ce qui est mis en place pendant le stage et poursuivi en aval donc la chargée d'insertion et l'éducatrice spécialisée ont un contact plus privilégié euh si je peux dire avec ces personnes. Voilà donc l'accompagnement n'est pas réellement arrêté après

le stage, il est juste un peu plus léger je dirai euh tant que les projets ne sont pas mis en place. Quand je dis projet euh ça peut être un stage dans une structure euh s'inscrire de manière pérenne dans un club sportif et tout. Donc tant que ce n'est pas fait il y a quand même un suivi.

**Bon et bien merci, j'ai posé toutes mes questions, avez-vous d'autres choses à rajouter ?**

Euh non par rapport à l'entretien non j'espère avoir bien répondu aux questions (rire)

**D'accord parfait, et bien merci beaucoup pour vous réponses !**

Pas de soucis, si vous avez d'autres questions vous avez mon mail. Au revoir, bonne continuation et bon courage !

**Merci au revoir !**

#### **Annexe 5 : Tableau d'analyse E1**

<b>Thématiques</b>	<b>E1</b>
<b>Parcours professionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diplômée en 2019</li> <li>-Travaille en UEROS</li> <li>-Formations sur l'outils PAAC et FALC.</li> </ul>
<b>Généralités sur la prise en charge en ergothérapie des personnes apathiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apathie : perte de motivation et de prise d'initiative dans les AIVQ</li> <li>-Fréquence de TC apathique : 3 / Âge : 35-45 ans</li> <li>-Diagnostic compliqué</li> <li>-Famille qui pousse en stage UEROS</li> <li>-Accompagnement ++ ; atelier de compensation ; création d'outils et de stratégies de compensation ; Rdv individuel pour mettre la personne face à ses difficultés du quotidien ; demande du temps et plusieurs essais de stratégies ; rappels sur le téléphone ; trouver le bon outils et l'entraîner pour que ça soit ancré</li> </ul>

	<p>dans ses habitudes de vie ; dynamique avec les interactions sociales / ateliers de groupes ; veiller au relai de l'accompagnement après le stage car peut retomber rapidement dans l'apathie ; trouver des choses qui pourraient l'intéresser en fonction des centres d'intérêts</p> <p>-Troubles associés qui peuvent freiner la PEC</p> <p>-Collaboration avec les autres pros importants ++ ; regards différents de chaque professionnel ;</p> <p>-Obstacles : manque de motivation ; manque de prise d'initiative ; ne rien lui demander de préparer pour la séance suivante</p> <p>-Facilitateurs : volonté de faire les choses ; travail d'équipe ; différentes stimulations.</p>
<p><b>Généralités sur le processus de remotivation</b></p>	<p>-Ne connaissais pas le nom.</p> <p>-limites : 4<sup>ème</sup> partie pour évaluer le processus ; famille n'est pas forcément proche de la personne ; isolement fréquent ; outils intéressant mais méfiance sur la suite de l'accompagnement une fois terminé ; trouver un relai d'accompagnement.</p>
<p><b>Utilisation du processus de remotivation</b></p>	<p>-Trouve cet outils intéressant et souhaite en savoir davantage pour améliorer sa pratique</p> <p>-Autre outils utilisés : mise en place de stratégie par rapport aux besoins et centre d'intérêt du patient</p> <p>-Pas de réponses sur le nombre de personnes TC</p>

	<p>apathique ayant pu se réinsérer socio-professionnellement car en cours d'accompagnement.</p>
<p><b>Champ lexical du processus de remotivation</b></p>	<p>« C'est la famille qui a poussé un peu la personne en stage UEROS »  « On cherche des orientations qui peuvent correspondre à leurs besoins, à leur capacités dans un domaine dans lequel ils peuvent s'épanouir »  « La première phase est l'accueil de la personne »  « Mise face aux difficultés »  « Dynamisme avec les interactions sociales »  « Partager et découvrir des choses différentes »  « Trouver des choses en fonction des centres d'intérêts de la personne »  « Au début ne rien lui demander de faire seule mais plutôt le faire avec elle et peut être par la suite trouver d'autres systèmes et laisser la personne un petit peu plus en autonomie »  « stimuler la personne constamment »</p>

