

La réinsertion sociale des personnes traumatisées crâniennes

Mémoire d'initiation à la recherche en vue de
l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute



Et je cours, je me raccroche à la vie ...

<https://www.vulcan-artiste.com/paysages-urbains/>

Noémie THISSE
Année 2018 - 2019

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

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

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

Le mémoire peut être :

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

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

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

Je, soussignée, Noémie Thisse 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

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 tout d'abord à remercier ma maîtresse de mémoire, Fanny WILHELM, pour m'avoir accompagnée tout au long de l'année dans la réalisation de ce mémoire, pour ses conseils et son soutien très précieux.

Je tiens également à remercier les ergothérapeutes et les patients qui m'ont accordé de leur temps, pour la passation des entretiens.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de formation de Créteil, particulièrement Aleksandra PIOT-POLOK et Robin BAIRET, pour leurs conseils et leur bienveillance.

Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien, leurs relectures et leurs encouragements.

SOMMAIRE

Introduction	1
Situation d'appel	3
I. Partie théorique	4
1. Le traumatisme crânien	4
a) Définition.....	4
b) Le traumatisme crânien, une lésion cérébrale	4
c) Epidémiologie.....	4
d) Classification des traumatismes crâniens.....	5
e) Séquelles	7
f) Le traumatisme crânien, un handicap invisible	13
g) Le parcours de soin et la prise en charge d'un patient présentant un traumatisme crânien	13
h) Les compétences de l'ergothérapeute auprès du traumatisme crânien	15
2. La réinsertion sociale	17
a) De la réinsertion à la participation sociale	17
b) Les traumatisés crâniens : Restriction de participation sociale	18
c) Outils d'évaluation de la participation sociale.....	20
3. L'environnement signifiant du patient	21
a) Définition d'environnement	21
b) Environnement signifiant	22
c) Dimensions sociale et culturelle de l'environnement.....	23
d) Les compétences de l'ergothérapeute dans l'environnement extérieur signifiant de la personne	23
4. Les mises en situation extérieures proposées par l'ergothérapeute	24
a) Définition de « mises en situation »	24
b) Activités signifiantes et significatives	25
c) Objectifs des mises en situation extérieures signifiantes.....	26
5. Le modèle de l'Occupation Humaine	27
II. Partie expérimentale	30
1. Méthodologie de l'enquête	30
a) Objectifs de l'enquête	30
b) Choix de la population.....	31
c) Outil d'investigation : L'entretien semi-directif	32
e) Limites de l'outil	33
f) Intérêt de l'outil.....	34
2. Analyse des résultats	35
a) Présentation et analyse des résultats, ergothérapeutes	35
b) Présentation et analyse des résultats, patients.....	44
3. Discussion	48
a) Validité de l'hypothèse	53
b) Limites de l'étude	55
c) Intérêts de l'étude	56
Conclusion	57
Bibliographie	58
ANNEXES	62

Introduction

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme étant : « *Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (OMS, 2019) D'après Abraham Maslow, être en bonne santé signifie aussi être en capacité de satisfaire ses besoins fondamentaux. Au sein de ces besoins déterminants de la santé de l'individu, les besoins sociaux arrivent en troisième position. La vie sociale est composée des liens et des relations que nous entretenons avec des personnes. On comprend alors que la participation à la vie sociale détermine la qualité de vie de la personne.

Certaines situations de handicap peuvent altérer l'insertion sociale de l'individu, comme les troubles présents à la suite d'un traumatisme crânien. Chaque année en France, 155 000 personnes sont prises en charge à l'hôpital pour un traumatisme crânien et, parmi elles, 8 500 seront des traumatisés graves avec des séquelles invalidantes. (Azouvi, Vallat - Azouvi, & Aubin, 2015). Être en mesure d'assurer une prise en charge des personnes traumatisées crâniennes de qualité, constitue un véritable défi. L'ergothérapeute, expert de la congruence entre l'Homme et son environnement, a toutes les cartes en main pour accompagner l'accomplissement des projets d'une personne traumatisée crânienne, à commencer par sa réinsertion sociale.

Ainsi, de ma problématique : De quelle manière l'ergothérapeute peut-il accompagner l'adulte traumatisé crânien de stade modéré et/ou sévère vers une réinsertion sociale, dans son environnement ?

Découle mon hypothèse qui est la suivante : Les **mises en situation extérieures significatives** proposées par l'ergothérapeute favorisent la **prise de conscience** par la personne de ses troubles, et participent ainsi à une **réinsertion sociale**

Réaliser des mises en situation écologiques extérieures, directement dans l'environnement significatif du patient, un lieu qui a du sens pour lui, favoriserait peut-être son engagement dans ses occupations. D'après mon hypothèse, les mises en situation de ce type favoriseraient la prise de conscience des troubles par le patient ; Il sera mieux à même de trouver des moyens de compensation pour palier ses difficultés qui l'empêchent d'être autonome. Il pourra alors acquérir une participation sociale, et ainsi se réinsérer en société.

Pour commencer, je vous exposerai ma situation d'appel, en vous expliquant comment j'en suis arrivée à mener cette réflexion.

Pour traiter ce sujet, nous verrons tout d'abord la notion du traumatisme crânien : quelles en sont les causes et les conséquences. Nous nous intéressons également à l'aspect invisible du handicap, ainsi qu'au parcours de soin et à la prise en charge d'un patient présentant un traumatisme crânien. Nous aborderons ensuite le concept de réinsertion sociale, en s'intéressant plus particulièrement à la restriction de participation sociale des patients traumatisés crâniens, ainsi qu'aux outils d'évaluation mis en place en ergothérapie pour évaluer cette participation. Nous verrons ensuite le sujet de l'environnement signifiant du patient, dans lequel il peut acquérir une participation sociale, avec ses dimensions sociale et culturelle, ainsi que les compétences de l'ergothérapeute dans l'environnement extérieur. Pour clôturer la partie théorique, nous aborderons le thème des mises en situation extérieures proposées par l'ergothérapeute.

Je présenterai par la suite la partie expérimentale, composée de la présentation de l'enquête, de ses résultats et de ma discussion. A l'issue de cette partie, j'énoncerai si mon hypothèse est validée, partiellement validée, ou réfutée.

Situation d'appel

Durant ma formation, j'ai eu la chance de réaliser un stage en SSR, au sein d'un service de Neurologie. Ce fut ma première rencontre avec des patients traumatisés crâniens, et j'ai pu constater les nombreux troubles et difficultés qui surviennent après ce traumatisme. Pour leurs séances de rééducation, l'ergothérapeute proposait de nombreuses mises en situation écologiques extérieures. Je me suis alors demandée : à quoi servaient-elles ? Etaient-elles vraiment efficaces pour un retour à domicile ? Après l'hospitalisation, le patient met-il en application ce qu'on lui a appris ? Arrive-t-il à retrouver sa place dans la société ?

En effet, j'ai eu l'impression que ces mises en situation extérieures avaient un retentissement au niveau de la vie sociale du patient. Une fois dehors, au milieu de cette foule très souvent non-sensibilisée au handicap invisible, que ressent-il ? Dans quelles mesures peut-il continuer à assumer des rôles sociaux valorisés ? Et au regard de la société, quelle est sa place ?

J'ai mené une pré-enquête auprès d'autres ergothérapeutes qui proposaient des mises en situation écologiques extérieures auprès d'adultes traumatisés crâniens de stade modéré et de stade sévère. Je leur ai demandé quels étaient les objectifs de ces mises en situation écologiques. Certains m'ont dit que c'était soit pour évaluer les capacités du patient, soit un exercice d'entraînement à la « *vie réelle* », à la « *vie après l'hospitalisation* ». La finalité étant de permettre à la personne de retrouver de l'indépendance et /ou de l'autonomie dans des activités qui ont du sens pour elle. Certains m'ont fait part que les situations à l'extérieur étaient intéressantes, car elles demandaient au patient d'avoir des interactions sociales. Pour mon mémoire, j'ai choisi de m'intéresser aux mises en situation à l'extérieur, afin de préciser mon sujet et m'approcher davantage de la réinsertion sociale.

I. Partie théorique

1. Le traumatisme crânien

a) Définition

Le traumatisme crânien (TC) est « *la conséquence d'un choc sur la tête. [...] Pour qu'il y ait traumatisme crânien, il faut que le choc soit suffisamment important pour engendrer des répercussions non seulement au niveau du crâne mais également au niveau du cerveau.* » p.20 (Leclercq, 2007)

Le traumatisme crânien est une lésion cérébrale qui résulte d'un incident traumatique. Quelle que soit leur gravité, ils peuvent engendrer des séquelles neurologiques durables, affectant la cognition. Ils sont souvent à l'origine de handicaps particulièrement déstructurants pour la vie personnelle, familiale et sociale de la personne.

b) Le traumatisme crânien, une lésion cérébrale

Le cerveau est composé d'un nombre très important de neurones ; Ce sont des cellules allongées qui entretiennent entre elles de multiples connexions. Elles forment ensemble une masse de matière relativement molle d'un poids de 1,5 kg environ chez l'adulte. Lorsque le cerveau subit un choc brutal, celui-ci est obligé de suivre le mouvement du crâne. La matière molle (la matière « cérébrale ») est alors secouée, distordue et blessée dans ces mouvements.

Lors de ces événements violents, le cerveau est projeté contre les parois internes du crâne. Or, celles-ci sont constituées de sillons acérés. La matière cérébrale va alors subir un écrasement et/ou des coupures, mais également l'arrachement et le déchirement des artères et des veines qui l'irriguent. Le cisaillement des veines et artères provoque non seulement l'interruption de l'apport de sang dans certaines régions du cerveau, mais aussi des épanchements de sang qui vont former des caillots. (Leclercq, 2007)

c) Epidémiologie

D'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), et la DREES (Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), en France « *0,7% des personnes déclarent présenter des séquelles d'un TC, soit plus de 340 000 personnes* ». (Masson, 2000) (DREES). Chaque année en France, 155 000 personnes sont prises en charge à l'hôpital pour un TC et, parmi elles, 8 500 seront des traumatisés graves avec des séquelles invalidantes. (Azouvi, Vallat - Azouvi, & Aubin, 2015)

La première cause du traumatisme concerne les accidents de la voie publique. Ils provoquent à eux

seuls plus de la moitié des traumatismes crâniens. Il est important de savoir ceci : Pour 10 millions d'habitants, le parc automobile augmente de plus de 100 000 unités par an et accroît le risque de traumatismes d'année en année car la fréquence du traumatisme crânien augmente avec la saturation du réseau routier. (Leclercq, 2007)

Les circonstances et mécanismes principaux sont représentés dans le tableau suivant, qui illustre la difficulté à classer les mécanismes du TC :

Mécanismes		Circonstances	
Accident de la voie publique	52%	Accident	80%
Chute	34%	Sport	1%
- Escalier	10%	Travail	8%
- Lieu élevé	16%	Violence	3%
- De sa hauteur	7%	Suicide	12%
Coup/balle	27%		
Autre	5%		

Tableau 1 : Répartition des mécanismes et circonstances des TC dans l'étude Paris-TBI (Jourdan, et al., 2011)

Les accidents de la voie publique se voient majoritairement chez les hommes jeunes, qui ont entre 15 et 30 ans, ce qui explique la prédominance masculine de cette pathologie. La deuxième cause la plus fréquente est la chute (de sa hauteur, dans les escaliers...) pour laquelle une population plus âgée, d'environ 60 ans, est le plus à risque. En effet, la proportion de personnes de plus de 50 ans ayant un traumatisme crânien est passée, entre les années 1980 et 2000, de 15% à 44%. (Azouvi, Vallat - Azouvi, & Aubin, 2015)

Néanmoins, dans son ouvrage Le traumatisme crânien, guide à l'usage des proches, Michel Leclercq dit ceci : « *Personne n'est à l'abri d'un accident. Le traumatisme crânien ne frappe donc pas une population spécifique, une classe sociale ou un groupe particulier. On le voit, le traumatisme crânien constitue un problème à la fois public, social et politique majeur, particulièrement crucial dans nos sociétés développées.* » p.30 (Leclercq, 2007)

Finalement, toute personne s'investissant dans une occupation (professionnelle, sportive, etc...) risque potentiellement un accident de ce type. Rien ne peut nous préparer à cet événement brutal.

d) Classification des traumatismes crâniens

Le traumatisme crânien peut être de degré plus ou moins grave. Pour l'évaluer, les professionnels de santé se reposent sur plusieurs critères, dont les principaux sont la durée et le niveau de conscience du blessé, immédiatement après l'accident. En effet, ce dernier permet de constater la sévérité des dégâts provoqués par le choc au niveau du cerveau : plus la phase de coma est longue et profonde, plus le traumatisme est sévère.

En 1974, L'« échelle de coma de Glasgow » a été mise au point par deux chercheurs anglais, Teasdale

et Jennett. Elle permet d'évaluer plus objectivement le niveau de conscience du blessé. Aujourd'hui, cette échelle est très connue auprès des professionnels de santé, et très largement utilisée lors de l'évaluation des suites immédiates d'un traumatisme sérieux. C'est un outil de référence pour le passage de l'information entre les soignants, qui permet également de constater l'évolution du niveau de conscience du blessé au fil du temps. Voici l'outil :

Ouverture des yeux :	Points
- Spontanée	4
- A l'appel ou au bruit	3
- A la douleur	2
- Aucune	1
Meilleure réponse motrice (mouvement) :	
- Volontaire, sur commande	6
- Adaptée, localisée	5
- Retrait, évitement	4
- Flexion stéréotypée	3
- Extension stéréotypée	2
- Aucune	1
Réponse verbale :	
- Claire, orientée	5
- Confuse	4
- Incohérente	3
- Incompréhensible	2
- Aucune	1

Tableau 2 : Echelle de coma de Glasgow (Leclercq, 2007)

Les points obtenus sont ensuite additionnés pour chacun des trois critères de l'échelle. Le soignant obtient un score global qui peut varier d'un minimum de 3 (absence totale de réaction) à un maximum de 15 (réponses adaptées d'un sujet bien conscient). L'échelle nous permet d'avoir une idée sur le degré de sévérité du traumatisme. Voici la classification des traumatismes :

Degré de sévérité du traumatisme	Score sur l'échelle de Glasgow
Les traumatismes crâniens graves ou sévères	3 à 8
Les traumatismes crâniens modérés, de gravité moyenne	9 à 12
Les traumatismes crâniens légers	13 à 15

Tableau 3 : Degrés de gravité du traumatisme en fonction du score sur l'échelle de Glasgow (Leclercq, 2007)

A la suite de l'accident, certains blessés présentent des difficultés à enregistrer les nouvelles informations. Cette phase s'appelle la « période d'amnésie post-traumatique » (APT) ou encore

« amnésie antérograde ». Le terme « amnésie » signifie simplement l'absence d'enregistrement, de mise en mémoire des informations. Le terme « antérograde » désigne quant à lui le fait que cette absence de mise en mémoire de l'information porte sur des faits ou des événements qui se sont déroulés *après* le choc. Plus le traumatisme est sévère, plus la période d'APT est longue (au-delà de 24 heures). Pour affirmer que l'amnésie post-traumatique ou antérograde est terminée, il faut que la personne puisse bien répondre à ces questions : « *Quel était le menu du repas que le patient a pris quelques heures auparavant ? Quelle était l'activité effectuée la veille ? A-t-il reçu des visites la veille ?, pendant plusieurs jours d'affilée.* » p.29 (Leclercq, 2007)

e) Séquelles

A la suite d'un traumatisme crânien, les patients peuvent présenter des séquelles motrices, des séquelles cognitives durables et des troubles du comportement. Ils sont souvent à l'origine de handicaps particulièrement destructurants pour la vie personnelle, familiale et sociale de la personne.

Les séquelles motrices

Au niveau moteur, les conséquences peuvent être de plusieurs natures :

- Des lésions extracrâniennes du traumatisme (fractures, etc...),
- Des complications ostéoarticulaires (rétractations, etc...),
- Des atteintes neurologiques (hémiplégie, troubles sensitifs, etc...).

D'après De Morand [2014], suivant l'atteinte du traumatisme, cela peut engendrer différents troubles de la motricité, issus d'atteintes neurologiques, dont :

- Une atteinte pyramidale, qui entraîne une hémiplégie pouvant être unilatérale ou bilatérale,
- Une atteinte extrapyramidale, qui entraîne des mouvements anormaux appelés dyskinésies qui pourront être plus ou moins sévères et uni ou bilatéraux,
- Une atteinte cérébelleuse, qui entraîne un syndrome cérébelleux statique qui impactera sur l'équilibre ou un syndrome cérébelleux cinétique qui engendrera des troubles de la coordination motrice,
- On peut également retrouver une atteinte du système nerveux périphérique, comme les neuropathies périphériques

(Azouvi, Vallat - Azouvi, & Aubin, 2015)

Les séquelles cognitives

Le terme « *cognition* » désigne « *l'ensemble des connaissances et des processus complexes qui permettent leur développement et le traitement de l'information.* » p.5 (Sellier & Afonso, 2013) Elle

comporte : Le langage, le raisonnement, la mémoire, la prise de décision et les fonctions exécutives, mais aussi des processus plus élémentaires comme la perception, la motricité ainsi que les émotions. A la suite du traumatisme, le patient développe des troubles cognitifs, ce qui l'empêche de s'adonner à ses occupations de manière efficace. Il présente des difficultés à initier et réaliser les actions, à raisonner et à résoudre des problèmes. Les troubles cognitifs les plus fréquemment rencontrés après un traumatisme crânien vous seront présentés ci-dessous. Pour autant, leur description ne peut être exhaustive, chaque situation étant unique. L'expression des troubles cognitifs dépend de l'âge lors de la survenue des lésions, de la nature des lésions et des habitudes de vie antérieures. (Sellier & Afonso, 2013)

- La fonction du langage

Le langage concerne « *la faculté de communiquer avec autrui par l'intermédiaire de signes oraux ou écrits ayant un sens et une organisation préétablie* ». p.6 (Sellier & Afonso, 2013)

L'expression orale chez le blessé se trouve fréquemment perturbée. Cela s'exprime ainsi :

- Un manque du mot (difficulté à trouver le mot juste pour exprimer son idée), et parfois même une aphasie¹,
- Des troubles de la voix et de la parole comme la dysarthrie² ; La compréhension n'est cependant pas altérée,
- Un discours pauvre avec souvent les mêmes idées exprimées de façon répétitives,
- Un discours réduit, où il est nécessaire de stimuler l'expression orale de la personne,
- Un discours très productif, logorrhéique, souvent peu informatif,
- Une prosodie altérée (le ton est monocorde)
- Une difficulté à comprendre les subtilités du langage, comme l'humour ou le second degré,
- Une difficulté à prendre en considération le message d'autrui et à suivre une conversation,

L'expression écrite peut être altérée également, à la suite d'un TC. Cela se manifeste par le manque d'initiative de la personne pour prendre des notes ou écrire dans l'agenda, par exemple.

Aussi, il faut également se pencher sur la communication non verbale qui est, elle aussi, perturbée. En effet, la personne est atteinte de réduction des expressions faciales et des gestes. La personne semble inexpressible et impassible. (Sellier & Afonso, 2013)

- La fonction gnosique

Les gnosies « *concernent les connaissances et les processus de traitement des informations qui sont*

¹Aphasie : Perte totale ou partielle de la capacité à communiquer, c'est-à-dire parler ou comprendre ce que l'on nous dit (Fédération Nationale des Aphasiques de France, 2004)

²Dysarthrie : Perturbation au niveau de la production sonore du langage [Leclercq, 2007]

perçues par les 5 sens ». p.8 (Sellier & Afonso, 2013) Une agnosie visuelle perturbe la capacité à reconnaître les objets, les visages, alors que la vue fonctionne parfaitement. Une agnosie auditive empêche la reconnaissance des sons, alors qu'il n'y a aucune perte auditive.

L'héminégligence est une agnosie spatiale unilatérale, c'est-à-dire que la personne est incapable de détecter les informations qui lui parviennent, à gauche ou à droite, en fonction du côté atteint (cela se manifeste plus souvent à gauche). La personne néglige ce côté, et présente des difficultés à l'investir pleinement. (Sellier & Afonso, 2013)

- L'anosognosie

L'anosognosie se définit par « *l'absence de conscience de ses propres troubles.* » p.787 (Lechevalier, Eustache, & Viader, 2008). Son évaluation est basée sur la différence entre l'appréciation qu'a le patient de ses difficultés, celle de son entourage et la véritable intensité des troubles.

A la suite de l'accident, la personne se retrouve cognitivement ralentie. Les actes de la vie quotidienne demandent davantage de ressources et d'énergie, expliquant sa grande fatigabilité. A cause de ses déficits cognitifs, la personne présente des difficultés au niveau de sa propre perception et sa compréhension des troubles. Ainsi, la personne ne comprend pas l'enjeu de sa rééducation ; Elle trouve cela inutile, car ses troubles sont sous-estimés. (Azouvi, Vallat - Azouvi, & Aubin, 2015)

Le diagnostic puis l'évaluation de la sévérité de l'anosognosie appartiennent au médecin et/ou au neuropsychologue de l'équipe prenant en charge le patient. Il existe différents outils d'évaluation de l'anosognosie spécifiques aux troubles de la mémoire, aux troubles moteurs, ou à des troubles neuropsychologiques. Pour évaluer l'anosognosie du syndrome dysexécutif, le neuropsychologue dispose d'outils comme :

- Patient Competency Rating Scale (PCRS, 2012) de ROUECHE et FORDYCE (1983) ou PCRS-NR de BORGARO et PRIGATANO (2003). Le but de la PCRS est d'évaluer la conscience de soi, c'est-à-dire la capacité d'évaluer ses forces et ses faiblesses actuelles, après une lésion cérébrale. L'échelle se présente sous la forme d'une autoévaluation à trente items à coter selon son degré de difficulté éprouvé dans chaque tâche (ne peut pas faire / très difficile / presque facile). Ces tâches sont entre autres : préparer un repas, s'habiller, conduire une voiture, gérer son budget, ponctualité, s'adapter à l'imprévu, mener une discussion, accepter les critiques, contrôler ses pleurs etc. Il existe trois formulaires d'évaluation : pour le patient, pour une personne de son entourage, et pour un soignant. Le formulaire du patient et au moins un des autres formulaires doivent être utilisés simultanément. Les réponses du patient sont ainsi comparées à celles de l'autre personne interrogée, afin de produire un score écart.
- L'Echelle Neurocomportementale Révisée (NRS-R) de LEVIN, MAZAUX, ANIER al, (2005). Il s'agit d'une évaluation globale des troubles cognitifs, affectifs et comportementaux des

traumatisés crâniens sous forme d'entretien semi-dirigé entre le neuropsychologue et le patient. L'entretien comporte des questions sur les plaintes cognitives, l'état psychologique et émotionnel, la conscience des troubles, le comportement, les motivations, l'attention, la mémoire, l'orientation temporo-spatiale, et les fonctions exécutives. Cette échelle est validée et reproductible (France Traumatisme Crânien, 2007).

- La fonction praxique

La praxie est « *la capacité d'effectuer de façon volontaire un geste orienté vers un but* » p.9 (Sellier & Afonso, 2013). Les troubles praxiques sont l'expression d'un dysfonctionnement cérébral, sans atteinte motrice. Il existe les praxies idéatoires qui représentent les difficultés pour suivre une séquence d'actes dirigés vers un but (Exemple : s'habiller), et les praxies constructives, qui elles représentent les difficultés pour manipuler des éléments dans l'espace dans un but de construction. (Sellier & Afonso, 2013)

- Les capacités attentionnelles

L'attention est « *la concentration active de la conscience portée sur un objet, une situation ou une pensée déterminés* » p.10 (Sellier & Afonso, 2013). La plupart des actes de la vie quotidienne, même simples, demande de l'attention de la part de l'acteur. Les troubles attentionnels peuvent affecter les différents types d'attention :

- Attention sélective qui permet de rester concentré sur une tâche.
- Attention soutenue qui permet de maintenir son attention dans la durée ; Il est difficile pour les personnes TC de se concentrer plus d'une heure d'affilée.
- Attention divisée qui permet de gérer deux tâches simultanément (ce qu'on appelle être en « *double tâche* »).

Aussi, les personnes sont facilement distraites par l'environnement, ce qui altère d'autant plus leur attention. (Sellier & Afonso, 2013)

- La mémoire

La mémoire, c'est « *la capacité d'enregistrer, de stocker des informations nouvelles et d'utiliser ses connaissances acquises antérieurement* » p.13 (Sellier & Afonso, 2013). Les troubles mnésiques sont fréquents chez une personne traumatisée. Ils se caractérisent notamment par la présence d'une amnésie péri traumatique : « *amnésie totale et définitive de la période qui concerne et entoure la survenue de l'accident* ». Cette période peut aller de quelques heures à plusieurs mois. Durant cette période, la personne peut potentiellement avoir des difficultés mnésiques concernant les souvenirs rétrogrades qui mettent en jeu les fonctions exécutives (l'utilisation de certaines connaissances est

fastidieuse). La mémoire antérograde, concernant les faits et les connaissances acquises après l'accident est souvent très perturbée. La personne a du mal à acquérir des informations nouvelles, ce qui perturbe tout nouvel apprentissage.

Il existe différents types de mémoires, qui peuvent être altérées différemment, selon la lésion :

- La mémoire épisodique : mémoire des faits personnels qui ont été vécus à un moment précis,
- La mémoire sémantique : les connaissances sur le monde, et sur soi-même (mémoire autobiographique, par exemple : je sais que je suis plombier),
- La mémoire procédurale : les automatismes, et les savoir-faire,
- La mémoire de travail : elle permet de maintenir à court terme une information tout en la manipulant (Exemple : calcul mental),
- La mémoire prospective : se rappeler de ce qu'on a à faire plus tard, dans le futur.

(Sellier & Afonso, 2013)

- Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives, sont « l'ensemble des processus permettant un comportement dirigé vers un but, flexible et adapté au contexte » p.11 (Sellier & Afonso, 2013). On appelle cet ensemble de troubles le « syndrome dysexécutif ». Les fonctions exécutives sont stimulées lorsque nous réalisons une tâche nouvelle et complexe. Elles permettent d'avoir un raisonnement flexible. Les capacités exécutives sont :

- L'initiative, la formulation d'un but et la prise de décision (« je veux faire... »),
- L'anticipation (« mais, pour cela, je dois faire attention à... »),
- La planification et l'organisation (« je vais m'y prendre comme ça... »),
- La résolution de problèmes (« face à cette difficulté, je peux faire ça... »),
- L'ajustement (« le résultat obtenu est-il satisfaisant ? Sinon, je pourrai faire comme ça... »).

Dans une situation non routinière, le blessé peut donc réagir de façon impulsive ; Il va se précipiter dans la tâche à réaliser sans prendre le temps de réfléchir, d'élaborer une réponse adaptée ou une stratégie. La personne ne prendra pas en compte des informations utiles. Au quotidien, la personne va naturellement reproduire des actes automatiques : elle respecte des rituels, et prend peu d'initiatives ; elle est donc très perturbée lorsqu'elle doit faire face à des imprévus. Or, la vie est faite d'imprévus. (Sellier & Afonso, 2013)

Les troubles du comportement

Les personnes traumatisées crâniennes présentent des modifications de la personnalité, appelées « troubles du comportement ». Ce changement brutal est mal vécu pour le blessé, mais aussi pour l'entourage ; la personne n'est plus la même.

« Un comportement adapté nécessite la mise en œuvre de processus qui permettent d'interagir avec les individus avec lesquels nous partageons des règles et des valeurs. » (P.Castelain, 2012)

Pour avoir un comportement adapté, comme défini ci-dessus, il faut que la personne soit capable :

- D'identifier les codes de la société, et de savoir les appliquer (Exemple : dire bonjour le matin, s'excuser lorsqu'on bouscule quelqu'un),
- De prendre en compte et comprendre les signaux comportementaux et émotionnels envoyés par autrui,
- D'inférer sur l'état mental, les intentions et les croyances d'autrui (Exemple : mon patron pense que je n'ai pas beaucoup de travail. Comme il est sous pression, je pense qu'il va me donner encore plus de travail),
- De se décentrer de son propre point de vue et de faire preuve d'empathie envers autrui (lors d'une dispute entre deux partis, par exemple). (Sellier & Afonso, 2013)

Les troubles comportementaux sont liés à la nature de la lésion cérébrale et des troubles cognitifs, mais ils sont également déterminés par la personnalité antérieure et par l'environnement. Les troubles du comportement sont souvent « *l'expression caricaturale* » du sujet et de ses relations.

Ces troubles sont très handicapants pour la personne, puisqu'ils représentent le principal obstacle à la réinsertion sociale : Ils rendent difficile l'intégration dans un groupe, génèrent des conflits, et entraînent un isolement. Les troubles comportementaux constituent la première plainte des familles tant ils perturbent l'équilibre familial et social. (Sellier & Afonso, 2013)

Il existe deux versants, par lesquels les troubles comportementaux peuvent s'exprimer. Une même personne peut tout à fait comporter ces deux versants :

Le versant « Désinhibé »	Le versant « Inhibé »
Caractérisé par un manque de contrôle de soi, une impulsivité comportementale, altérant considérablement la conduite sociale	Caractérisé par l'apragmatisme et le manque d'initiatives
<ul style="list-style-type: none"> - La personne est joviale, voire euphorique, - Elle est impatiente et irritable, - Elle ne supporte pas d'être contrariée, - Elle est auto-centrée, considérée comme immature. - Il peut y avoir une hyperactivité, les activités commencées mais jamais terminées. - Les conduites alimentaires peuvent être perturbées. - La personne peut être vulgaire, dire ou faire des choses socialement inadaptées, pouvant aller jusqu'au délit (exhibitionnisme...). 	<ul style="list-style-type: none"> - La personne n'initie rien spontanément et passe rarement à l'action, - Il n'y a plus d'intérêt, plus de motivation, - La réduction des activités est majeure, - Les comportements d'errances, les persévérations voire les stéréotypies sont fréquents.

Tableau 4 : Versants des troubles du comportement (Sellier & Afonso, 2013)

Il faut aussi savoir que les troubles mnésiques contribuent fortement aux troubles comportementaux (agressivité, faux souvenirs, ritualisation, voire troubles obsessionnels compulsifs), et à la dégradation de l'humeur (syndrome anxio-dépressif, dévalorisation). La personne ne se sent plus actrice de sa propre histoire, puisqu'elle est dépendante de la mémoire des autres.

L'anosognosie majore les troubles comportementaux, notamment l'agressivité et l'opposition.
(Leclercq, 2007)

Toutes ces séquelles entraînent des difficultés, parfois persistantes, dans la réalisation des activités de la vie quotidienne : tâches familières sollicitant des processus cognitifs tels que l'ordonnancement séquentiel des actions, la sélection des objets ou des outils pour atteindre des buts pratiques. (Sellier & Afonso, 2013)

Les troubles cognitifs et du comportement présents à la suite du traumatisme, perturbent considérablement la possibilité du blessé à interagir de façon adaptée dans la société. Celui-ci se retrouve souvent incompris et très isolé, notamment par le caractère invisible de ces séquelles.
(Sellier.C & Afonso.M-E, 2013)

f) Le traumatisme crânien, un handicap invisible

Le handicap invisible est un handicap qui ne se remarque pas. Il s'applique pour des situations de handicap type sensoriel, psychique et cognitif. Chez la personne traumatisée crânienne, les séquelles cognitives sont fréquentes. Elles sont présentes dans 61% des cas, comparées aux séquelles motrices que l'on retrouve seulement dans 41% des cas. (Fougeyrollas, 2010)

Les personnes traumatisées crâniennes sont souvent ignorées ou mal reconnues dans leurs situations de handicap, car elles font face à des observateurs non avertis. Cela provoque des difficultés relationnelles et de la souffrance tant pour le blessé que pour la famille. Les troubles résultants du traumatisme sont difficiles à identifier par les professionnels et leur entourage. Pour eux, le retentissement de ces bouleversements est difficile à expliquer, et font parfois l'objet de jugements inappropriés. Il est aussi difficile pour la personne d'expliquer ses difficultés. Cela crée des malentendus révélateurs d'une méconnaissance de l'entourage. La victime éprouve beaucoup de difficultés à faire reconnaître ses situations de handicap, et cela peut être très éprouvant. (Leclercq, 2007)

g) Le parcours de soin et la prise en charge d'un patient présentant un traumatisme crânien

Les personnes TC présentent des situations très diverses, de par les différentes natures du traumatisme. Il est également difficile, pour les professionnels de santé, de prédire l'évolution de

l'état de la personne. Ainsi, la prise en charge du traumatisme crânien demande une individualisation des soins, pour que ceux-ci soient les mieux adaptés aux problèmes et à la demande de la personne. Néanmoins, on peut tout de même présenter succinctement les principales étapes du parcours de soin des patients. Voici la façon dont elles se déroulent :

- Les soins aigus (services de réanimation, de chirurgie et de médecine),
- La phase post-aiguë, (transfert en service de soins de suite et rééducation ou retour au domicile),
- Enfin la phase de suivi et de réinsertion, basée sur les soins ambulatoires et le secteur médico-social.

(Leclercq, 2007)

On rappelle que chaque année en France, 155 000 personnes sont prises en charge à l'hôpital pour un traumatisme crânien et, parmi elles, 8 500 seront des traumatisés graves avec des séquelles invalidantes. D'après l'étude Paris-TBI (étude sur 257 patients), parmi les personnes traumatisées crâniennes qui sont sorties vivantes des soins aigus, 30% des patients étaient rentrés directement au domicile ou dans un lieu de vie institutionnel, 64% avaient été admis en service de soin de suite et de réadaptation, et seulement 45% en MPR (Médecine Physique et Réadaptation) spécialisée. (Azouvi, Vallat - Azouvi, & Aubin, 2015). Au vu de ces chiffres importants, on peut dire que les prises en charge des personnes traumatisées crâniennes relèvent d'un problème de santé publique important. Le gouvernement doit pouvoir mettre en place des mesures de santé publique. Être en mesure d'assurer une prise en charge des personnes traumatisées crâniennes qui soit de qualité, adaptée, coordonnée et continue est un véritable défi pour les structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

Un programme d'actions en faveur des traumatisés crâniens a été élaboré en 2012. Il s'appuie sur le diagnostic et les propositions de la mission conduite en 2010 par la Professeur Pascale Pradat-Diehl, à la demande du Premier Ministre de l'époque, Monsieur François Fillon. Ce diagnostic a soulevé un manque de coordination entre les différentes structures d'accueil et de suivi.

Ce plan d'action 2012 a pour objectifs d'améliorer la qualité de la prise en charge actuelle des personnes traumatisées crâniennes. Le troisième axe de ce programme est le suivant : « *Sécuriser et accompagner le retour et le maintien en milieu de vie ordinaire* ».

Deux grandes mesures le constituent :

- ✓ Coordonner les différentes interventions médico-sociales
- ✓ Favoriser l'autonomie et l'insertion sociale des personnes traumatisées crâniennes

L'amélioration de la coordination dans la prise en charge des personnes constitue un enjeu essentiel. Les UEROS (Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle) et les

SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) peuvent jouer un rôle déterminant.

Plusieurs actions ont été mises en place pour pallier les difficultés d'offre de soins. Leurs objectifs étaient les suivants :

- Permettre aux ARS (Agences Régionales de Santé) de terminer le maillage territorial des SAMSAH et des UEROS.
- Donner aux ARS les outils nécessaires à l'organisation de l'offre de soins sur le secteur.

Ces objectifs ont pour finalité de faire le lien entre les structures pertinentes pour la prise en charge de la personne.

De plus, il existe également les GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle), qui permettent aux personnes qui les fréquentent de retrouver une vie sociale satisfaisante, et de rompre l'isolement. Ainsi, 40 GEM ont été créés en 2012, pour les personnes traumatisées crâniennes ou cérébrolésées.

En dehors de ce plan d'actions 2012, il faut savoir qu'il existe des programmes d'éducation à la santé destinés à aider le patient à acquérir une autonomie par rapport à sa maladie. La loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) affirme que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Cela concerne parfaitement les adultes souffrant de troubles cognitifs ou/et de troubles du comportement, à la suite d'un traumatisme crânien. Ces personnes, pour gagner en autonomie, doivent comprendre leurs troubles et trouver des moyens de compensation à leurs difficultés. (Ministère des Solidarités et de la santé, 2017)

Dans la majorité de ces structures pluriprofessionnelles, interviennent des neuropsychologues, des kinésithérapeutes, des animateurs d'activités physiques adaptées, des psychomotriciens, des psychologues, des orthophonistes, ainsi que des ergothérapeutes qui mettent en œuvre plusieurs compétences auxquels ils ont été formés au sein des Instituts de Formation en Ergothérapie.

h) Les compétences de l'ergothérapeute auprès du traumatisme crânien

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute dit ceci : « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement.* » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2019)

Avant toute chose, l'ergothérapeute intervient auprès des patients TC précocement, notamment pour

l'installation au lit et au fauteuil si besoin ; L'installation et le positionnement font partie des compétences de ce professionnel.

Dès la phase de reprise de conscience de soi, l'ergothérapeute intervient au niveau des activités de vie quotidienne (AVQ). Le professionnel va mobiliser les capacités sensitivo-motrices et cognitives de la personne, dans un contexte signifiant. Cela permet de valoriser ses capacités de performance, et d'amorcer la présentation d'aides techniques, pour restaurer l'indépendance dans les AVQ. L'ergothérapeute va proposer des activités centrées sur la perception corporelle, l'espace et le temps. Ce travail peut débuter dès lors que le maintien de la tête et du tronc est acquis, que les capacités attentionnelles du patient le lui permettent et qu'il manifeste de l'intérêt pour l'activité. De plus, l'ergothérapeute va pouvoir évaluer les capacités sensitives, motrices et fonctionnelles, grâce à plusieurs bilans normés et validés : Bilan de sensibilité subjective (douleur, paresthésies) ; Bilan de sensibilité objective superficielle (pic/touche, sensibilité thermique) ; Bilan de sensibilité objective profonde ; Bilan de spasticité ; Bilan articulaire ; Bilan de la commande motrice volontaire ; Bilan de dextérité (Box and Blocks, Nine Hole Peg Test (NHPT) Gestes tests, Bilan de préhension) ; Evaluation des transferts ; Bilan fonctionnel de type MIF (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle) ou Index de Barthel.

Lorsque le patient est sorti de la phase d'APT, celui-ci communique de nouveau, commence à fixer de nouveaux souvenirs, et s'oriente dans le temps et l'espace. Il est alors en phase d'état, période où les séquelles du traumatisme font leur apparition. L'objectif de l'ergothérapeute est alors de favoriser la participation active du sujet et de créer des conditions favorables qui permettent la motivation de la personne, de même que des facilitations dans ses AVQ grâce à la mise en place d'aides techniques ou de méthodes de compensation³ à ses difficultés.

Par la suite, le professionnel va commencer une rééducation sensori-motrice et surtout un travail postural ; c'est la priorité première, avant de commencer d'autres activités. Une fois ce travail effectué, l'ergothérapeute va pouvoir développer la rééducation cognitive. Elle a pour objectif de permettre à la personne traumatisée crânienne de vivre avec les déficits cognitifs dus aux lésions cérébrales, de les comprendre, les accepter, les gérer, les contourner, les compenser. Des évaluations de dépistage de troubles cognitifs existent pour permettre à l'équipe de développer un projet de soin adapté et pour que le patient et son entourage développent un projet de vie réaliste et cohérent, en vue d'une réinsertion familiale, sociale, ou encore professionnelle. Les évaluations sont les suivantes : Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC) ; Montréal Cognitive Assessment (MoCA) ; Lowenstein Occupationnel Therapy Cognitive Assessment (LOTCA). Il existe également des évaluations par des mises en situation en vie quotidienne, qui répondent à ces objectifs : Evaluation

³Méthodes de compensation : Façon de faire différente

des Fonctions Exécutives (EF2E) ; Echelle de Catherine Bergero (ECB) ; TEM ERFT. (IdF, 2013)

Par la suite, la rééducation cognitive concernera l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives, etc...