**Annexe 6 : Tableau d'analyse E2**

Thématiques	E2
<p><b>Parcours professionnel</b></p>	<p>-Diplômée en 1983</p> <p>-Expérience en neuropédiatrie puis en neurologie adulte depuis décembre 1983</p> <p>-Pas de formations complémentaires mais intervenante dans le DU de neuro-réhabilitation</p>
<p><b>Généralités sur la prise en charge en ergothérapie des personnes apathiques</b></p>	<p>-Apathie : manque de motivation à faire ; perte d'envie associé à un trouble de la volition ; aboulie.</p> <p>-Fréquence : 1 ou 2 car définition de l'apathie ces dernières années / Âge : 25-35 ans</p> <p>-Diagnostic très compliqué à cause du syndrome dysexécutif associé ; échelles passées par psy et neuropsychiatre donc équipe pluri importante ++ ;</p>

	<p>Souvent troubles associés.</p> <p>-Recueil de données ; recueil des plaintes et souhaits de la personne, créer une relation ; savoir où la personne en est dans la compréhension de ses difficultés ; approche co-construite avec la personne ; éviter tout échec et toute mise à l'épreuve ; mettre en situation de réussite ; proposer des activités significatives ; graduer ; ancrer les nouvelles activités dans les habitudes de vie ; mise en place de compensation ; stratégies de gratification ; calendriers de réussites.</p> <p>-Collaboration avec autres pros apporte regard différent</p> <p>-Obstacles : ne pas avoir le bon diagnostic ; ne pas avoir prit le temps de créer une relation de confiance ; ne pas travailler en pluridisciplinarité ; ne pas transposer les acquis sur son environnement.</p> <p>-Facilitateurs : accepter la temporalité.</p>
<b>Généralités sur le processus de remotivation</b>	<p>-Ne connais pas dans la théorie.</p> <p>-limites : outil très idéaliste ; famille pas toujours présente ; besoin du groupe ;</p>
<b>Utilisation du processus de remotivation</b>	<p>-Mise en place d'outils personnalisés à chaque personne.</p>
<b>Champ lexical du processus de remotivation</b>	<p>« La connaissance de tout patient commence toujours par un recueil de données. »</p> <p>« Réussir à rentrer en relation avec le patient »</p> <p>« Compréhension des difficultés et plaintes du patient »</p> <p>« Il faut éviter tout échec, toute mise à l'épreuve et partir sur quelque chose qui est dans ses habitudes, qui est encore signifiant et qui a du sens »</p>

	<p>« C'est la réussite qui est vraiment le tremplin pour pouvoir construire le projet. »</p> <p>« Il va falloir graduer les activités »</p> <p>« La famille, un proche ou un ami, tout ce qui est important aux yeux de la personne qu'elle nous autorise à consulter est important aussi »</p> <p>« travailler en pluridisciplinarité »</p>
--	--

**Annexe 7 : Tableau d'analyse E3**

Thématiques	E3
<b>Parcours professionnel</b>	<p>-Diplômée en 2006.</p> <p>-Expérience en centre de rééducation ; neurologie ; traumatologie ; rhumatologie ; équipe d'évaluation pluridisciplinaire pour prestation de compensation du handicap à la MDPH ; SSIAD ; Centre de rééducation professionnel ; ESRP</p> <p>-Formation PRAP.</p>
<b>Généralités sur la prise en charge en ergothérapie des personnes apathiques</b>	<p>-Apathie : trouble de la prise d'initiative motrice ou cognitive ; manque de prise de décision ; absence d'activité</p> <p>-Fréquence de TC apathique : très très rare / Âge : 25-50 ans</p> <p>-sensibiliser l'entourage ; informer sur le retentissement du handicap ; laisser du temps ; trouver des canaux pour déclencher l'action ou le raisonnement, la pensée et la communication ; comprendre les attentes de la personne ; éviter les prises de parole en public ; observer la personne en formation ;</p> <p>-Collaboration autres professionnels : neuropsychologie ; trouver ensemble des moyens de</p>