Il est vrai que ces acquis sont difficiles à transposer au quotidien car la vie de tous les jours est faite d'imprévus, de distractions, d'avis divergents, de contraintes... Néanmoins, diminuer le retentissement des troubles cognitifs nécessite d'intervenir sur l'environnement direct de la personne, en considérant ses habitudes de vie antérieure, ses ressources et les obstacles.(IdF, 2013)

Dans le cadre des actions de santé publique mises en place, en faveur de l'autonomie et de l'insertion sociale des personnes TC, l'ergothérapeute peut être amené à proposer des mises en situation dites « écologiques » (en milieu de vie réelle, dans un environnement qui a du sens pour le patient) et à l'extérieur, ce qui demande d'être en capacité d'avoir des interactions sociales. Elles mettent en évidence les dimensions sociales et culturelles de l'activité, et permettent éventuellement une réinsertion sociale qu'on définira dans la partie suivante.

2. La réinsertion sociale

a) De la réinsertion à la participation sociale

D'après le Conseil National des Politiques de Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'insertion sociale est « *le résultat des mécanismes d'intégration, telle la socialisation, par lesquels chaque individu tout au long de sa vie assimile les éléments lui permettant d'occuper une place dans les échanges sociaux.* » (sociale, 2014) C'est faire en sorte que tous les individus aient les moyens de participer en tant que membres valorisés, respectés, contribuant à leur communauté et à la société.

La vie sociale est composée des liens et des relations que nous entretenons avec des personnes, qu'il s'agisse de parents, d'amis, de collègues. Ces liens sont de fréquence et de nature différentes. Participer à la vie sociale, c'est :

- Avoir des interactions sociales
- Avoir des relations et du soutien de la famille et des amis
- Jouer des rôles sociaux valorisés, « être et se sentir utile »
- Recevoir du soutien de la communauté (c'est-à-dire une reconnaissance de son handicap et de ses difficultés).

On comprend alors assez vite que la participation à la vie sociale détermine la qualité de vie de la personne. (P.Castelein, 2012) Les besoins sociaux (amour, amitié, appartenance) font partie de la Pyramide des besoins élaborée par Abraham Maslow. Cette pyramide est présentée en Annexe I. Si ces besoins ne sont pas assouvis, les besoins d'estime de soi et d'accomplissement de soi ne pourront

pas être atteints. (Tap.P & Roudès.R, 2008)

La participation sociale est « *l'ensemble des activités réalisées dans les environnements sociaux fréquentés par la personne et comportant des interactions avec les acteurs propres à chacun de ces environnements. Ces activités sont favorables à l'expression du pouvoir personnel de la personne et peuvent s'inscrire dans une perspective d'autonomisation communautaire.* » (Boisvert, 2014)

Ainsi, par ses occupations, la personne va pouvoir acquérir une participation sociale, grâce à laquelle l'insertion sociale sera possible. Elle implique un échange réciproque entre l'individu et la collectivité. La responsabilité collective doit pouvoir permettre à tous de participer activement à la vie en société, et la responsabilité individuelle d'agir en citoyen responsable. (P.Castelein, 2012)

Sylvie Meyer, ergothérapeute, relie le rôle et la participation pour « *décrire la relation que l'individu entretient avec la société par le biais de ses occupations.* » p.161 (S.Meyer, 2013)

Pour elle, les individus exercent divers rôles en relation avec leurs diverses occupations. Ils sont rattachés à la profession, au statut civil, aux loisirs, à la vie sociale et politique. Sylvie Meyer ajoute ceci : « *Cet ensemble de rôles, qui ne s'exercent pas simultanément bien sûr et qui sont reconnus par les autres, confère une identité sociale à la personne.* » p.163 (S.Meyer, 2013)

L'ergothérapeute a un rôle important à jouer, concernant la réinsertion sociale du patient traumatisé crânien, qui passe d'abord et essentiellement par sa participation sociale. « *Les buts de l'intervention doivent en partie être pensés dans la perspective des rôles assumés par l'usager.* » p.164 (S.Meyer, 2013)

Par l'intermédiaire des mises en situation écologiques par exemple, le professionnel peut reconnaître en la personne, la possibilité d'agir par elle-même. L'individu accroît ses habiletés, favorisant ainsi l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. Il est alors encouragé à devenir acteur de sa vie, à développer son sens critique, à s'approprier sa vie en se positionnant et en agissant dans un élan de construction et de réalisation de soi. Ces aspects participent grandement à une réinsertion sociale de qualité. Avant de participer à quoique ce soit, il faut apprendre à devenir acteurs. (P.Castelein, 2012)

b) Les traumatisés crânien : Restriction de participation sociale

En France, dans la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées se réfère à la CIF de l'OMS (Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé – 2001). Elle indique que le handicap se traduit par une restriction de participation : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son*

environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». (Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées, 2017)

En 2002, la déclaration de Madrid consacrait la participation sociale comme nouveau paradigme dans la politique du handicap : « *Les personnes handicapées ne doivent plus être appréhendées comme des personnes en souffrance mais comme des citoyens à part entière, réclamant une égalité des droits et des chances mais aussi une prise en compte des spécificités qui sont les leurs.* ». (Caire, Criquillon-Ruiz, Joubert, Vienne, & Sorita, 2013)

La réinsertion sociale, passe donc tout d'abord par la participation à la société, et se révèle être un enjeu majeur pour la personne traumatisée crânienne. Elle et son entourage ont besoin d'accompagnement pour construire un projet adapté au blessé, avec les séquelles consécutives au traumatisme afin de favoriser l'accès à ses droits.

En effet, la Charte sociale européenne, votée en 1996, indique dans son article 15 ceci : « *Le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté : favoriser leur pleine intégration et participation à la vie sociale, notamment par des mesures, y compris des aides techniques, visant à surmonter des obstacles à la communication et à la mobilité et à leur permettre d'accéder aux transports, au logement, aux activités culturelles et aux loisirs.* » (P.8, 1996) (P.Castelein, 2012)

La participation sociale des personnes en situations de handicap implique un changement radical d'attitude de nos sociétés : c'est désormais à elles de s'adapter aux besoins spécifiques de certains de leurs concitoyens. La société inclusive module son fonctionnement et ses conditions de vie de façon à inclure ses différentes composantes afin de leur permettre de vivre ensemble, en bénéficiant d'une égalité des chances à pouvoir mener leur projet de vie au sein de leur communauté. Ainsi, la participation sociale renvoie l'individu à sa propre capacité d'être acteur de son devenir, de sa capacité à créer des liens sociaux, de décider et de choisir ; c'est-à-dire de fixer « ses propres lois ». (P.Castelein, 2012)

Pour une personne traumatisée crânienne, les troubles cognitifs et du comportement perturbent considérablement la possibilité du blessé à interagir de façon adaptée dans la société. Une étude sur le devenir neuropsychologique à long terme chez les personnes TC démontre que 70% des séquelles résiduelles impactant la participation sociale sont d'ordre cognitif et comportemental. (P. Alaoui, 1998)

La personne traumatisée connaîtra une réduction de sa participation sociale. Cela va se traduire par

des perturbations au sein de l'équilibre familial ; les rôles familiaux vont être redistribués : le conjoint devient aidant ou le blessé assure avec difficulté son rôle de parent par exemple, etc... Dans la plupart des cas, la personne TC arrêtera son activité professionnelle, qui était un lieu de vie sociale dans lequel elle était plus ou moins investie. On retrouvera alors chez ces personnes, un isolement social : les visites des collègues et des amis se feront de plus en plus rares et la personne perdra de vue certaines personnes dont elle était proche auparavant. Enfin, il faut avoir en tête que les opportunités pour sortir ou faire des activités de loisirs sont rares, à cause des contraintes de l'environnement. (Leclercq, 2007)

Il est donc intéressant, en tant qu'ergothérapeute, de pouvoir évaluer la participation sociale du patient.

c) Outils d'évaluation de la participation sociale

L'amélioration de la participation constitue un enjeu important de la réadaptation. L'évaluation de la participation sociale en ergothérapie est essentielle, car le professionnel se doit d'apporter la démonstration de l'efficacité de son intervention.

Il existe plusieurs outils, qui peuvent être à destination des personnes traumatisées crâniennes, permettant d'évaluer la participation sociale, mettant en jeu les rôles sociaux (Responsabilités parentales, éducation, travail, vie communautaire, loisirs...) :

- **CIQ (Community Integration Questionnaire)** : Cet outil est directement adressé aux adultes présentant un traumatisme crânien. Il évalue notamment les activités liées à la socialisation. Ainsi, au niveau des rôles sociaux, il évalue les activités liées à l'éducation, professionnelles ou autres activités de production.
- **GEVA (Grille d'Evaluation Multidimensionnelle)** : Créé par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), à la suite de la loi de 2005. Cette évaluation est sous forme d'entretien. Au niveau des rôles sociaux, elle évalue les tâches et exigences en relation avec la scolarité et la formation initiale et/ou les tâches et exigences relatives au travail. La difficulté au niveau de la réalisation des activités est évaluée également, ainsi que l'implication de l'aide humaine et de l'environnement technique et social. Le niveau de satisfaction est évalué par rapport à l'impact de l'environnement (humain, logement, animal).
- **PAAC (Profil d'Autonomie pour Adultes Cérébrolésés)** : C'est un outil issu de la **GEVA** compatible avec la population cérébrolésée. C'est un recueil de données et d'échanges d'informations cliniques entre les établissements sanitaires et médico-sociaux et les MDPH (format appropriable par leurs équipes pour compléter le GEVA). Il favorise une meilleure

prise en compte du handicap cognitif et comportemental (en présentant les variables les plus spécifiques aux personnes cérébrolésées) et met en évidence le retentissement de ces troubles sur les activités de la vie quotidienne.

- **G-MAP (Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation)** : Cet outil est en cours de validation et s'adresse directement aux personnes TC. Au niveau des rôles sociaux, elle évalue les tâches et exigences en relation avec la scolarité et la formation initiale et/ou les tâches et exigences relatives au travail. La difficulté au niveau de la réalisation des activités est également évaluée, ainsi que l'implication de l'aide humaine et de l'environnement technique et social.
- **MHAVIE (Mesure des habitudes de Vie)** : Au niveau des rôles sociaux, elle comporte six items : Responsabilités ; Relations interpersonnelles ; Vie communautaire ; Education ; Travail ; Loisirs. Cet outil évalue la satisfaction par rapport au mode habituel de réalisation de la personne.
- **ESOPE BD** : Cet outil se présente sous forme d'un guide d'entretien, qui s'appuie sur 20 planches de bande dessinée. Il s'adresse à tout public, sous réserve de possibilité de communiquer oralement. Au niveau des rôles sociaux, il comporte quatre items : Responsabilités ; Relations interpersonnelles ; Vie communautaire ; Loisirs. Il évalue également la satisfaction par rapport au mode habituel de réalisation de la personne. L'outil a une spécificité : il évalue l'importance attribuée à l'habitude en termes de fréquence et de valeurs (plaisir/utilité)

(P.Castelein, 2012)

La satisfaction permet à la personne (ou à son entourage) d'exprimer son vécu par rapport à la manière dont elle perçoit la réalisation de ses activités de la vie courante et de ses rôles sociaux. L'évaluation de l'importance associée à certaines activités de la vie courante et à certains rôles sociaux nous éclaire sur la priorisation des situations de handicap vécues par la personne. Cela permettra de prendre en compte les souhaits de la personne, et d'identifier avec elle les objectifs prioritaires d'intervention pour améliorer sa participation sociale. Effectivement, celle-ci est une réalité subjective que seule la personne peut apprécier, en fonction de son milieu de vie. (P.Castelein, 2012)

3. L'environnement signifiant du patient

a) Définition d'environnement

D'après Eric Trouvé, « *les environnements sont les aspects physiques et sociaux externes qui entourent les personnes pendant qu'elles se livrent à une occupation. Les contextes sont les aspects*

culturels, personnels, temporels et virtuels de cet engagement et sont tout aussi importants. Ces derniers peuvent être internes, externes ou externes à la base, mais internalisés (comme la culture par exemple). Environnements et contextes externes sont généralement regroupés sous le seul terme d'environnement. » p.223 (Trouvé, 2016). Ils constituent des espaces psychiques singuliers, car c'est le lieu dans lequel évoluent les individus, mais également le support de l'histoire de vie et des liens sociaux. Les environnements reflètent l'identité de la personne. (Guirard, 2007)

D'après la charte d'Ottawa de 1986, pour maîtriser leur santé, les individus doivent pouvoir dans un premier temps identifier et réaliser leurs ambitions, puis satisfaire leurs besoins, et enfin évoluer avec leur milieu ou s'y adapter. Eric Trouvé, ergothérapeute, avance que l'environnement est un des facteurs de santé des individus. En effet, celui-ci a une influence sur la performance occupationnelle d'une personne ; Il est possible que l'environnement, de par ses exigences spécifiques, devienne un obstacle ou un facilitateur pour la réalisation d'une activité de manière efficace et sécuritaire. Dans l'ouvrage Agir sur l'environnement pour permettre les activités, il est donné cet exemple : « [...] *mettre une nappe sur une table est chose facile, mais avec des bourrasques de vent cette tâche peut s'avérer bien plus complexe qu'il n'y paraît.* » p.113-114 (Trouvé, 2016).

Il est effectivement probable que la personne ne puisse pas réaliser les activités qui sont importantes pour elle de façon satisfaisante, ni de la façon communément attendue par son entourage et la société dans laquelle elle vit. Si la congruence entre l'homme et son environnement est endommagée, alors cela peut entraîner des situations dangereuses et accidentogènes. Des situations de dépendance et d'isolement peuvent résulter de restrictions des participations sociales ; Les rôles sociaux, et la vie en société d'une façon générale en seront altérés. (Trouvé, 2016).

L'espace public, l'espace collectif ou partagé et l'espace privé sont trois aspects très liés. Pour qu'un individu puisse progresser dans son environnement, il faut qu'une fluidité entre ces trois espaces soit assurée. (Trouvé, 2016)

b) Environnement signifiant

L'environnement signifiant est un environnement qui comporte un sens pour la personne. Ce sont les lieux que l'individu connaît et dans lesquels il évolue, ou dans lesquels il sera amené à évoluer dans le futur. Aussi, il n'est pas envisageable de s'intéresser à l'environnement d'un individu sans se pencher sur le sens que ce milieu a pour la personne, c'est-à-dire sa symbolique. C'est un aspect subjectif de l'environnement qui doit être pris en considération, car chacun en a une représentation propre à son histoire de vie et y met une valeur différente en fonction de ses expériences personnelles. Il est important de comprendre de quelle manière l'individu perçoit son environnement car il est le support de ses occupations et de son engagement dans ses occupations. Il

est également essentiel de s'intéresser aux différents utilisateurs du lieu, que l'individu sera amené à côtoyer (famille, amis, camarades, collègues...), quelle place et quelle valeur ils occupent dans l'environnement de la personne ; Ils font partie intégrante de l'environnement. (Guirard, 2007)

c) Dimensions sociale et culturelle de l'environnement

Comme vu précédemment, les environnements sont les aspects physiques et sociaux externes qui entourent les personnes. Ils influencent grandement l'engagement de la personne dans ses occupations. En effet, les dimensions sociale et culturelle de l'environnement ont également un impact sur la planification et la prise de décision relatives aux activités menées. Ces dimensions sont régies par des normes et des valeurs spécifiques, auxquels l'individu doit se soumettre, sans quoi il risque d'être mis à l'écart de la communauté et de ce fait avoir une estime de soi amoindrie. (Guirard, 2007)

Chacun naît, vit et se développe dans un contexte culturel singulier. Celui-ci nous permet de mieux comprendre la nature des occupations de l'individu, et les situations de handicap, que la société contribue à créer. L'environnement en devient le révélateur. (Trouvé, 2016)

d) Les compétences de l'ergothérapeute dans l'environnement extérieur signifiant de la personne

L'ergothérapeute a pour objectif d'assurer une relation de qualité entre l'homme et son environnement, afin de développer sa performance occupationnelle, d'assurer sa sécurité et son autonomie ainsi que son indépendance et donc de garantir sa qualité de vie et sa santé. Le professionnel occupe une place de médiateur et de facilitateur entre la personne et son environnement. (Guirard, 2007)

Pour ses objectifs thérapeutiques, l'ergothérapeute doit s'intéresser aux occupations de l'individu, c'est-à-dire aux activités qui ont du sens pour lui, comprendre quelle valeur il y intègre. C'est pourquoi, par la suite, l'ergothérapeute disposera de toutes les cartes en main pour agir directement au sein de l'environnement de la personne. Le professionnel devra alors trouver des solutions pour lutter contre les situations de handicap, situations dans lesquelles la personne ne peut pas se réaliser pleinement, c'est-à-dire accomplir ses activités du quotidien, et se réinsérer socialement. (Fougeyrollas, 2010)

Pour ce faire, l'ergothérapeute peut proposer des mises en situation, dans l'environnement extérieur de la personne.

4. Les mises en situation extérieures proposées par l'ergothérapeute

a) Définition de « mises en situation »

1. Mises en situation écologiques

L'Écologie est définie par E. Haeckel en 1866, pour désigner la science qui étudie les rapports entre les organismes et le milieu où ils vivent. (E. Haeckel en 1866)

Ainsi, une mise en situation dite « écologique », c'est mettre en situation de vie réelle le patient, dans son environnement, ou un environnement qui simule son milieu. Cela peut se matérialiser par une activité cuisine, un trajet en transports en commun, des courses, etc... En somme, des activités que le patient avait l'habitude de faire avant l'accident, et/ou qu'il sera amené à réaliser après l'hospitalisation.

Grâce à son expertise dans l'analyse de ces relations complexes et réciproques, l'ergothérapeute peut être amené à faire des recommandations pour structurer, modifier ou adapter l'environnement et le contexte, tant que cela est possible, pour améliorer et soutenir la performance. Ainsi, il « ... *conçoit des environnements de manières sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable* » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2019)

Ces mises en situation peuvent se faire dans différents lieux : à l'intérieur (hôpital, habitat...), ou encore à l'extérieur (rue, lieux publics...). Ce mémoire s'intéresse essentiellement aux mises en situation extérieures, qui seront définies dans la partie suivante.

2. Mises en situation écologiques extérieures

Les mises en situation écologiques extérieures sont composées de tâches à réaliser dans l'espace public, en-dehors de la structure dans laquelle est hospitalisé le patient. Cela sous-entend que la personne sera amenée à effectuer des déplacements dans un but précis.

Pouvoir se déplacer au gré de ses besoins ou de ses envies est aujourd'hui beaucoup plus simple, mais c'est aussi devenu une nécessité absolue. D'après l'écomobilité (2009), les motifs de déplacement peuvent être classés en six catégories, qui sont les suivantes : Les déplacements pour se rendre au travail ; Professionnels (dans le cadre de son travail) ; La formation, les études, l'école ; Les achats ; Les loisirs ; Création ou maintien des liens sociaux.

D'après Éric Trouvé, il existe quatre formes de mobilité : mobilité quotidienne ; mobilité résidentielle ; voyage ; migration. L'ergothérapeute est intéressé par ces quatre formes, mais plus particulièrement par la mobilité quotidienne.

« *La mobilité est un caractère, une compétence de la personne, dont chacun dispose plus ou moins et*

pouvant exclure de la société si elle n'est pas présente. » p.45 (Trouvé, 2016)

La mobilité est un facteur de liberté et de réinsertion sociale. (Trouvé, 2016)

Les sorties proposées par l'ergothérapeute, grâce à ces mises en situation extérieures, sont plus spécifiquement adressées à des patients présentant des troubles neuropsychologiques, associés à leurs troubles neurologiques. Il s'agit principalement de patients dont les habitudes de vie ou le rôle social nécessitent une mise en situation afin de pouvoir évaluer leurs habiletés et performances occupationnelles, la plupart du temps dans le cadre d'un retour à domicile. Ce format d'exercice est donc tout à fait adapté à une personne traumatisée crânienne. (Perrin, Dupont, Hauchard, & Hutteau, 2007)

Il faut avoir en tête que le cadre des mises en situation extérieures écologiques prend en compte la réalité du contexte spatial, temporel et socioculturel de l'environnement du patient. Dans ce milieu-là, les limites, les problématiques, les adaptations et les solutions potentielles aux problèmes sont plus évidentes que dans un milieu non familier, dans lequel le patient n'a pas eu l'habitude d'évoluer et/ou qu'il ne fréquentera pas. La réalité écologique de l'exercice permet d'améliorer l'engagement de la personne dans l'occupation, et donc l'efficacité de l'intervention ergothérapique. (Guirard, 2007)

D'après Doris Pierce, nous expérimentons nos vies par les sensations, perceptions et mouvements de notre corps. L'ergothérapeute est l'expert de l'activité effectuée par le corps humain, en particulier lorsqu'il connaît des situations de handicap. Il est donc le professionnel le plus enclin à comprendre l'expérience spatiale vécue par la personne. (Guirard, 2007)

Le contexte socio-culturel est également un élément de la réalité écologique. L'ergothérapeute s'appuie fortement sur les sciences sociales. *« L'interaction dans l'activité est un aspect concret de cette dimension qui met en évidence les aspects sociaux et culturels de l'activité concernant la communication, les relations de pouvoir, le processus groupal de rôles, le fonctionnement familial, le rôle dans la société. » p.50 (S.Meyer, 2013)*

Il est pertinent de se demander comment proposer des mises en situation extérieures porteuses de sens, dans lesquelles le patient pourra s'investir pleinement.

b) Activités signifiantes et significatives

D'après Doris Pierce, *« Une activité signifiante et significative est un événement subjectif avec une perception des conditions temporelles, spatiales et socioculturelles qui sont uniques dans ce moment précis. » (Pierce, 2001).*

Morel-Bracq distingue l'activité significative et l'activité signifiante. En effet, l'activité significative fait

référence au sens social donné par l'entourage, tandis que l'activité signifiante revêt un sens particulier pour la personne car liée à son histoire et à son projet personnel. (Morel-Bracq M.-C. , 2015)

En effet, chacun a son idée qui lui est propre, concernant une activité spécifique. Celle-ci est définie de façon subjective, à savoir quel sens on met derrière chaque activité, mais aussi culturellement.

Aujourd'hui, se déplacer au quotidien est un acte de la vie quotidienne, pouvant aussi être une habitude de vie. La mobilité quotidienne est l'un des objectifs de l'ergothérapeute tel qu'il est cité dans l'arrêté du 5 juillet 2005 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

c) Objectifs des mises en situation extérieures signifiantes

Après avoir vu la notion de mises en situation écologiques extérieures, et activités signifiantes, il est judicieux d'avancer que les mises en situation extérieures signifiantes sont des sorties proposées par l'ergothérapeute dans l'environnement signifiant du patient, c'est-à-dire qu'il connaît ou qu'il sera amené à connaître, en somme qui a un sens pour lui. Aussi, ces mises en situation mettent en jeu les occupations du patient : ce sont les activités qu'il a l'habitude de faire, qu'il aime faire, ou qu'il sera amené à faire.

Les mises en situation extérieures signifiantes ont pour objectifs : d'évaluer les capacités et les limites du patient ; l'ouverture vers le monde extérieur ; la socialisation ; la confrontation au regard des autres ; la confrontation aux contraintes environnementales : accessibilité en particulier. (Perrin, Dupont, Hauchard, & Hutteau, 2007)

D'après Les sorties écologiques en ergothérapie : une continuité de prise en charge et un début de réinsertion sociale, de V. Perrin, C. Dupont, A. Hauchard, M. Hutteau, issus de **Expériences en ergothérapie, Vingtième série**, les mises en situation écologiques extérieures permettent une prise de conscience du patient de ses capacités et de ses difficultés. Ces exercices permettent également d'avancer dans l'acceptation de leur situation actuelle et ainsi de favoriser un mieux-être. Ainsi, les sorties écologiques présentent un intérêt pour les patients, pour les thérapeutes et pour l'établissement, car elles permettent une valorisation de l'image de soi par la mise en avant des habiletés et des performances occupationnelles. Elles restent avant tout une expérience positive et un moyen pour les thérapeutes d'échanger avec les patients. (Perrin, Dupont, Hauchard, & Hutteau, 2007)

Dans cet accompagnement par l'ergothérapeute, une compétence parmi les 10 du référentiel, que l'étudiant en ergothérapie se doit de valider au cours des stages durant les trois années de formation,

est mise en avant. C'est la compétence 3 : « *Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* ». Cela sollicite la capacité de l'ergothérapeute à « *évaluer les effets des activités* », et à « *mettre en place et adapter le cadre thérapeutique* ». (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2019)

5. Le modèle de l'Occupation Humaine

Parmi l'ensemble des modèles conceptuels qui sont à la disposition de l'ergothérapeute pour structurer sa démarche clinique et apporter la prise en charge la plus adaptée au patient, j'ai choisi de vous présenter et de construire mon mémoire de fin d'études autour du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Il permet de structurer le recueil de données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses difficultés quant à son engagement et sa participation dans ses Activités de Vie Quotidienne (AVQ). Ce modèle m'a paru adapté à mon sujet, car son objectif est d'expliquer les relations complexes et dynamiques de l'engagement humain dans l'occupation. Il s'explique par la motivation de la personne, ses habiletés, et les exigences de l'environnement. Dans ce contexte, la finalité des interventions en ergothérapie cible l'adaptation et la participation occupationnelle de la personne. En effet, l'objectif de l'intervention en ergothérapie est d'accompagner une personne et lui permettre de retrouver un équilibre dans les sphères de sa vie quotidienne. Pour ce faire, le professionnel va faire en sorte que la personne apporte sa participation dans des occupations qui ont du sens pour elle (sens social et personnel). Dans le MOH, la personne est une source d'information et un collaborateur.

Vous retrouverez le schéma du modèle en Annexe I.

Ce modèle conceptuel a été élaboré depuis la fin des années 1980, par Gary Kielhofner. Pour lui, « *L'être humain est un être occupationnel : l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. C'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont.* » p.73 (Morel-Bracq M.-C. , 2017)

Il part du principe que « *la participation à des occupations est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation et l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement.* » p.73 (Morel-Bracq M.-C. , 2017). D'après lui, « *L'occupation humaine est une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel* » p.74 (Morel-Bracq M.-C. , 2017)

Le Modèle de l'Occupation Humaine peut être décrit en trois grandes parties : L'Être, l'Agir et le Devenir. « *L'être regroupe les composantes de la personne, qui vont soutenir la manière d'Agir. Le Devenir est la résultante de l'Être et de l'Agir, et s'exprime dans le degré avec lequel la personne arrive*

à s'adapter à ses occupations. L'ensemble est en interdépendance avec l'environnement, et le tout évolue et se redéfinit constamment pour façonner l'individu au cours de ses expériences. » p.75 (Morel-Bracq M.-C. , 2017)

Cet environnement est composé de l'environnement physique (objets et espaces physiques) et l'environnement social (humain et socioculturel). Il va offrir à la personne « des opportunités, des ressources ainsi que des demandes, des exigences et des contraintes, qui influencent sa participation. » p.75 (Morel-Bracq M.-C. , 2017)

D'après Gary Kielhofner, il existe trois composantes de la personne, qui définissent L'Être :

- **La volition** : correspond à la motivation, au sens que la personne met dans l'activité, et à sa connaissance concernant son efficacité personnelle et ses capacités. « C'est le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité. » Le processus volitionnel est le suivant : « La personne expérimente des activités. Puis, elle interprète les expériences réalisées, ce qui lui permet d'anticiper et de faire des choix, qui stimuleront à nouveau son expérience. »
- **L'habituat**ion : renvoie à l'organisation et à l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familier. Elle comprend les habitudes, mais aussi les rôles, liés aux statuts sociaux et/ou personnels.
- **La capacité de performance** (ou capacité de rendement) : correspond à « l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes (physiques et mentales) et à l'expérience subjective du corps ».

La dynamique du MOH, « L'Agir », est composée de trois niveaux d'Action :

- **La participation occupationnelle** : correspond à « l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socioculturels spécifiques. »
- **La performance occupationnelle** (ou rendement occupationnel) : fait référence à l'ensemble des tâches réalisées, qui soutiennent la participation. C'est le niveau d'efficacité atteint par l'individu dans une activité.
- **Habilités** : ce sont des actions directement observables, dirigées vers des buts. (Habilités motrices, opératoires, communication et interaction)

Et enfin, le « Devenir » est composé des conséquences de l'Agir. « L'accumulation des expériences vécues lors des différentes occupations génère une identité occupationnelle et une compétence occupationnelle, qui vont permettre l'adaptation future à de nouvelles occupations. » p.76 (Morel-Bracq M.-C. , 2017)

Identité occupationnelle : amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir.

Cette identité est concrètement reflétée au sein de la **compétence occupationnelle** : capacité de la personne à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle.

Si on devait transposer le Modèle de l'Occupation Humaine à mon sujet de mémoire, « *l'Être* » correspondrait à la personne traumatisée crânienne, avec ses séquelles motrices, ses troubles cognitifs, et autres troubles associés. Tout cela a un impact sur la volition. De plus, l'absence de conscience des troubles due à l'anosognosie, empêche la personne de s'engager pleinement dans une activité, car elle peut manquer de motivation, n'y voyant pas d'intérêt.

Cela touche également l'habitué, car les troubles dus à l'accident empêchent la personne de retrouver pleinement son autonomie ; elle a donc tendance à se mettre en situation de danger. Aussi, la présence d'un handicap invisible constitue un obstacle dans la réinsertion sociale, et peut être à l'origine de l'isolement de la personne ; les rôles sociaux sont donc impactés également. Enfin, la capacité de rendement est impactée par les troubles associés au TC qui sont sources de situations de handicap au quotidien.

Dans un second temps, « *L'Agir* » serait lié au processus de prise de conscience des troubles, dans un environnement connu par le patient, là où s'exercent ses rôles sociaux. Le but étant la prise de conscience des troubles afin d'améliorer la participation sociale de la personne, qui retrouverait du sens à la rééducation. Cet enjeu lui permettrait d'être plus investie et motivée dans la prise en charge, ce qui améliorerait ses habiletés et son rendement occupationnel. Cela permettra à la personne de mieux anticiper ses actions en fonction de ses troubles, et ainsi d'éviter de se mettre en danger.

Pour finir, tout cela amène au « *Devenir* » de la personne qui, grâce à la prise de conscience de ses troubles, aura trouvé des techniques de compensation à ses difficultés. Il y aura ainsi du changement dans l'identité même de la personne ; la personne va rentrer dans une phase de renouveau, de reconstruction, d'adaptation. Cela la mènerait à une certaine autonomie et indépendance, et permettrait la construction d'un projet de vie, et ainsi une réinsertion sociale.

Les différentes notions de mon sujet étant maintenant définies, je vais passer à la partie expérimentale. Celle-ci est constituée de mon enquête, de l'analyse de mes résultats, et de ma discussion afin d'en vérifier ou non la validité.

II. Partie expérimentale

1. Méthodologie de l'enquête

Pour ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai choisi de m'intéresser à l'apport de l'ergothérapie dans la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes, et plus spécifiquement au niveau de leur participation sociale qui est une composante principale de l'insertion sociale. L'ergothérapeute, étant l'expert de la congruence entre la personne, ses occupations et son environnement, dispose ainsi d'atouts pour l'accompagner vers une participation sociale, et à long terme vers une réinsertion sociale.

Ainsi, ma **problématique** est la suivante : De quelle manière l'ergothérapeute peut-il accompagner l'adulte traumatisé crânien de stade modéré et/ou sévère vers une réinsertion sociale, dans son environnement ?

Des recherches bibliographiques et la réalisation d'une pré-enquête auprès de quatre ergothérapeutes prenant en charge des patients traumatisés crâniens de stade modéré et/ou sévère, m'ont amené à émettre l'**hypothèse** suivante :

➤ Les Mises En Situation (MES) extérieures significantes proposées par l'ergothérapeute favorisent la prise de conscience par la personne de ses troubles et participent ainsi à sa réinsertion sociale. Cette hypothèse étant posée, il faut maintenant la vérifier en réalisant une enquête. Je vais ainsi pouvoir confronter les concepts définis par la littérature à la réalité clinique. L'enquête me permettra de confirmer totalement ou partiellement mon hypothèse, ou encore de la réfuter.

a) Objectifs de l'enquête

- Identifier la finalité des mises en situation extérieures réalisées par les ergothérapeutes auprès des personnes traumatisées crâniennes.
 - ➔ Critère d'évaluation : Pour évaluer si cet objectif est atteint, je m'appuierai sur les réponses des ergothérapeutes et des patients, au niveau des objectifs des mises en situation, et sur ce que cela apporte aux patients.
- Vérifier l'impact des mises en situation extérieures significantes sur la prise de conscience des troubles par la personne traumatisée crânienne.
 - ➔ Critère d'évaluation : Pour évaluer si cet objectif est atteint, je m'appuierai sur ce que les ergothérapeutes me diront concernant l'évolution des patients, ainsi que sur les propos des patients sur leur propre progression. J'observerai également leur attitude, et la communication non-verbale ; ces éléments peuvent traduire une satisfaction ou une déception concernant leurs capacités.

- Evaluer la capacité qu'ont les mises en situation extérieures significantes d'améliorer la participation sociale, chez les personnes traumatisées crâniennes de stade modéré, et de stade sévère.

Si ce paramètre est vérifié, identifier en quoi ces MES permettent une participation sociale.

➔ Critère d'évaluation : Pour évaluer si cet objectif est atteint, je constaterai si les ergothérapeutes et les patients emploient les termes qui se rapprochent ou qui répondent à « *participation sociale* », lorsqu'ils émettent les objectifs principaux des mises en situation extérieures. Aussi, j'observerai l'attitude et les réactions de mes interlocuteurs lorsque je parle d'« *environnement signifiant* ».

b) Choix de la population

Pour répondre à ces objectifs d'enquête, j'ai choisi de m'intéresser aux deux acteurs de la mise en situation extérieure signifiante : la personne traumatisée crânienne, et l'ergothérapeute. Cela me permet d'étudier les expériences et perceptions propres à chacun. Mon échantillon est non représentatif, mais caractéristique de la population ciblée.

Concernant les personnes traumatisées crâniennes, les critères d'inclusion sont :

- ✓ Des personnes de plus de 18 ans
- ✓ Ayant subi un accident ou un évènement violent à l'origine du traumatisme crânien
- ✓ Avec une cotation de l'échelle de Glasgow qui varie entre 3 et 12, ce qui correspond à un stade modéré ou sévère.
- ✓ Présentant des troubles cognitifs et du comportement. Je ne précise pas quels troubles cognitifs, car je m'intéresse à la population dans son ensemble.
- ✓ Qui seront amenés à rentrer chez eux, ou en milieu ordinaire
 - Ou qui sont déjà rentrés chez eux, pour constater une évolution des patients (si cela est possible)
- ✓ Qui effectuent, ou qui ont effectué des mises en situation extérieures dans leur environnement signifiant, avec l'ergothérapeute
- ✓ Ayant donné son consentement pour participer à l'étude

Les critères d'exclusion sont :

- ❖ Les adultes traumatisés crâniens en état pauci-relationnel
- ❖ Les adultes traumatisés crâniens n'étant pas en mesure de comprendre et de s'exprimer suffisamment bien en français, pour participer à l'entretien

- ❖ Les adultes traumatisés crâniens présentant d'importants troubles de la compréhension, cognitifs ou communicationnels, empêchant la réalisation de l'entretien (s'ils ne peuvent pas être bilantés à cause de leurs troubles de la compréhension, par exemple)

Concernant les ergothérapeutes, les critères d'inclusion sont :

- ✓ Des ergothérapeutes exerçant en SSR Neurologie, ou SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés), et ayant une expérience d'au moins 6 mois dans le service, pour avoir une certaine expérience du métier et une bonne connaissance de la pathologie.
- ✓ Qui prennent en charge des patients traumatisés crâniens, de stade modéré et/ou sévère (qui reçoit au moins 3 patients par mois répondant aux critères préalablement définis)
- ✓ Qui effectuent des mises en situation extérieures, dans un environnement signifiant
- ✓ Ayant obtenu l'accord de sa hiérarchie pour participer à l'étude

L'enquête est réalisée auprès d'une population résidant en région parisienne, pour raison pratique. Pour constituer l'échantillon de la population, je me suis appuyée sur les contacts de mes stages précédents. De plus, j'ai pu récupérer des contacts de structures, grâce à des étudiants de ma promotion, dans lesquels ils ont effectué leurs stages. Par la suite, j'ai contacté ces structures par téléphone, afin d'avoir une réponse dans les meilleurs délais possibles.

c) Outil d'investigation : L'entretien semi-directif

Pour mes deux populations, j'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs. Les données recueillies font l'objet d'une analyse. Labov et Fanshel définissent l'entretien comme étant « *un « speech event » (événement de parole) dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B.* » (A.Blanchet, R.Ghiglione, J.Massonnat, & A.Trognon, 2013) p.82

Selon Lincoln, c'est une « *Technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (LINCOLN, 1995)(A.Blanchet, R.Ghiglione, J.Massonnat, & A.Trognon, 2013) p.83

J'ai élaboré les guides d'entretien, pour chaque population (Annexes I, II, III).

Durant l'entretien, j'ai reformulé mes propos pour m'assurer de la clarté de mes questions, et de la compréhension de mon interlocuteur. Avant de terminer l'entretien, j'ai demandé au participant si aucune information n'était laissée de côté ou s'il souhaitait ajouter quelque chose. Cette technique permet de diminuer le biais du manque d'informations et permet de recevoir des informations imprévues. (A.Blanchet & A.Gotman, L'entretien, 2015) Je privilégie les entretiens individuels aux

entretiens de groupe pour faciliter l'expression des points de vue divergents (A.Blanchet & A.Gotman, L'entretien, 2015)

Mes outils ont été testés auprès de mes proches, et d'ergothérapeutes ne travaillant pas avec des personnes traumatisées crâniennes. Cela m'a permis d'une part, de garder ma population cible pour mon enquête, et d'autre part de constater si mes questions/thèmes d'entretien sont compréhensibles, même pour une personne n'étant pas experte du sujet.

d) Elaboration des guides d'entretien

Pour mon enquête, j'ai réalisé trois guides d'entretien : un à destination des ergothérapeutes, un à destination des personnes traumatisées crâniennes hospitalisées, et un à destination des personnes traumatisées crâniennes rentrées à domicile.

Le guide d'entretien à destination des ergothérapeutes est composé de 21 questions, et est divisé en trois parties. La première partie concerne la présentation du professionnel, ainsi que ses objectifs de prises en charge pour les patients TC. La seconde traite des mises en situation écologiques extérieures, leurs objectifs et leurs formes. La dernière partie me permet de faire le point sur le concept de la participation sociale du patient, lors de ces mises en situation.

Le guide d'entretien à destination des patients est lui, composé de 16 questions, et est divisé en trois parties. La première partie est la présentation de la personne, prenant en compte ses activités professionnelles, ses loisirs et son entourage. Je leur demande également dans cette partie, ce qu'ils savent de la pathologie, et quelles difficultés il rencontrent au quotidien. La seconde partie traite des mises en situation extérieures, et de leurs ressentis concernant l'exercice. Enfin, la dernière partie concerne leur participation sociale, et les rôles sociaux qu'ils endossent, ou souhaitent adopter.

Pour l'élaboration de ce guide d'entretien, je me suis appuyée sur ma partie théorique en reprenant l'ordre dans lequel j'aborde les différentes notions de mon mémoire.

e) Limites de l'outil

L'entretien semi-directif présente certaines limites. En effet, j'ai remarqué qu'il m'arrivait parfois de manière inconsciente, dans la formulation de mes questions, ou de mes relances, d'influencer la réponse de l'interlocuteur. Rester neutre avec l'utilisation de cet outil est un exercice complexe, et peut constituer un biais dans les réponses formulées.