	<p>compensation ; psy sur état de la personne ; relais avec SAVS.</p> <p>-Obstacles : comprendre le trouble ; comprendre la priorité de la personne ; procédures juridiques en cas d'AVP ou dommage corporel</p> <p>-Facilitateurs : stage et alternance ;</p>
<b>Généralités sur le processus de remotivation</b>	<p>-Ne connaît pas du tout mais pense qu'il y a des choses intéressantes (pluridisciplinarité).</p> <p>-Limites : échelle de temps ; comme faire adhérer la personne ; prendre en compte les difficultés associés au TC.</p>
<b>Utilisation du processus de remotivation</b>	<p>-Autre outils : auto-détermination.</p> <p>-Réussite : pas de taux précis.</p>
<b>Champ lexical du processus de remotivation</b>	<p>« Sensibiliser l'entourage »</p> <p>« Comprendre le fonctionnement de la personne »</p> <p>« Comprendre les attentes de la personne »</p> <p>« Éviter les prises de paroles en public pour éviter échec »</p> <p>« Collaboration avec psychologue et neuropsychologue très importante »</p> <p>« Travail pluridisciplinaire »</p>

#### Annexe 8 : Tableau d'analyse E4

Thématiques	E4
<b>Parcours professionnel</b>	<p>-Diplômée en 2003.</p> <p>-Expérience en pédiatrie ; centre de rééducation neuro ; 70% SESSAD et 30% ESAT.</p> <p>-Formations sur troubles cognitifs ; profil sensoriel ; logico-maths ; TSA.</p>
<b>Généralités sur la prise en charge en ergothérapie des personnes apathiques</b>	<p>-Apathie : manque de prise d'initiative et de motivation ; lenteur dans les prises de décision</p>

	<p>associé souvent à un trouble des fonctions exécutives.</p> <p>-Fréquence : très peu, surtout des personnes ralenties</p> <p>-Trouver un emploi avec des tâches automatisées pour limiter les stimulations cognitives et les situations où elle doit avoir des prises d'initiatives ; bilans cognitifs ; mise en situation de tâche professionnelle ; tâches séquencées ; organisation des tâches ; check-list ; ateliers de groupe ; atelier théâtre et cuisine ; accompagnement ++ et stimulation</p> <p>-Collaboration avec les professionnels : chargé d'insertion important car au quotidien proche d'eux ; psy ; pôle social pour dossiers MDPH ;</p> <p>-Famille importantes mais vu que les patients sont majeurs c'est eux qui les incluent.</p> <p>-Obstacles : lésion cérébrale avec les troubles associés ; capacité d'adaptation</p>
<p><b>Généralités sur le processus de remotivation</b></p>	<p>-Ne connaît pas sur ce nom mais ce sont les étapes qu'elle utilise donc sécuriser, valoriser, mettre de la motivation et élaborer des objectifs.</p> <p>-Limites : Côté psychologique (addictions) ; certaines personnes ont besoin de soins avant de commencer ce processus ; deuil de l'accident et du travail d'avant.</p>
<p><b>Utilisation du processus de remotivation</b></p>	<p>-Avec les enfants apathique outils qu'elle peut transférer à l'adulte mais n'a pas essayé : motivation à partir de l'image ; attention à l'environnement complet de la personne</p>

	-Réussite : pas de taux précis.
<b>Champ lexical du processus de remotivation</b>	<p>« Recueil de données »</p> <p>« Trouver un emploi avec des tâches qui sont automatisées pour éviter les situations d'échecs et les prise de décision »</p> <p>« Accompagner la personne, être présent »</p> <p>« Ouverture sociale importante »</p> <p>« La famille est souvent très présente pour les usagers »</p> <p>« Trouver des tâches où la personne sait ce qu'elle a a faire pour éviter les situations d'échec »</p> <p>« L'accompagnement et la stimulation »</p> <p>« Sécuriser, valoriser, mettre de la motivation, mettre des objectifs »</p> <p>« Rassurer les personnes, faire preuve de bienveillance »</p> <p>« Mettre en place une relation de confiance, développer la notion de plaisir et créer des objectifs »</p> <p>« Accroître l'accomplissement et l'épanouissement personnel »</p> <p>« Processus motivationnel »</p> <p>« L'aider dans son autonomie en prenant en compte tout son environnement »</p> <p>« Connaître les capacités et limites de la personne »</p> <p>« L'important c'est de créer un lien de confiance pour la prise en charge pour pouvoir guider et aider la personne dans ses objectifs »</p>

#### Annexe 9 : Tableau d'analyse E5

Thématiques	E5
<b>Parcours professionnel</b>	<p>-Diplômé en 2001</p> <p>-Expérience en foyer de vie et dans cette structure depuis 2008.</p> <p>-DUG ingénierie de la santé</p>
<b>Généralités sur la prise en charge en ergothérapie des personnes apathiques</b>	-Apathie : ça peut se présenter sous différentes formes : manque d'initiative, manque d'envie, passe par les expressions faciales, manque de