Il faut aussi garder en tête que cet outil prend beaucoup de temps à être mis en place, que ce soit au niveau de la recherche d'ergothérapeutes et de patients qui acceptent de participer à l'entretien, ou encore au niveau de la prise de contact et l'accord d'un rendez-vous, puis de l'entretien en lui-même.

Par ailleurs, j'ai dû mener un entretien téléphonique avec une ergothérapeute n'exerçant pas en

région parisienne. Or, « *l'utilisation d'un entretien téléphonique dans une recherche qualitative semble inaccoutumée, car l'importance est souvent mise sur la relation qui se développe lors d'une rencontre face à face.* » (Tétreault.S & Guillez.P, 2014). Ainsi, ce mode de prélèvement d'informations me paraît moins pertinent qu'une réelle rencontre, et peut constituer un biais au déroulement de l'entretien. La communication non-verbale ne peut être prise en compte, et il y a plus de risques d'incompréhension entre les interlocuteurs. En effet, une grande part des intérêts de l'outil manque lorsqu'on réalise un entretien par téléphone : manque de la gestuelle, des expressions du visage, des émotions...

Cependant, l'étude de Sturges et Hanrahan en 2004 montre que l'entretien téléphonique ne diminue pas la qualité des résultats. (Tétreault.S & Guillez.P, 2014)

f) Intérêt de l'outil

J'ai choisi cette méthode d'enquête car elle est particulièrement adaptée aux travaux conduits dans le champ de la santé. L'interviewer oriente la personne interrogée vers certains thèmes et lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer. Je trouve cette méthode très intéressante car elle instaure un véritable échange au cours duquel l'interviewé exprime ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou des expériences. (L.Campenhoudt & R.Quivy, 2011) Cela fait surgir un maximum d'informations et/ou de réflexions qui serviront de matériaux à l'analyse du contenu.

2. Analyse des résultats

Pour l'analyse des résultats, je comparerai tout d'abord les réponses des ergothérapeutes entre elles, puis les réponses des patients entre eux.

a) Présentation et analyse des résultats, ergothérapeutes

1. Résultats - Ergothérapeutes

Pour une lecture simplifiée, j'ai choisi d'analyser mes résultats sous forme de tableaux, en les divisant en trois parties : généralités, les mises en situation extérieures et la participation sociale du patient. Ces parties constituent les grands thèmes qui sont abordés au cours de mes entretiens. J'y ai également introduit les objectifs de mon enquête. L'analyse se trouve à la fin de la présentation des résultats bruts.

Généralités

Ce tableau présente les ergothérapeutes qui ont accepté de participer aux entretiens semi-directifs.

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Lieu de l'entretien	Bureau des ergothérapeutes	Cuisine thérapeutique	Au téléphone
Sexe	Femme	Femme	Femme
Année d'obtention du diplôme	2016	2016	2013
Nombre d'années d'expérience auprès des patients TC	2 ans et demi	3 ans	5 ans
Nombre d'années d'expérience dans la structure actuelle	2 ans et demi	2 ans et demi	1 an
Type de structure et secteurs d'activité	Centre de rééducation – Adultes – Service de neurologie	Centre de rééducation – Adultes – Service de neurologie	-
Expériences professionnelles antérieures	0	0	3 ans en Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M) 2 ans en Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale (U.E.R.O.S)

Tableau 5 : Présentation de la population – Ergothérapeutes

Mises en situations écologiques extérieures

Objectif 1 : Identifier la finalité des mises en situations extérieures réalisées par les ergothérapeutes auprès des personnes traumatisées crâniennes.

Quels sont les objectifs et la finalité de ces mises en situation extérieures ?

Objectifs communs	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B
Retour à domicile	« On va faire des mises en situation qui vont nous permettre de savoir si la personne est assez autonome pour sortir. »	« On veut qu'ils puissent être suffisamment autonomes, pour pouvoir se déplacer en extérieur en transport en commun par exemple. C'est destiné aux patients qui souhaitent rentrer chez eux, en général. »
Objectifs spécifiques	Ne se prononce pas	La préparation de la MES fait partie intégrante de l'exercice
		Gérer l'imprévu
		Avoir un comportement adapté

Tableau 6 : Objectifs et finalité des MES extérieures - Ergothérapeutes

Selon vous, qu'est-ce que les mises en situation extérieures apportent au patient ?

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Le sens de la mise en situation	« C'est beaucoup plus parlant, pour un patient, de faire des mises en situation écologique, que de faire des mises en situation en analytique sur table [...] »	« La mise en situation a beaucoup plus de sens que ce qu'on fait en salle ; même si on essaie d'y donner du sens, et même si on donne du sens à ce qu'on propose en salle. »	« Ça leur apporte de la concrétisation. » « Ça leur parle. » « Ils sont beaucoup plus acteurs quand ils travaillent les choses concrètes du quotidien, plutôt qu'à faire un travail sur table. » « ça les rapproche davantage de ce qu'ils ont connu, dans ce qu'ils étaient, de leur connaissance et de leurs capacités. »
Prendre conscience de ses difficultés	« [...] parce qu'il se rend vraiment compte de si oui ou non, il a des difficultés par rapport à avant. Parce qu'en salle, il va dire : « oui mais je ne m'en rends pas trop compte, c'est des exercices, je ne ferais jamais ces exercices là en vie quotidienne. » »	« Parfois, il est important de laisser faire l'erreur, pour que la personne se rende compte de ses difficultés. »	« Mettre la personne en situation, c'est encore plus concret pour qu'elle se rende compte des difficultés, et des erreurs qu'elle a pu faire. »

Lever partiellement ou totalement l'anosognosie	<i>« Ça leur permet de, quelque fois, lever l'anosognosie. Parfois non, parce qu'ils vont trouver des moyens de contourner les difficultés qu'ils peuvent voir apparaître. »</i>	<i>« Pour les patients qui sont anosognosiques, c'est parfois important de laisser l'erreur arriver, et de les laisser se tromper d'arrêt par exemple. Ce n'est pas grave en soi, mais ça montre qu'il y a encore des choses à travailler ensemble. »</i>	
Ils reprennent confiance en eux	<i>« Ça leur permet aussi de reprendre confiance en eux, de se dire : « je pensais ne pas être capable de faire telle activité, et en fait en la refaisant avec quelqu'un, sous surveillance, je me rends compte que je suis prêt à sortir ». Il y en a beaucoup qui sont dans ce cas-là. Et ça les remotive aussi dans les objectifs de prise en charge. »</i>	<i>« C'est très gratifiant. C'est très satisfaisant de voir qu'ils sont capables de faire les choses par eux-mêmes. »</i>	<i>« Il se connaissent mieux, grâce aux mises en situation. Donc, ils réussissent à mettre en place des moyens de compensation à leurs difficultés. Et je pense que ça leur permet aussi de prendre confiance en eux, en ce qu'ils sont capables de faire. »</i>

Tableau 7 : Apports de MES au patient - Ergothérapeutes

Où sont réalisées les mises en situation écologiques extérieures que vous proposez ? Est-ce dans un environnement que le patient connaît, ou pas ? Et pourquoi ?			
	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Les MES sont faites dans deux environnements : le connu et l'inconnu du patient	<i>« Alors, c'est les deux. C'est très dépendant de chaque personne. Ça dépend aussi de l'objectif fixé. »</i>	<i>« On fait un petit peu des deux. Même si bien sûr, ce qui est le plus confortable pour nous c'est de les faire autour du centre. Mais on sent assez vite quand c'est pertinent de faire ça dans le lieu de vie de la personne. »</i>	Les MES sont très souvent réalisées dans un environnement que le patient ne connaît pas. Raisons : praticité, réentraînement
MES effectuées dans un environnement inconnu pour le patient	<i>« On peut faire une mise en situation dans l'hôpital. C'est assez grand, il y a des noms de rues, c'est un peu comme si on était en centre-ville. On fait souvent cette mise en situation là. »</i>	<i>« On a la chance d'avoir, autour du centre de rééducation, beaucoup de commerces. Quand on fait des MES courses, on va à proximité, et on a le choix ! On fait les MES le plus souvent dans des lieux que les patients ne connaissent pas, parce que c'est plus pratique pour nous. »</i>	<i>« On favorise les MES dans des lieux inconnus, pour un meilleur réentraînement. »</i>

MES effectuées dans l'environnement connu du patient	<p>« Quand on a des personnes qui n'ont pas l'habitude de sortir de chez elles, généralement les personnes âgées, et qui restent vraiment dans leur quartier, on va plutôt les mettre en situation dans leur environnement. On fait de la rééducation et non de l'éducation, donc on ne va pas leur apprendre à s'orienter dans un autre environnement que le leur. Si on voit qu'elles réussissent à s'orienter dans leur quartier sans se mettre en danger, ça va nous rassurer, et on se dit quelles sont suffisamment autonomes pour sortir. »</p>	<p>« Ça m'est déjà arrivé de faire des trajets depuis chez eux jusqu'à leur lieu de travail. Je trouve ça intéressant, parce que c'est vraiment un trajet qui a du sens pour la personne. Elle se dit : « Ah oui c'est vrai, c'est par là qu'il faut que j'aille, c'est cette direction-là, etc.. », ça leur rappelle beaucoup de choses. »</p> <p>« Ça m'arrive parfois d'aller dans le magasin dans lequel elle avait l'habitude de faire ses courses »</p>	<p>« On peut proposer une MES dans l'environnement du patient au tout début, pour y aller progressivement. »</p> <p>« Si on a l'occasion de le faire, on le fait ! »</p>
---	--	---	--

Tableau 8 : Lieux des MES extérieures - Ergothérapeutes

Objectif 2 : Vérifier l'impact des mises en situation extérieures signifiantes sur la prise de conscience des troubles par la personne traumatisée crânienne.			
	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Ya-t-il un intérêt de proposer des MES signifiantes ?	« Ah oui oui. C'est hyper important ! »	« Evidemment ! »	« Oui »
Lesquels ?	<p>« Je pense que si on mettait les personnes en situation, dans leur environnement signifiant, elles réussiraient mieux l'exercice.</p> <p>« Une patiente a un grand supermarché à côté de chez elle ; et rien qu'en la faisant verbaliser comment était agencé le magasin, on voyait qu'elle savait très bien où se trouvaient les produits. Elle saurait se repérer dans le magasin sans souci. »</p>	<p>« Les personnes TC qui sont rentrées chez elles ont vraiment instauré une routine : elles font tous les jours les mêmes choses. Donc, pour un retour à domicile, c'est essentiel de faire ces mises en situation dans leur environnement. C'est beaucoup plus pertinent car ça leur permet de reprendre leurs repères petit à petit, et de mieux appréhender l'imprévu. »</p>	<p>« C'est plus signifiant pour la personne, puisque c'est ce qu'elle va faire après notre suivi ici. »</p>
Le patient est davantage « acteur »	Terme employé	Terme employé	Terme employé

Tableau 9 : Intérêts des MES signifiantes – Ergothérapeutes

Avez-vous déjà mis en situation des patients présentant de l'anosognosie ? Est-ce que la séance était efficace, d'après vous ?			
	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
La séance est efficace si on passe par la verbalisation des difficultés	« Alors oui. Il y a deux cas. Il y a le cas où, effectivement les personnes se rendent compte qu'elles ont des difficultés à l'extérieur, et c'est plutôt bénéfique pour la prise de soin. Par la suite, ils sont beaucoup plus acteurs dans la prise en charge. Et il y a d'autres patients qui vont être face au problème, mais qui vont le contourner en trouvant des excuses. » « C'est super important de faire des MES avec un patient anosognosique. C'est important de verbaliser les difficultés. »	« Oui. On va les laisser faire l'erreur pour qu'ils se rendent compte de leurs difficultés. Il faut vraiment se mettre en retrait, et laisser la personne faire les choses. Si ça se passe bien, tant mieux. S'il y a erreur, on va laisser faire, et faire un débrief ensemble pour voir ce qui a été et ce qui n'a pas été. »	« Oui. C'est en reprenant ces mises en situation, et en les détaillant qu'on a pu travailler sur cette anosognosie, sur la prise de conscience de ses difficultés et de ses limites. ». « Par la suite, la personne pourra mettre en place des moyens de compensation à ses difficultés. »
C'est un travail qui se fait en équipe	Ne se prononce pas.	Ne se prononce pas.	« Alors, avec une seule séance, ça ne sera pas efficace avec des personnes qui présentent ce trouble. Pour moi, le plus efficace va être le travail en équipe, et sur le long terme. »

Tableau 10 : MES avec des patients anosognosiques - Ergothérapeutes

Pour des personnes traumatisées crâniennes présentant une anosognosie, quels sont vos objectifs thérapeutiques ? Que proposez-vous en séance, par exemple ?			
	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Il n'y a pas d'objectifs spécifiques	« Euh non ce n'est pas spécifique à l'anosognosie. »	« Je ne vais pas proposer quelque chose dont l'objectif va être la levée de l'anosognosie, c'est un objectif de fond. » « Les MES signifiantes permettent parfois la levée de l'anosognosie. Parce que lors de mises en situation dans l'hôpital, les personnes disent : « Ce n'est pas mon environnement habituel, donc c'est normal que je me trompe. »	« Non, je n'ai pas fait de bilan particulier par rapport aux personnes qui ont ce trouble-là. Et pour les objectifs, on part toujours de ce que la personne souhaite. »

Tableau 11 : Objectifs thérapeutiques avec les patients anosognosiques - Ergothérapeutes

Participation sociale

Objectif 3 : Evaluer la capacité qu'ont les mises en situation extérieures signifiantes d'améliorer la participation sociale, chez les personnes traumatisées crâniennes de stade modéré, et de stade sévère.

Si ce paramètre est vérifié, identifier en quoi ces MES permettent une participation sociale.

Pour un ordre d'idées, sur 5 patients traumatisés crâniens, combien retournent chez eux ?

Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Une grande majorité = 4/5	3 / 5	En F.A.M : 3 personnes

Tableau 12 : Retour à domicile des patients TC - Ergothérapeutes

Selon vous, ce retour à domicile a-t-il été facilité par la pratique de mises en situation signifiantes ? Pourquoi ?

Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Oui	Oui	Oui
« Complètement ! Sans la mise en situation, tu ne peux pas observer si oui ou non la personne est autonome pour rentrer à la maison. [...] C'est la base de notre métier en fait. On est une équipe pluridisciplinaire, on a chacun nos compétences, et notre compétence à nous ergothérapeutes, la compétence principale, c'est de pouvoir permettre à la personne de retrouver une autonomie partielle ou complète dans les actes de la vie quotidienne. Donc si on ne fait pas de mise en situation, on perd l'essence même de notre métier. »	« Je pense que oui, et je l'espère profondément. Tout ce qu'on propose ici, c'est pour accompagner et aider les personnes à gagner en autonomie et en indépendance. Et je pense que de notre côté, en tant qu'ergothérapeute, on a cette chance de pouvoir proposer des activités tournées vers l'extérieur. On est vraiment dans le quotidien et ça c'est notre cœur de métier et c'est ce qui fait notre spécificité. Il faut donner du sens à tout ce qu'on fait et faire des choses en extérieur c'est vraiment très pertinent. »	« Oui, parce que ça nous a permis de nous appuyer sur tout ce qu'on a pu observer durant ce travail de réentraînement. Pour chaque sortie, il était convenu qu'on s'appuie sur le PAAC (le profil d'autonomie pour adulte cérébrolésé)» « C'est tout l'intérêt pour moi des SAVS SAMSAH de pouvoir intervenir dans le quotidien de la personne, pour mettre en place des compensations dans les difficultés qu'elle rencontre dans son propre environnement et de maintenir tous ses acquis et toutes ses capacités. »

Tableau 13 : Impact des MES signifiantes sur le retour à domicile - Ergothérapeutes

**Les mises en situation extérieures favorisent-elles la participation sociale ?
Si oui, en quoi ?**

Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Oui	Oui	Oui
Interaction vendeurs, agent de la RATP, demandent leur chemin...	Aller solliciter quelqu'un pour avoir des renseignements : C'est anxiogène et stressant, mais satisfaisant parce que les personnes sont ouvertes, « ils deviennent plus acteurs »	Engagement au sein d'une association, d'un loisir

Tableau 14 : MES extérieures et participation sociale – Ergothérapeutes

Avez-vous un outil pour évaluer la participation sociale, lors des MES extérieures ?		
Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Non	Non	Oui Le PAAC

Tableau 15 : Outil d'évaluation de la participation sociale - Ergothérapeute

Que proposez-vous en séance d'ergothérapie, pour favoriser la participation sociale d'une personne traumatisée crânienne ?		
Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Activités en binôme Programme de réadaptation	Suivi en groupe Groupe cuisine	Participation à des compétitions sportives Participation à une activité associative

Tableau 16 : Activités pour favoriser la participation sociale - Ergothérapeutes

2. Analyse – Ergothérapeutes

Les trois ergothérapeutes interrogées sont des femmes, dont deux avec des expériences similaires, et une même année d'obtention du diplôme. La troisième ergothérapeute a exercé 3 ans en F.A.M et 2 ans en U.E.R.O.S.

Les ergothérapeutes A et B se rejoignent sur le fait que les mises en situation extérieures comprennent deux versants au niveau de la nature des objectifs. Elles peuvent être un outil d'évaluation de même qu'une activité proposée en tant qu'exercice.

- Pour le versant « évaluation », ces professionnelles citent le même objectif : Observer l'autonomie de la personne, pour savoir si un retour à domicile est possible.
- Pour le versant « exercice », une des ergothérapeutes indique que la préparation des mises en situation extérieures fait partie intégrante de l'activité proposée, puisqu'elle lui permet de faire travailler plusieurs fonctions cognitives, dont la planification, l'organisation, et la flexibilité. Aussi, mettre en situation le patient sur le terrain lui permet de constater comment il gère l'imprévu, et s'il a un comportement adapté ; Ces aspects peuvent se travailler en mises en situation.

Les ergothérapeutes que j'ai interrogées trouvent que les mises en situation ont plus de sens que le travail analytique, car elles permettent au patient de mieux se rendre compte de ses difficultés. Toutes les personnes interrogées trouvent également que cette activité permet au patient de reprendre confiance en lui. L'ergothérapeute C nous confie que le fait de se rendre compte de ses difficultés permet au patient de savoir quels moyens de compensation mettre en place.

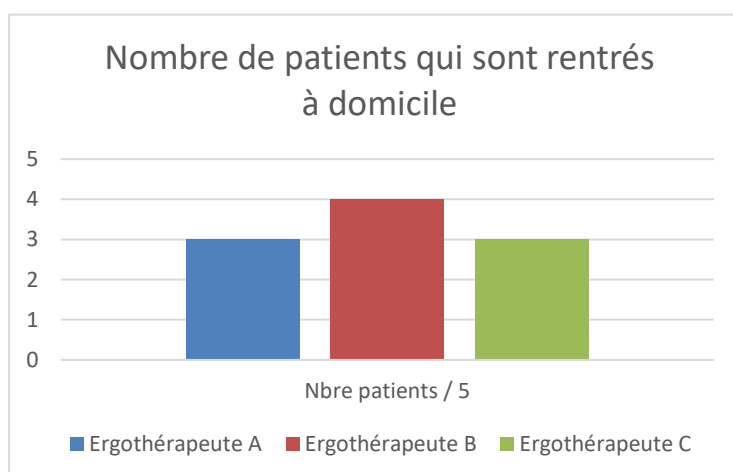
D'après toutes, les mises en situation écologiques extérieures sont réalisées en général dans des lieux

inconnus pour la personne. D'après l'ergothérapeute A, c'est une question de praticité : beaucoup de commerces et de transports existent autour du centre dans lequel elle travaille. L'ergothérapeute C ajoute que les lieux inconnus complexifient l'exercice, et assureraient donc un meilleur réentraînement. Néanmoins, il arrive aussi que les MES soient effectuées dans le milieu de vie de la personne ; Les ergothérapeutes avancent que les MES doivent être en lien avec les habitudes de vie, et que cela a plus de sens pour l'individu. L'ergothérapeute A nous précise que le lieu des MES dépend aussi, et surtout des objectifs de prise en charge. Toutes les personnes interrogées sont unanimes pour dire qu'il y a un réel intérêt à proposer des mises en situation significantes (c'est-à-dire dans le milieu de vie de la personne, et en fonction de ses occupations). Cela permettrait à l'individu de retrouver des repères et des automatismes, et ainsi de mieux appréhender l'imprévu. De plus, les ergothérapeutes sont unanimes pour dire que grâce aux mises en situation significantes, le patient est davantage « acteur » dans sa prise en charge, et dans ses occupations.

Les ergothérapeutes ont toutes mis en place des MES avec des patients anosognosiques. Toutes avancent qu'il faut verbaliser les difficultés de la personne, pour qu'elle s'en rende compte. Les ergothérapeutes nous disent que si la personne ne réalise pas la MES dans son environnement, elle peut utiliser cet argument pour expliquer ses difficultés. L'ergothérapeute C ajoute que le travail effectué autour de l'anosognosie se fait aussi, et essentiellement, en équipe.

Aucune des ergothérapeutes n'a d'objectif spécifique à l'anosognosie, ou n'utilise de bilans normés pour l'évaluer. L'ergothérapeute B avance que la levée de l'anosognosie reste un objectif de fond. Néanmoins, celle-ci indique, après réflexion, que les mises en situation significantes permettent parfois la levée de l'anosognosie, et ajoute que c'est un moyen très pertinent, pour un patient anosognosique.

Sur cinq patients traumatisés crâniens, voici le nombre de patients qui retournent chez eux, d'après les ergothérapeutes interrogés :



D'après elles, le retour à domicile a été facilité par la pratique de mises en situation extérieures significantes. Chacune met en avant le fait que, proposer des mises en situation extérieures significantes permettent un meilleur retour à domicile, et que ce moyen est une des particularités

de l'ergothérapeute : Aucun autre professionnel ne propose ce type d'activité, durant l'hospitalisation.

L'ergothérapeute C attire notre attention sur le rôle des SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), qui ont pour but de maintenir les acquis des patients une fois rentrés à domicile.

Toutes les personnes interrogées sont unanimes pour dire que les MES extérieures favorisent la participation sociale. Elles demandent parfois au patient d'aller acheter des tickets de métro au guichet, de demander leur chemin dans la rue, etc... Cependant, aucune des ergothérapeutes ne confie instinctivement que c'est grâce à la prise de conscience des troubles que la personne acquiert une participation sociale. D'après elles, c'est plutôt grâce à l'environnement, et aux tâches demandant des interactions. Ainsi, les mises en situation extérieures significatives favorisent, d'après l'ergothérapeute C, un éventuel engagement au sein d'une association ou d'un loisir. Un de ses patients s'est engagé dans une association au sein de son quartier, après une mise en situation extérieure. Il s'y rend aujourd'hui seul en transport en commun.

Pour évaluer la participation sociale, les ergothérapeutes A et B n'ont pas d'outils spécifiques, alors que l'ergothérapeute C utilise le PAAC (Profil d'Autonomie pour Adulte Cérébrolésé).

Pour favoriser la participation sociale d'une personne traumatisée crânienne, voilà ce qu'elles proposent :

- **Ergothérapeute A**

- Activité en binôme
- Programme de réadaptation : Programme auquel participent quatre patients cérébrolésés, pendant 6 ou 7 semaines. Il est basé essentiellement sur des mises en situation écologique, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Il comprend notamment un atelier cuisine (élaboration du menu ; courses ; préparation du repas), et des sorties culturelles. Pendant ce programme, les patients sont autonomes, et doivent communiquer entre eux pour s'organiser.

- **Ergothérapeute B**

- Suivi en groupe
- Groupe cuisine

- **Ergothérapeute C**

- Participation à des compétitions sportives (en tant que participants ou spectateurs)
- Participation à une activité associative

b) Présentation et analyse des résultats, patients

1. Résultats – Patients

Les résultats de mon enquête auprès des patients traumatisés crâniens sont également présentés sous forme de tableaux. Je les ai également divisés en trois parties : présentation de la personne, généralités, les mises en situation extérieures et la participation sociale du patient. Ces parties constituent les grands thèmes qui sont abordés au cours de mes entretiens. L'analyse se trouve à la fin de ces tableaux.

Présentation de la personne

Ce tableau présente les patients qui ont accepté de participer aux entretiens semi-directifs.

	Patient A	Patient B
Lieu de l'entretien	Bureau des ergothérapeutes	Dans la salle de bilan
Sexe	Homme	Homme
Âge	24 ans	51 ans
Score de Glasgow	7	9
Type d'hospitalisation	Hospitalisation complète	Suivi en Hôpital de jour
Activité professionnelle	Cuisinier	Salarié en entreprise
Détails des tâches	Port de charge Réalisation de plats, dans un temps donné	Conduite d'une machine Port de charge

Tableau 17 : Présentation de la population - Patients

Quels sont ou quels étaient vos loisirs ? Qu'aimez-vous faire en dehors de chez vous ?

Patient A	Patient B
« J'aimais bien profiter de la vie, boire des verres et tout ce genre de chose. [...] je prenais pas mal de substances illicites, je prenais des joints. Bien entendu maintenant, j'ai arrêté tout ça. Mais voilà, c'était ma définition de profiter de la vie. Je sortais beaucoup en boîte etc... »	« Je vais au parc à côté, je regarde les canards aussi et j'aime bien. Lundi, j'ai été au cimetière et je suis resté toute l'après-midi. J'y suis allé pour ma mère, pour mettre des fleurs. »
« Oui bien sûr, j'aime beaucoup les interactions sociales. Et puis je ne suis pas timide, je parle aux gens, j'ai des amis, j'ai tout ce qu'il faut, j'ai des contacts. » Pas de difficultés.	« J'avais envie d'être tout seul au parc et au cimetière, je voulais être tranquille. » « Avant, j'allais souvent au restaurant avec mon frère et un ami. »

Tableau 18 : Loisirs - Patients

Etes-vous gêné par ce traumatisme ? Si oui, pourquoi ? Dans quelles activités ?

Patient A	Patient B
« Ouais, au niveau des chiffres et des noms... J'ai aussi pas mal de problèmes de mémoire. »	« Parfois, quand je veux parler, je suis coincé. Parce que peut-être que je parle trop dans la journée, et le
« Avec votre collègue, je suis allé prendre le métro, pour m'entraîner. Et c'était pas la grande joie, dans le sens où je pensais que ça allait être plus facile pour moi, parce que je suis parisien. Et ça s'est avéré être plutôt difficile, donc	

<p><i>c'était compliqué pour moi. »</i></p> <p>« Avant j'étais très littéraire et tout je lisais beaucoup de livres. Et maintenant, bah déjà je peux plus lire, donc ça franchement c'est déplorable, et sinon ouais, je me rends bien compte que je n'ai plus la tête que j'avais avant. Avant, je réfléchissais beaucoup, je parlais beaucoup, je pensais beaucoup... »</p>	<p>soir je suis fatigué»</p>
---	------------------------------

Tableau 19 : Répercussion du traumatisme - Patients

Mises en situation

Objectif 1 : Identifier la finalité des mises en situation extérieures réalisées par les ergothérapeutes auprès des personnes traumatisées crâniennes.

Où se passent ces mises en situation écologiques extérieures ?	
Patient A	Patient B
<p>« Il y en a qui se passent dans le quartier de l'hôpital. Donc on sort de l'hôpital, on traverse les routes et tout. C'est un exercice compliqué, parce que le quartier est grand ici. » « Le quartier où j'ai grandi, il ne se trouve pas du tout là. Donc quand je fais des exercices de mise en situation à l'extérieur pour prendre le métro, je ne connais pas les lieux. Ce n'est pas un endroit que j'ai l'habitude. Pour prendre le métro de là où j'habite, c'est un petit peu compliqué avec votre collègue, parce que c'est loin d'ici.</p> <p>« Dans le quartier que je connais, j'ai plus de feeling, je sais où aller, je vais beaucoup marcher. Ici, c'est pas du tout pareil. Je pense que ça serait un peu plus simple de marcher dans l'endroit où j'ai grandi, que dans un endroit que je ne connais pas du tout. »</p>	<p>« Au début on partait d'ici donc je ne connaissais pas, et après on est descendu vers chez moi, donc je connaissais bien ! »</p>

Tableau 20 : Lieux des MES - Patients

Qu'est-ce que ces mises en situation vous apportent ?	
Patient A	Patient B
<p>« En fait, il faut que je fasse tourner mon cerveau pour qu'il retrouve des mécanismes, pour qu'il apprenne des choses... Il faut que j'applique ce que j'ai appris en séance. Avant mon opération, puisque le quartier là il est grand, il est énorme, je me perdais en 30 secondes. [...]. Et maintenant, je peux me balader. »</p>	<p>« C'était un peu stressant, parce qu'il y avait beaucoup de monde. Mais ça m'a fait plaisir de voir que je pouvais prendre le bus tout seul. »</p>

Tableau 21 : Apport des MES - Patients

Selon vous, quels sont les buts de ces mises en situation ? A quoi cela sert ?	
Patient A	Patient B
<p>« Le but, c'est de me remettre en situation, et de me remettre en autonomie, pour que je puisse m'en sortir dans la vie tout seul. »</p>	<p>« Avant, j'avais peur de sortir, parce qu'il y avait du monde. Maintenant, je prends le bus tout seul et je gère mieux. »</p>

Tableau 22 : Buts des MES - Patients

Avez-vous eu des interactions sociales durant ces mises en situation ?	
Patient A	Patient B
<p>« Oui, je suis allé au supermarché et, bon c'était pas super comme interaction, mais de toute façon il fallait parler à la caissière pour payer les courses. »</p>	<p>« Oui, un jour je suis allé au supermarché à côté de chez moi et je leur ai dit que j'avais oublié l'argent pour le pain. Je lui ai dit que j'allais lui rapporter tout à l'heure. »</p>

Tableau 23 : Interactions sociales lors des MES – Patients

Objectif 2 : Vérifier l'impact des mises en situation extérieures signifiantes sur la prise de conscience des troubles par la personne traumatisée crânienne.

Qu'avez-vous pensé de vous, une fois que ces mises en situation étaient terminées ? (Etiez-vous satisfait de vous, ou bien vous pensez que vous auriez pu faire mieux ?)

Patient A	Patient B
« Ouais ouais. J'aimerais bien en avoir plus, parce que je trouve que j'en fais pas assez. Je suis stressé moi, j'ai envie d'avancer. » Pas satisfait dans le métro	« C'est compliqué comme question... Je pense que je peux toujours faire mieux. »

Tableau 24 : Satisfaction des MES extérieures - Patients

Objectif 2 et 3 :

Comment vous sentez-vous quand vous êtes dehors ? Que ressentez-vous ?

Patient A	Patient B
« Ouais, ça va. [...] Je suis toujours avec des amis, bien accompagné. [...] Après, j'espère que je vais progresser [au niveau des déplacements] »	« Il y a du monde, il y a du bruit... Il faut que je reste concentré, c'est pas facile. »

Tableau 25 : Ressenti de l'extérieur - Patients

Objectif 3 : Evaluer la capacité qu'ont les mises en situation extérieures signifiantes d'améliorer la participation sociale, chez les personnes traumatisées crâniennes de stade modéré, et sévère. Si ce paramètre est vérifié, identifier en quoi ces MES permettent une participation sociale.

Quel est votre projet, à la sortie de l'hospitalisation ?

Patient A	Patient B
« Quand je sors d'ici, j'envisage de continuer à progresser cérébralement. Et puis, je reprendrai le travail. Alors, peut-être pas tout de suite, parce qu'il faut que je me repose encore. Et puis je travaille en cuisine, c'est assez physique, donc il faut y aller faut pas être à mi-temps ou tout mou... [Silence] On verra. »	« Rester chez moi, et reprendre le travail. » « Je ne vais pas reprendre le travail tout de suite... »

Tableau 26 : Projet à la sortie de l'hospitalisation - Patients

Êtes-vous satisfait de votre participation sociale, aujourd'hui ?

Patient A	Patient B
« Ça va, ça va de mieux en mieux. Bon, tout le monde n'est pas parfait... Mais ça va. »	« Ça reste compliqué... Je ne veux plus sortir au restaurant pour l'instant, donc c'est compliqué. »

Tableau 27 : Participation sociale - Patients

Avez-vous repris des activités de loisirs, professionnelles, associatives ?

Patient A	Patient B
Non	Non

Tableau 28 : Reprise d'une activité de loisir/associative - Patient

2. Analyse – Patients

Les patients interrogés sont des hommes, et ont 24 et 51 ans. Le patient A est en hospitalisation complète, et le patients B est en hôpital de jour.

Les deux hommes ont des occupations à l'extérieur de chez eux. Le patient B me confie avoir envie d'être seul, alors qu'avant il sortait souvent au restaurant avec son frère et des amis. Le patient A dit ne pas avoir de difficultés particulières concernant la vie sociale, et a un bon groupe d'amis auquel il tient particulièrement ; Ils lui rendent visite très souvent à l'hôpital.

Les deux patients sont capables de me parler de leurs troubles, et d'expliquer en quoi cela les gêne :

- Le patient A dit avoir des difficultés au niveau de la mémoire et du calcul. Il éprouve également des difficultés au niveau de l'orientation temporo-spatiale, et de la lecture.
- Le patient B dit avoir des difficultés au niveau du langage. Il a l'impression d'« être coincé ».

Les mises en situation auxquelles ont participé les deux patients ont été réalisées autant dans un lieu inconnu, que dans un lieu connu par eux. Ils se rejoignent sur le fait qu'il est plus facile d'être dans un environnement qu'ils connaissent pour les MES extérieures ; Le patient A dit avoir « *plus de feeling* », dans son quartier. On peut en déduire que les mises en situation extérieures peuvent être facilitées par les repères qu'il a acquis dans son environnement. Néanmoins, il est conscient de la difficulté de proposer des mises en situation dans son environnement : Il habite loin de l'hôpital.

Le patient A me confie que les MES extérieures lui permettent de « *lui faire tourner le cerveau* ». On peut en déduire que ces exercices comportent des tâches cognitives à réaliser, et qu'il le ressent. Il nous dit également « *Il faut que j'applique ce que j'ai appris en séance* ». Il est donc conscient de l'importance du travail analytique en amont des mises en situation. (Son ergothérapeute a beaucoup insisté sur cela lors de l'entretien que j'ai réalisé avec elle). Il ajoute : « *Le but, c'est de me remettre en situation, et de me remettre en autonomie, pour que je puisse m'en sortir dans la vie tout seul.* » On peut en déduire qu'il a bien saisi l'enjeu de ces activités, grâce à une bonne explication de la part de son ergothérapeute.

Le patient B lui, me fait part de l'aspect anxiogène des MES extérieures ; En effet, l'affluence et le bruit contribue à la complexité, mais aussi et surtout à l'authenticité des mises en situation. Il me confie que, de ce fait, il est compliqué pour lui de rester concentré. Ce patient dit être satisfait de ces exercices : il prend confiance en ses capacités. Puis, il nous dit qu'il a l'impression de pouvoir faire toujours mieux. Cette ambivalence peut être expliquée par les troubles cognitifs associés au traumatisme crânien. Les deux patients se rejoignent sur le fait qu'il est compliqué pour eux d'être dehors tout seul. Le patient A dit être rassuré par la présence de ses amis, mais espère continuer à progresser dans ses déplacements.

Les deux patients ont déjà eu des interactions sociales lors des mises en situation extérieures réalisées.

Les deux patients souhaitent reprendre leur activité professionnelle, mais ils sont conscients qu'il leur faudra de la patience, le temps que la rééducation se fasse. Après une discussion avec leur ergothérapeute respective, elles me disent toutes les deux qu'il sera compliqué pour leur patient de reprendre leur travail.

Concernant leur participation sociale, les patients me confient avoir encore des difficultés ; Le patient B ne se sent pas capable, pour l'instant d'aller au restaurant avec des amis.

Aucun des patients n'ont repris une activité de loisirs, professionnelle ou associative pour le moment.

3. Discussion

La discussion va me permettre de mettre en relation ma partie théorique et ma partie pratique en vue de valider ou non mon hypothèse. La partie expérimentale m'a permis de soutenir les informations que j'ai pu recueillir lors de mes recherches scientifiques mais également d'enrichir ma réflexion. Pour organiser mes idées, j'ai décidé de mener ma discussion selon les trois objectifs de mon enquête.

Objectif 1 : Identifier la finalité des mises en situation extérieures réalisées par les ergothérapeutes auprès des personnes traumatisées crâniennes.

Les ergothérapeutes rejoignent V. Perrin, C. Dupont, A. Hauchard et M. Hutteau dans Les sorties écologiques en ergothérapie : une continuité de prise en charge et un début de réinsertion sociale, issus de Expériences en ergothérapie, Vingtième série, qui affirment que les mises en situation extérieures significatives ont pour objectifs : d'évaluer les capacités et les limites du patient ; l'ouverture vers le monde extérieur ; la socialisation ; la confrontation au regard des autres ; la confrontation aux contraintes environnementales. (Perrin, Dupont, Hauchard, & Hutteau, 2007)

Le patient A me confie que les MES extérieures lui permettent de « *lui faire tourner le cerveau* ». On peut en déduire que ces exercices comportent des tâches cognitives à réaliser.

En effet, d'après les professionnels interrogés, ces mises en situations écologiques peuvent comporter notamment deux objectifs : Evaluer la capacité de performance des patients laquelle est toujours en lien avec ses déterminants personnels, ses habitudes de vie et ses rôles sociaux ; Améliorer la participation et la performance occupationnelle, ainsi que les habiletés du patient. Ces mises en situations peuvent comprendre l'un des deux, ou les deux objectifs. Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute évalue le patient, en observant ses capacités de performance (ou capacité de rendement), et ses activités pratiquées : socioprofessionnelles, loisirs et centres d'intérêt

développés ; mais il évalue également l'environnement, en observant l'environnement humain, matériel et architectural. Lors d'exercices, qui visent à favoriser le fonctionnement du patient, l'ergothérapeute se mettra également en posture d'observateur, car beaucoup de choses font l'objet d'une analyse, mais il y aura aussi une part de transmission où le professionnel est présent pour le patient, et pourra lui conseiller des moyens de compensation à ses difficultés, ou des aides techniques, par exemple.

L'ergothérapeute A nous fait part de l'importance du travail analytique, avant de mettre la personne en situation à l'extérieur. Son patient nous confie « *Il faut que j'applique ce que j'ai appris en séance* ». C'est effectivement important que le patient comprenne cet enjeu, pour que son engagement lors des séances d'ergothérapie soit effectif.

D'après la littérature, les mises en situation significatives sont des sorties proposées par l'ergothérapeute dans l'environnement significatif du patient, c'est-à-dire qu'il connaît ou qu'il sera amené à connaître, en somme qui ont un sens pour lui. Aussi, ces mises en situation mettent en jeu les occupations du patient : ce sont les activités qu'il a l'habitude de faire, qu'il aime faire, ou qu'il sera amené à faire. (Perrin, Dupont, Hauchard, & Hutteau, 2007) Toutes les personnes interrogées sont unanimes pour dire qu'il y a un réel intérêt à proposer des mises en situation significatives (c'est-à-dire dans le milieu de vie de la personne, et en fonction de ses occupations). En effet, d'après la littérature, les environnements constituent le support de l'histoire de vie et des liens sociaux ; Ils reflètent l'identité de la personne. (Guirard, 2007) C'est donc un aspect très important des occupations, à ne surtout pas négliger. Guirard ajoute qu'on ne peut pas nous intéresser à l'environnement, sans se pencher sur le sens que ce milieu a pour la personne. Il est important de prendre en considération cette symbolique et ces valeurs instaurées par ses différentes expériences personnelles. L'environnement significatif est le support des occupations et de l'engagement de la personne dans ses occupations. (Guirard, 2007) D'après les ergothérapeutes, mettre en situation une personne dans son environnement propre permettrait à l'individu de retrouver des repères et des automatismes, et de mieux appréhender l'imprévu. Cependant, cela peut paraître utopique, car dans les faits il peut être difficile de se déplacer jusqu'au quartier du patient. Les ergothérapeutes interrogées réalisaient des MES extérieures surtout autour du centre, car de nombreux commerces et transports en communs s'y trouvent. Le temps consacré à ces MES et l'environnement constituent d'importantes limites à la réalisation de MES significatives.