	<p>communication et d'expression, personne qui reste dans son coin et qui ne fait rien.</p> <p>-Fréquence : ¼ de TC et environ 20% sont apathiques ; Âge : 40-50 ans</p> <p>-Faire le lien avec les aidants pour expliquer l'apathie ; stimuler ; compensations techniques et humaines ++ ; faire valoir el handicap invisible ; comprendre le projet de la personne ;</p> <p>-Facilitateurs : aides techniques et humaine ; dossier MDPH.</p> <p>Obstacles : inhérent à la personne</p>
<b>Généralités sur le processus de remotivation</b>	<p>-Ne connaît pas ce terme mais l'utilise</p> <p>-Limites : difficile de dire sur un outils qu'on connaît pas ; outils idéaliste ; possible mais dès le départ de la PEC ; processus qui va se heurter aux troubles associés aux TC ; il faut ajouter travail de deuil de leur vie antérieur ; tbles de la mémoire et comment trouver les centre d'intérêt ?</p>
<b>Utilisation du processus de remotivation</b>	<p>-Autres Outils : PAAC ; moyens de compensation ; humain ++++ ; outils personnalisés</p>
<b>Champ lexical du processus de remotivation</b>	<p>« Faire du lien avec les aidants sur le trouble »</p> <p>« Famille et entourage importante pour motiver et actionner l'action »</p> <p>« Déterminer le projet de la personne »</p> <p>« Obstacles du processus sont inhérent à la personne »</p> <p>« Trouver l'élément déclencheur de la motivation »</p>

### **Résumé :**

Le traumatisme crânien, handicap invisible, peut survenir à tout moment. Plusieurs causes sont possibles : les accidents de voie publique, les chutes ou encore la maltraitance. Selon la gravité du traumatisme crânien évalué grâce à l'échelle de Glasgow, des troubles peuvent être associés. Parmi eux, l'apathie, qui est présent dans 20 à 70% des cas. C'est un trouble de la volition pouvant être pris en charge par l'ergothérapeute. Dans cette étude, l'intérêt est porté sur l'intervention de l'ergothérapeute dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle des personnes traumatisées crâniennes apathiques.

Afin de répondre à cette objectif, une étude qualitative a été effectuée grâce à l'interview de cinq ergothérapeutes travaillant dans des structures différentes.

Les résultats de cette étude montrent que le processus de remotivation, outil utilisé dans le cadre d'un trouble de la volition, est peu connu et peu utilisé dans la pratique. C'est un outil idéaliste et il y a un manque important d'information. Afin d'aider les personnes traumatisées crâniennes apathiques dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle, les ergothérapeutes interrogés mettent en évidence les méthodes utilisées : la mise en place de stratégies, de moyens de compensation et de moyens de gratification. L'important est de les ancrer dans les habitudes de vie de la personne. De plus, il est nécessaire de proposer un emploi avec des tâches automatisés qui ne demandent pas de prise d'initiative ou de disponibilité cognitive importante.

L'ergothérapeute a donc pour rôle d'accompagner la personne, de la valoriser et la sécuriser.

Mots clés : Traumatisme crânien sévère – Réinsertion socio-professionnelle – apathie – Processus de remotivation

### **Abstract :**

Head trauma, an invisible disability, can occur at any time. Several causes are possible: road accidents, falls or abuse. Depending on the severity of the head injury, assessed using the Glasgow Scale, disorders may be associated. Among them, apathy, which is present in 20-70% of cases. It is a volition disorder that can be managed by the occupational therapist. In this study, interest is focused on the intervention of the occupational therapist in the context of the socio-professional reintegration of people with apathetic head trauma.

In order to meet this objective, a qualitative study was carried out through the interview of five occupational therapists working in different structures.

The results of this study show that the process of remotivation, a tool used in the context of a volition disorder, is little known and little used in practice. It is an idealistic tool and there is a significant lack of information about it. In order to help people with apathetic head trauma in the context of socio-professional reintegration, the occupational therapists interviewed highlight the methods used: the implementation of strategies, means of compensation and means of gratification. The important factor is to anchor them in the lifestyle habits of the person. In addition, it is necessary to propose a job with automated tasks that do not require initiative or significant cognitive availability.

The role of the occupational therapist is to accompany the person, to value and secure them.

Keywords: Severe head trauma – Socio-professional reintegration – Apathy – Remotivation process