Objectif 2 : Vérifier l'impact des mises en situation extérieures significatives sur la prise de conscience des troubles par la personne traumatisée crânienne.

Les ergothérapeutes ont toutes mis en place des MES avec des patients anosognosiques.

L'anosognosie se définit par « *l'absence de conscience de ses propres troubles.* » p.787 (Lechevalier, Eustache, & Viader, 2008). Son évaluation est basée sur la différence entre l'appréciation qu'a le patient de ses difficultés, celui de son entourage et la véritable intensité des troubles. Toutes avancent qu'il faut verbaliser les difficultés de la personne, pour qu'elle se rende compte de ses difficultés. L'ergothérapeute B affirme que les mises en situation signifiantes permettent parfois la levée de l'anosognosie, et ajoute que c'est un moyen très pertinent, pour un patient présentant ce trouble. L'ergothérapeute C ajoute que le travail effectué autour de l'anosognosie se fait aussi, et essentiellement, en équipe. En effet, le diagnostic puis l'évaluation de la sévérité de l'anosognosie appartiennent au médecin et/ou au neuropsychologue de l'équipe prenant en charge le patient.

Les ergothérapeutes nous disent que si la personne ne réalise pas la MES dans son environnement, elle peut utiliser cet argument pour expliquer ses difficultés. En effet, le patient A dit avoir « *plus de feeling* », dans son quartier. On peut en déduire que les mises en situation extérieures peuvent être facilitées par les repères qu'il a acquis dans son environnement. De plus, toutes les ergothérapeutes avancent que les mises en situation signifiantes permettent au patient de se rendre compte de ses difficultés. Dans le même sens, la littérature avance que les mises en situation écologiques extérieures permettent effectivement une prise de conscience des capacités, et des difficultés du patient, par le patient (Perrin, Dupont, Hauchard, & Hutteau, 2007).

Dans la littérature, il est dit que ces exercices permettent également d'avancer dans l'acceptation de leur situation actuelle et ainsi de favoriser un mieux-être. Aussi, les sorties écologiques présentent un intérêt pour les patients, pour les thérapeutes et pour l'établissement, car elles permettent une valorisation de l'image de soi par la mise en avant des habiletés et des performances occupationnelles (Perrin, Dupont, Hauchard, & Hutteau, 2007). Toutes les ergothérapeutes interrogées trouvent également que cette activité permet au patient de reprendre confiance en lui. L'ergothérapeute C ajoute que grâce à une meilleure connaissance de leurs troubles autorisée par la mise en situation extérieure signifiante, les patients réussissent à mettre en place des moyens de compensation à leurs difficultés. Elle affirme également que cela accentue la confiance en eux qu'ils peuvent ressentir à l'issue des mises en situation, car ils se rendent compte qu'ils sont capables de réaliser leurs occupations, de s'y engager. Cette notion de reprise de confiance est appuyée par les propos du patient B, qui dit être satisfait de ces exercices, car il reprend confiance en ses habiletés. On comprend alors que cette notion est essentielle et effectivement influencée par la maîtrise que le patient acquiert au niveau de ses difficultés et habiletés. Si le patient acquiert une prise de conscience comme prouvé ci-dessus, il sera effectivement capable de mieux maîtriser son « Être » et sa capacité d'agir, ce qui lui permettra de mettre en place des moyens de compensation facilitants ; il pourra alors reprendre confiance en lui, car ses performances occupationnelles seront améliorées par

ces moyens de compensation.

Avoir confiance en soi, c'est « *Croire en ses capacités à agir efficacement* » (André.C ; Lelord.F, 1999). Celle-ci a besoin d'actes pour se maintenir ou se développer. Les petites réussites du quotidien permettent l'équilibre psychique du patient. Cela passe également par la réussite des activités proposées en ergothérapie, dont la MES extérieure signifiante. Durant celles-ci, il est également confronté au regard de l'autre, ce qui accentue l'enjeu des MES. Cette phase de reprise de confiance en soi est un premier pas vers une réinsertion sociale (André.C ; Lelord.F, 1999). Mais est-ce suffisant ?

Objectif 3 : Evaluer la capacité qu'ont les mises en situation extérieures signifiantes d'améliorer la participation sociale, chez les personnes traumatisées crâniennes de stade modéré, et de stade sévère. Si ce paramètre est vérifié, identifier en quoi ces MES permettent une participation sociale.

D'après les ergothérapeutes interrogées, le retour à domicile a été facilité par la pratique de mises en situation extérieures signifiantes. Chacune met en avant le fait que ce moyen est une des particularités de l'ergothérapeute. En effet, l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute nous dit ceci : « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manières sécurisées, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement.* » De plus, d'après Doris Pierce, l'ergothérapeute est l'expert de l'activité effectuée par le corps humain, en particulier lorsqu'il connaît des situations de handicap. Il est donc le professionnel le plus enclin à comprendre l'expérience spatiale vécue par la personne. L'ergothérapeute a un rôle important à jouer, pour la réinsertion sociale du patient traumatisé crânien, qui passe d'abord et essentiellement par sa participation sociale. « *Les buts de l'intervention doivent en partie être pensés dans la perspective des rôles assumés par l'utilisateur.* » p.164 (S.Meyer, 2013)

Du côté des patients interrogés, ils me confient avoir encore des difficultés concernant leur participation sociale ; Le patient B ne se sent pas capable, pour l'instant d'aller au restaurant avec des amis. Aucun des patients interrogés n'a repris une activité de loisirs, professionnelle ou associative pour le moment. Il aurait été intéressant de pouvoir interroger un patient s'étant réengagé dans une occupation après l'accident, pour savoir si les mises en situation extérieures avaient eu un impact sur cet engagement.

Pour favoriser la participation sociale d'une personne traumatisée crânienne, les ergothérapeutes proposent plusieurs activités dans lesquelles les patients peuvent s'investir, dont des suivis en groupe, la participation à des compétitions sportives, ou encore à une activité associative.

Durant les mises en situation extérieures, l'ergothérapeute C utilise le **PAAC** (Profil d'Autonomie pour Adulte Cérébrolésé), pour évaluer la participation sociale. Ce bilan a été vu dans la littérature.

On peut retrouver la fiche de bilan sur le site :

http://www.crftc.org/images/paac/Outil_PAAC%20clicquable.pdf (Taillefer & Devos, 2013)

Les autres ergothérapeutes n'utilisent pas d'outils normés pour évaluer la participation sociale du patient TC, alors que plusieurs existent pouvant être adaptées aux personnes traumatisées crâniennes. Il aurait été intéressant de demander à ces ergothérapeutes de quelle manière elles évaluent la participation sociale du patient.

Néanmoins, toutes les personnes interrogées sont unanimes pour dire que les MES extérieures favorisent la participation sociale. Elles demandent parfois au patient d'aller acheter des tickets de métro au guichet, de demander leur chemin dans la rue, etc... Les ergothérapeutes me confient donc que grâce à l'environnement, et aux tâches demandant des interactions, le patient tend vers une participation sociale lors de ces MES. Aussi, les mises en situation extérieures significatives favorisent, d'après l'ergothérapeute C, un éventuel engagement au sein d'une association ou d'un loisir, ce qui vient accentuer la participation sociale de la personne. Un de ses patients s'est engagé dans une association au sein de son quartier, après une mise en situation extérieure. Il s'y rend aujourd'hui seul en transport en commun. Ce trajet, qui mène de chez lui jusqu'au lieu de l'association, pourrait alors faire l'objet d'une mise en situation extérieure ; Elle comporterait une symbolique particulière, car c'est le patient qui a fait le choix de s'investir dans ce milieu associatif.

D'après le Conseil National des Politiques de Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'insertion sociale est « *le résultat des mécanismes d'intégration, telle la socialisation, par lesquels chaque individu tout au long de sa vie assimile les éléments lui permettant d'occuper une place dans les échanges sociaux.* » (sociale, 2014)

Ainsi, on peut avancer qu'un engagement au sein de la communauté, par lequel s'exercent des interactions et des rôles sociaux assumés, permettent une réinsertion sociale.

Cela peut se traduire par un engagement associatif, une reprise professionnelle, une reprise de loisirs, une vie citoyenne et une vie familiale assurées, etc...

Cet investissement au sein de la société, pour être effectif, nécessite que celle-ci puisse accueillir la personne. Le handicap invisible constitue alors un frein. En effet, lors de ces occupations réalisées dans une sphère sociale, la personne est confrontée au regard de l'autre, ce qui peut être très éprouvant car elle éprouve beaucoup de difficultés à faire reconnaître ses situations de handicap. (Leclercq, 2007). Pierre Castelein ajoute que la participation sociale des personnes en situations de handicap implique un changement radical d'attitude de nos sociétés : c'est désormais à elles de s'adapter aux besoins spécifiques de certains de leurs concitoyens. La société inclusive représente une société qui module ses modalités de fonctionnement et ses conditions de vie de façon à inclure

ses différentes composantes et leur permettre de vivre ensemble, en bénéficiant d'une égalité des chances à pouvoir mener leur projet de vie au sein de leur communauté. (P.Castelain, 2012)

a) Validité de l'hypothèse

Pour rappel, ma problématique est la suivante : De quelle manière l'ergothérapeute peut-il accompagner l'adulte traumatisé crânien de stade modéré et/ou sévère vers une réinsertion sociale, dans son environnement ?

L'hypothèse répondant à ma problématique, est : Les **mises en situation extérieures significantes** proposées par l'ergothérapeute favorisent la **prise de conscience** par la personne de ses troubles, et participent ainsi à une **réinsertion sociale**

Il y a donc trois questions auxquelles je dois répondre, pour valider ou non mon hypothèse :

1. Les mises en situation extérieures significantes favorisent-elles la prise de conscience par la personne de ses troubles ?
2. La prise de conscience par la personne de ses troubles, participe-t-elle à une réinsertion sociale ?
3. Les mises en situation extérieures significantes participent-elles tout de même à une réinsertion sociale ? Et en quoi ?

Pour que cette étude soit faisable, je me suis davantage intéressée à la participation sociale du patient, car la réinsertion en tant que telle est difficile à évaluer sur le court terme. Toutefois, mes recherches concernant le retour à domicile des personnes traumatisées crâniennes participent à cette question que je me pose sur la réinsertion sociale.

1. Au vu des dires des ergothérapeutes et des patients, je peux affirmer que les mises en situation extérieures significantes favorisent la prise de conscience par la personne traumatisée crânienne de ses troubles. En effet, pour les professionnels interrogés, il existe un réel intérêt à proposer des mises en situation à des personnes présentant de l'anosognosie. La part d'authenticité des MES permet aux patients de se rendre compte de leurs difficultés et de faire connaissance avec les nouvelles habiletés qui les composent depuis l'accident. Il est intéressant pour elles de constater de quelle manière ces troubles se répercutent dans leur quotidien. De plus, les mettre en situation dans un environnement significatif, et dans des occupations ayant du sens pour elles permettent un retentissement plus important, car c'est dans cet environnement qu'elles accomplissaient leurs tâches avant l'accident. Il est plus aisé pour la personne de se rendre compte de ses nouvelles difficultés,

quand on la confronte à cet environnement connu, dans lequel elle réussissait auparavant à accomplir ses tâches (Exemple : faire les courses, aller à la banque, aller à la poste, prendre les transports en commun...)

2. Pour répondre à cette question, on peut se demander si la prise de conscience des troubles et la manière dont ils s'expriment au quotidien permettent à la personne d'acquérir une participation sociale. Si la personne est au clair avec ses difficultés et habiletés, elle sera plus à même de trouver des moyens de compensation adaptés à elle et à son nouveau fonctionnement. Une fois qu'elle aura accepté les nouveaux aspects qui la composent, à savoir les séquelles du traumatisme crânien, et qu'elle aura mis en place ces moyens de compensation à ses difficultés, la personne pourra reprendre confiance en elle et en ses habiletés. Prendre confiance en soi et en ses capacités représente le premier pas vers une réinsertion sociale. Cependant, cela n'est pas suffisant. Le chemin est bien plus long. La personne a besoin de soutien de la part des professionnels qui l'entourent, mais aussi et surtout de ses proches. La vie sociale est faite d'interactions entre plusieurs sujets ; Pour se réinsérer en société, il faut que la personne puisse s'y engager, mais aussi que la communauté puisse l'accueillir, l'accepter. (Andre.C ; Lelord.F, 1999) Le handicap invisible constitue un frein.
3. On a pu voir que les mises en situation extérieures significatives favorisent tout de même la participation sociale, et participent ainsi à une réinsertion sociale. En effet, les ergothérapeutes demandent aux patients, lors des mises en situation extérieures, d'utiliser les aides mises à disposition pour accomplir leur tâches (Ex : demander son chemin dans la rue...). Aussi, les occupations réalisées en extérieur demandent d'être en capacité d'avoir des interactions sociales, et les mises en situation peuvent permettre à la personne de s'engager au sein d'une association, ou d'un loisir... L'aspect significatif des mises en situation extérieures permettent à la personne de s'ouvrir, d'aller vers l'autre en s'investissant dans des occupations qui ont un sens pour elle, et d'instaurer de nouveaux repères sociaux, dans cet environnement déjà connu. Enfin, cela permet à la communauté d'avoir une première approche du handicap invisible, et de mieux connaître les retentissements des séquelles suite au traumatisme.

En conclusion, on peut dire que les MES extérieures significatives permettent une prise de conscience des troubles, ainsi qu'une participation sociale. Cependant, cette prise de conscience ne suffit pas à une participation sociale. La prise de conscience des troubles permet à la personne de mieux

connaître et comprendre ses troubles, et de quelle manière ils impactent ses occupations. Par la suite, la personne va pouvoir mettre en œuvre des moyens de compensation facilitateurs, ce qui va lui permettre de reprendre confiance en ses habiletés. Cette confiance représente les prémices d'une réinsertion sociale possible. Nous pouvons donc dire que la prise de conscience participe à une réinsertion sociale, mais d'autres éléments sont attendus.

En effet, l'aspect signifiant des mises en situation participe également à une réinsertion sociale. Il permet à la personne de s'engager au sein de la communauté, car il aura les moyens d'exercer ses rôles sociaux, et de participer à la vie citoyenne, à la vie familiale, etc.... Aux yeux de la société, la personne gagnera en valeur.

Ces deux éléments participent donc à une réinsertion sociale. Ainsi, je peux affirmer que mon hypothèse est partiellement validée.

L'hypothèse validée aurait été la suivante : **Les mises en situation extérieures significatives proposées par l'ergothérapeute favorisent la prise de conscience par la personne de ses troubles, ainsi qu'un engagement au sein de la communauté. Elles participent ainsi à une réinsertion sociale.**

De plus, on constate qu'il existe d'autres moyens à ajouter aux mises en situation extérieures, afin de favoriser la réinsertion sociale de la personne, dont les suivis en groupe, des groupes de cuisine, etc... D'autres hypothèses peuvent ainsi être formulées, pour répondre à la problématique initialement fixée.

b) Limites de l'étude

Cette étude possède certaines limites. M'étant intéressée à la prise de conscience des troubles, et à la participation sociale, ma partie théorique comporte de nombreuses notions. J'ai dû, par moment, ne développer que succinctement les recommandations de pratique dans le traitement de l'anosognosie. C'est un travail d'initiation à la recherche et de ce fait, j'ai dû choisir les informations les plus pertinentes.

Au niveau expérimental, bien que cinq entretiens aient été réalisés, trois avec des ergothérapeutes et deux avec des patients TC, je considère que mes échantillons ne sont pas représentatifs de la pratique des ergothérapeutes de manière générale. De plus, deux des ergothérapeutes interrogées ont obtenu leur diplôme à la même période, et exercent dans le même type de structure, ce qui m'empêche d'avoir une vision plus générale de la pratique.

Grâce à ce que j'ai pu apprendre en théorie sur l'importance de l'entourage, je pense qu'il aurait été intéressant d'avoir le retour d'un proche, que ce soit un ami ou un membre de la famille de la personne traumatisée crânienne, sur la participation et les rôles sociaux valorisés de cette dernière.

Mon travail d'investigation aurait pu être approfondi en observant des patients lors de mises

en situation extérieures avec un questionnaire initial, et un autre questionnaire après la mise en situation. Cela m'aurait permis de constater ou non une prise de conscience des troubles, et/ou une participation sociale ressentie par la personne. Ce qu'apportent les mises en situation extérieures significatives auraient pu davantage être mises en évidence, grâce à une grille d'observation.

c) Intérêts de l'étude

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le traumatisme crânien et ses troubles associés. Je me suis rendu compte qu'il existait de nombreux plans d'action et articles de lois à destination de ces personnes. J'ai donc pu mieux comprendre l'enjeu de la réinsertion sociale dans le champ du handicap, et l'impact de l'environnement sur celle-ci.

De plus, j'ai pu constater, grâce à mes recherches, la difficulté pour le grand public de connaître et de comprendre les troubles associés au traumatisme crânien, des troubles dits « *invisibles* ». Il me semble important de prendre en compte cet aspect, pour adapter mon discours au grand public. Cette étude m'a permis, en outre, d'acquérir un vocabulaire adapté au traumatisme crânien et compréhensible par tous.

Durant cette étude, j'ai pu constater que les mises en situation extérieures sont spécifiquement utilisées par les ergothérapeutes, et ceux-ci adoptent une démarche commune. Je me suis rendu compte que cet aspect de l'ergothérapie, à savoir intervenir dans l'environnement propre du patient, faisait encore et toujours aujourd'hui l'objet de nombreuses études. Grâce à elles, des outils d'évaluation se développent, et la pratique évolue. Ce mémoire d'initiation a été l'occasion pour moi d'élaborer une réflexion sur un sujet d'étude, d'après moi captivant, et pour lequel il reste encore beaucoup à découvrir. J'ai pu comprendre l'enjeu de réaliser des travaux de recherche en ergothérapie pour faire évoluer la pratique.

Enfin, j'ai dû acquérir une méthodologie et fournir un travail régulier afin de mener à bien la rédaction de ce mémoire. J'ai remis en question mon travail tout au long de l'année, pour prendre le recul nécessaire, et m'ouvrir à de nouvelles réflexions. Ces compétences seront bénéfiques pour ma future pratique professionnelle.

Conclusion

Le traumatisme crânien de stade modéré et/ou sévère entraîne des séquelles importantes. Elles sont sources de handicap majeur. La vie de la personne se retrouve bouleversée, tant sur le plan physique que psychique. Elle doit apprendre à vivre avec son handicap, et faire de nouveau connaissance avec elle-même. C'est un chemin long, intense et éprouvant, mais essentiel.

Le métier d'ergothérapeute requiert de nombreuses compétences pour accompagner au mieux l'individu dans son projet de vie. Après l'accident, celui-ci souhaite retrouver sa vie d'avant, une vie faite d'occupations, d'interactions sociales, d'engagement dans divers projets... Chacun possède sa définition d'une vie accomplie. Néanmoins, les besoins sociaux (besoins d'appartenance) sont inscrits dans la pyramide des besoins de Maslow. S'ils ne sont pas atteints, la personne ne peut atteindre ses besoins d'estime de soi (confiance, respect des autres, estime personnelle), ni ses besoins d'accomplissement personnel ; Cela pourrait modifier son état de santé psychique. Ainsi, l'expert de la congruence entre l'Homme et son environnement doit pouvoir accompagner les personnes en situation de handicap, telles que la personne traumatisée crânienne, vers un accomplissement d'insertion sociale, on parle même de réinsertion sociale.

L'individu doit pouvoir exercer des rôles valorisés, et participer à la vie en société. Mais comment faire pour se réinsérer au sein de la société sans avoir connaissance et conscience de ce que l'on est devenu ? La prise de conscience des troubles par la personne traumatisée crânienne lui permet de mener une réflexion sur ses difficultés et de mettre en place des moyens de compensation, grâce auxquels elle sera plus à même de répondre à ses rôles définis socialement.

L'anosognosie associée au traumatisme constitue une limite de plus ; La personne ne peut avoir un regard lucide sur ses réelles habiletés et difficultés. Ce trouble peut faire objet d'un frein à la rééducation. Pour tenter de lever l'anosognosie, les ergothérapeutes privilégient la verbalisation, ainsi que des activités s'approchant autant que possible du concret de la vie quotidienne de la personne, en s'intéressant particulièrement à ses habitudes de vie. Ce travail peut passer par la mise en place de mises en situation écologiques. Les mises en situation extérieures significatives, qui ont lieu dans un environnement connu pour la personne, lui permettent de s'appuyer sur des repères environnementaux (infrastructure, entourage...), de reprendre confiance en ses habiletés et d'être davantage engagée au sein de la communauté par ses occupations. Tout cela permet une réinsertion sociale.

Pour appuyer l'intérêt de la mise en situation dans la prise de conscience des troubles, et de la réinsertion sociale, intégrer la famille pourrait être un atout. L'ergothérapeute s'inscrirait alors dans une démarche de soutien et d'accompagnement des aidants. Il est donc pertinent de se demander comment la famille peut être également intégrée dans cette démarche.

Bibliographie

- Alaoui.P, e. a. (1998). *Devenir neuropsychologique à long terme des traumatisés crâniens. Evaluation à 5 ans des troubles neuropsychologiques et comportementaux par l'échelle neurocomportementale révisée (à propos de 79 cas).*
- Andre, C. ; LELORD, F. (1999) *L'estime de soi, S'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Odile Jacob
- ARTC Ile de France, *Actes de la Journée de l'Association Réseau Traumatisme Crânien Ile-de-France : Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée*, 3 Octobre 2013 [En ligne] Disponible sur : http://www.crftc.org/images/Actes_de_la_journee_ARTC_3_10_2013.pdf (Consulté le 5/05/19)
- Azouvi, P. ; Vallat - Azouvi, C. & Aubin, G. (2015). *Traumatismes crânio-cérébraux*. De Boeck, Solal. Marseille.
- Blanchet. A, & Gotman.A. (2015). *L'entretien*. Paris: Armand Colin.
- Blanchet. A ; Ghiglione.R ; Massonnat.J, & Trognon.A. (2013). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris: DUNOD.
- Boisvert, T. (2014). *Entrevue avec B. Ninacs - La force de l'empowerment*.
- Bouget.M ; Lanoe.H ; Jacob.M ; Dulaurens.M, (Septembre 2013), *Qu'est-ce qu'un SAMSAH ? Entretien avec trois ergothérapeutes travaillant au sein d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés*, issu de *ErgOTHérapies – La revue française de l'ergothérapie*, N°5
- Campenhoudt.L, & Quivy.R (2011). *Manuel de recherches en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Caire, J.-M., Criquillon-Ruiz, J., Joubert, C., Vienne, M., & Sorita, E. (2013). Une approche de la participation sociale des personnes en situation de handicap, issu de *ErgOTHérapies - La revue française de l'ergothérapie*, p.41-28.
- Castelein.P (2012). *La Participation sociale : un enjeu interdisciplinaire pour nos institutions*.issu de *Expériences en ergothérapie : Vingt-cinquième série*, Sauramps médical, Montpellier
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, *Insertion sociale, intégration sociale*, le 19 Septembre2014. [En ligne] Récupéré sur CNLE.Gouv Disponible sur : <https://www.cnle.gouv.fr/insertion-sociale-integration.html> (Consulté le 28/03/19)

- DREES. (s.d.). *Evaluation des besoins concernant les personnes atteintes de lésions cérébrales acquises*. [En ligne]
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etudecerebroleses.pdf>
(Consulté le 3/02/19)
- Fédération Nationale des Aphasiques de France. (2004). *Aphasie*.
[En ligne] Récupéré sur Aphasie FNAF
Disponible sur : <https://aphasie.fr/aphasie/>
(Consulté le 11/11/18)
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile - Transformations réciproques du sens du handicap*. Collection Sociétés.
- France Traumatisme Crânien. (2007).
[En ligne] Récupéré sur *France Traumatisme Crânien*
Disponible sur : <http://www.france-traumatisme-cranien.fr/fr/>
(Consulté le 24/04)
- Guirard, J. (2007). *Expériences en ergothérapie, Vingtième série - Ecologie thérapeutique ou thérapie écologique ?* Sauramps médical.
- Jourdan, C., Darnoux, E., Azerad, S., Bayen, E., Gout, I., Aegerter, P., . . . Azouvi, P. (2011). *Handicap et qualité de vie après un traumatisme crânien (TC) sévère : suivi à 4 ans d'une cohorte de blessés en Ile-de-France*. Paris: Institut de Recherche en Santé Publique. [En ligne]
Disponible sur : https://www.cnsa.fr/documentation/011-azouvi-rapport_final.pdf
(Consulté le 6/05/19)
- Lechevalier, B., Eustache, F., & Viader, F. (2008). *traité de neuropsychologie clinique*. De Boeck.
- Leclercq, M. (2007). *Le traumatisme crânien, guide à l'usage des proches*. Solal.
- Masson, F. (2000). *Epidémiologie des traumatismes crâniens graves*.
[En ligne] Récupéré sur EM Consulte
Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/7093/article/epidemiologie-des-traumatismes-craniens-graves>
(Consulté le 7/03/19)
- Meyer.S (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck.

- Ministère de la santé et de la protection sociale ; Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées. (2004). *Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires*. [En ligne]
Disponible sur : www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-26/a0261926.htm
(Consulté le 9/05/19)
- Ministère des Solidarités et de la santé. *Plan d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires*, Le 30 Novembre 2017
[En ligne] Récupéré sur Ministère des Solidarités et de la santé
Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/handicap/article/plan-d-action-en-faveur-des-traumatismes-craniens-et-des-blesses-medullaires>
(Consulté le 3/04/19)
- Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. *Arrêté du 5 Juillet relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*, le 11 Avril 2019. [En ligne]
Sur: http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf
(Consulté le 2/10/19)
- Morel-Bracq, M.-C. (2015). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* De Boeck.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck.
- OMS. (2019). *Santé Publique*. [En ligne]
Disponible sur : <https://www.who.int/fr>
(Consulté le 12/02/19)
- Perrin, V., Dupont, C., Hauchard, A., & Hutteau, M. (2007). Les sorties écologiques en ergothérapie : une continuité de prise en charge et un début de réinsertion sociale.
- Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. *Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, Le 23 Juin 2017. [En ligne]
Disponible sur : <https://handicap.gouv.fr/vivre-avec-un-handicap/acceder-se-deplacer/article/loi-du-10-fevrier-2005>
(Consulté le 14/04/19)
- Sellier, C., & Afonso, M.-E. (2013). *Handicap invisible - Réinsertion sociale, familiale et professionnelle après un traumatisme crânien*. Association Handicap Invisible.
- Sellier, C., & Afonso, M.-E. (2013). *Handicap invisible - Troubles cognitifs et troubles du comportement chez le traumatisé crânien*. Association Handicap Invisible.

- Taillefer, C., & Devos, L. (2013). *Paac : profil d'autonomie pour adultes cérébrolésés*. [En ligne] Répris sur Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien
Disponible sur : http://www.crftc.org/images/paac/Outil_PAAC%20cliquable.pdf
(Consulté le 30/04/19)
- Tap.P, & Roudès.R. (2008). *Qualité de vie, souffrances et identité(s)*. *Les journal des psychologues*, 41-47.
- Tétreault.S, & Guillez.P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De boeck, Solal.
- Trouvé, E. (2016). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De Boeck.
- Vanzetti, Marie, Ewa Bulzacka, Gwenaëlle Delourme, Marie Dupuis, Anne-Claire Josserand, et Malgorzata Pousthomis. « *Chapitre 46 - Évaluation subjective de l'autonomie et mise en situation écologique* ». Issu de *Traité de Réhabilitation Psychosociale*, édité par Nicolas Franck, 414-29. Paris: Elsevier Masson, 2018. [En ligne]
Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75915-4.00046-3>
(Consulté le 12/01/19)

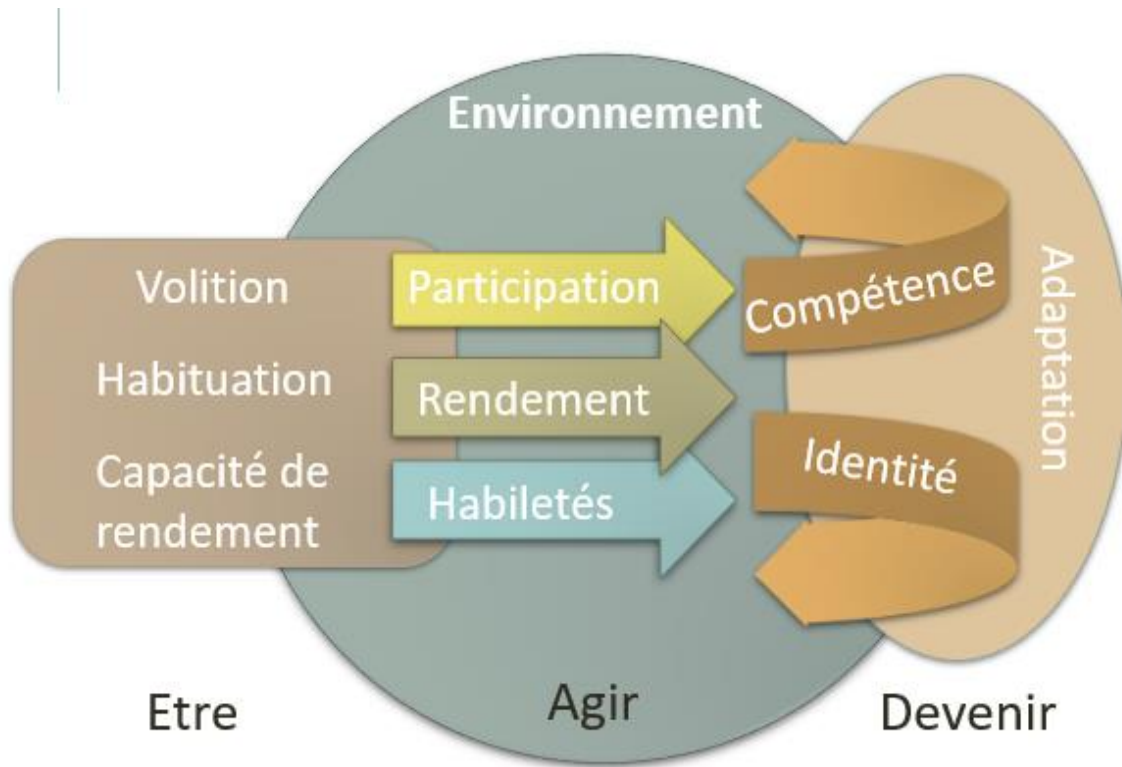
ANNEXES

Annexe I : Pyramide des besoins de Abraham Maslow	I
Annexe II : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine.....	II
Annexe III : Guide d'entretien à destination des ergothérapeutes.....	III
Annexe IV : Guide d'entretien à destination des Patients traumatisés crâniens hospitalisés	V
Annexe V : Guide d'entretien à destination des Patients traumatisés crâniens qui sont rentrés à domicile	VII
Annexe VI : Retranscription Entretien Ergothérapeute A	IX
Annexe VII : Retranscription Entretien Patient A.....	XXIII

Annexe I : Pyramide des besoins de Abraham Maslow



Annexe II : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine



Annexe III : Guide d'entretien à destination des ergothérapeutes

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Introduction de l'entretien : Je suis Noémie THISSE, étudiante en 3^{ème} année, en ergothérapie. Cet entretien est réalisé dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche. Le thème de ce mémoire est la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes, de stade sévère et/ou modéré (Ayant eu un score entre 3 et 12 à l'Echelle de Glasgow). C'est à ce titre que je souhaite vous interviewer.

Durant cet entretien, je vous poserai des questions, qui aborderont trois grands thèmes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il y a vos réponses, et ce sont elles qui m'intéressent.

Cet entretien est anonyme. Pour pouvoir réécouter nos échanges, j'ai besoin de les enregistrer, si vous l'acceptez. Toutes les indications notamment votre nom, celui de votre patient, ou tout ce qui pourrait permettre de vous identifier ne seront pas retranscrites.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

GENERALITES

- 1) Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?
- 2) Depuis combien d'années exercez-vous auprès des patients traumatisés crâniens ?
 - Et dans cette structure en particulier ?
- 3) Quels sont vos objectifs dans la prise en charge d'une personne traumatisée crânienne qui présente des troubles cognitifs ?

MISE EN SITUATION

- 4) A quel moment proposez-vous les mises en situation écologiques lors de votre prise en charge ? Et pour quelles raisons ?
- 5) Quels sont les objectifs, le but et la finalité de ces mises en situation extérieure ?
- 6) Selon vous, qu'est-ce que ces mises en situation apportent à votre patient ?
- 7) Que pense votre patient de ces mises en situation ? Que vous dit-il ?
- 8) Où sont réalisées les mises en situation écologiques que vous proposez ?
 - a. Est-ce que cela se déroule dans un environnement que le patient connaît, ou qu'il sera amené à connaître ? Pourquoi ?
- 9) D'après vous, y a-t-il un intérêt de proposer des mises en situation *signifiantes* pour une personne traumatisée crânienne ? Si oui, lequel/lesquels ?
- 10) Peut-on dire qu'une mise en situation est réussie ?
 - Si oui, A partir de quels critères ?

- 11) Comment évaluez-vous ses progrès ? Avez-vous déjà remarqué des progrès de vos patients TC ? Avez-vous des exemples ?
- 12) Quelles sont les limites à la réalisation de mises en situation ?
- 13) Avez-vous déjà mis en situation des patients présentant de l'anosognosie ? Est-ce que la séance était efficace, d'après vous ?
- 14) Pour des personnes traumatisées crâniennes présentant une anosognosie, quels sont vos objectifs thérapeutiques ? Que proposez-vous en séance, par exemple ?

PARTICIPATION SOCIALE

- 15) Pour un ordre d'idées, sur 5 patients traumatisés crâniens, combien retournent chez eux ?
- 16) Comment préparez-vous ce retour à domicile ?
- 17) Avez-vous des nouvelles de ces personnes, rentrées à leur domicile ? Quelles sont-elles ?
- 18) Selon vous, ce retour à domicile a-t-il été facilité par la pratique de mises en situation significantes ? Pourquoi ?
- 19) Les mises en situation extérieures favorisent-elles la participation sociale ? Si oui, en quoi ?
- 20) Avez-vous un outil, pour évaluer la participation lors des mises en situation extérieures ?
- 21) Que proposez-vous en séance d'ergothérapie, pour favoriser la participation sociale d'une personne traumatisée crânienne ? Pour quelles raisons ?
- 22) Avant de clôturer cet entretien, avez-vous des éléments à ajouter ?

Je vous remercie de votre disponibilité et de votre participation.

Annexe IV : Guide d'entretien à destination des Patients traumatisés crâniens hospitalisés

Date de l'entretien :

(Préciser si l'entretien a eu lieu avant, après ou de façon décorrélée de la séance d'ergothérapie)

Lieu de l'entretien :

Age de l'adulte :

Score à l'échelle de Glasgow :

Date de début de prise en charge en ergothérapie :

Date de début de prise en charge avec l'ergothérapeute interrogée :

Durée de l'entretien :

Introduction de l'entretien : Je suis Noémie THISSE, étudiante en 3^{ème} année, en ergothérapie. Pour obtenir mon diplôme, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. J'ai choisi de m'intéresser à la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes. Durant notre échange, je vais aborder quatre grands thèmes. Pour vous guider, je vais vous poser quelques questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, dites-moi ce que vous pensez. Le but ici, est d'avoir un échange libre, je souhaite avoir votre avis.

Cet entretien, durera environ une heure, et sera enregistré si vous l'acceptez. Cet enregistrement me permettra d'analyser notre échange. Il restera anonyme et sera supprimé par la suite.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

PRESENTATION DE LA PERSONNE

- 1) Pouvez-vous vous présenter ? (*Âge, situation familiale, activité professionnelle*)
- 2) Quels sont ou quels étaient vos loisirs/passe-temps ? Qu'aimez-vous faire en dehors de chez vous ? (*Association, Activité sportive, Sortie avec des amis/proches...*) Ces activités demande-t-elle des interactions sociales ? Avez-vous des difficultés dans ces activités ?
- 3) Que pouvez-vous me dire de votre entourage, les personnes qui vous entourent ?
 - Quels sont-ils ?
 - Ressentez-vous des difficultés d'insertion dans ces groupes ?
- 4) Que pouvez-vous me dire de votre pathologie ? Que savez-vous ? Comment est-ce arrivé ? (*Histoire de la maladie, contexte de l'accident*)
- 5) Etes-vous gêné par ce traumatisme (s'il emploie le terme « traumatisme ») ?
 - a. Si oui : Si oui, pourquoi ? Dans quelles activités ?
- 6) Quelles sont vos principales difficultés ?

MISES EN SITUATION

Nous allons parler des mises en situation écologiques extérieures.

Ecologie : Dans l'environnement.

Une mise en situation extérieure, c'est lorsque l'ergothérapeute vous met en situation d'activité dehors.

- 7) Où se passent ces mises en situation écologiques ? (*Est-ce que c'était dans un environnement que vous connaissiez, ou que vous serez amenés à connaître ?*)
- 8) Qu'est-ce que ces mises en situation vous apportent ? Qu'en pensez-vous ? Est-ce efficace pour vous, ou non ? Pourquoi ?
- 9) Selon vous, quels sont les buts de ces mises en situation ? A quoi cela sert-il ?
- 10) Avez-vous eu des interactions sociales durant ces mises en situation ?
- 11) Qu'avez-vous pensé de vous, une fois que ces mises en situation étaient terminées ? (Etiez-vous satisfait de vous, ou bien vous pensez que vous auriez pu faire mieux ?)

PARTICIPATION SOCIALE

- 12) Comment vous sentez-vous quand vous êtes dehors ? Que ressentez-vous ? (Appréhension, peur, en confiance...)
- 13) Quel est votre projet, à la sortie de l'hospitalisation ? (Retour à domicile, structure spécialisée, autre...)
- 14) (En fonction de sa réponse) → Vous sentez-vous prêt à retourner chez vous / intégrer cette structure ? Pourquoi ? Pensez-vous qu'à la fin de votre prise en charge, vous serez prêt ?
- 15) Êtes-vous satisfait de votre participation sociale, aujourd'hui ?

Participer à la vie sociale, c'est :

- Avoir des interactions sociales (réseau social)
- Avoir des relations et du soutien de la famille et des amis
- Jouer des rôles sociaux valorisés, « être et se sentir utile »

- 16) Avez-vous repris des activités de loisirs, professionnelles, associative ? Si non, pourquoi ?
- 17) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

L'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe V : Guide d'entretien à destination des Patients traumatisés crâniens qui sont rentrés à domicile

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Age de l'adulte :

Score à l'échelle de Glasgow :

Date de début de prise en charge en ergothérapie :

Date de fin de prise en charge en ergothérapie (s'il y a une fin) :

Date de début de prise en charge avec l'ergothérapeute interrogée :

Durée de l'entretien :

Introduction de l'entretien : Je suis Noémie THISSE, étudiante en 3^{ème} année, en ergothérapie. Pour obtenir mon diplôme, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. J'ai choisi de m'intéresser à la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes. Durant notre échange, je vais aborder quatre grands thèmes. Pour vous guider, je vais vous poser quelques questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, dites-moi ce que vous pensez. Le but ici est d'avoir un échange libre, je souhaite avoir votre avis.

Cet entretien, durera environ une heure, et sera enregistré si vous l'acceptez. Cet enregistrement me permettra d'analyser notre échange. Il restera anonyme et sera supprimé par la suite.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

PRESENTATION DE LA PERSONNE

- 1) Pouvez-vous vous présenter ? (*Âge, situation familiale, activité professionnelle*)
- 2) Quels étaient vos loisirs/passe-temps ? Qu'aimiez-vous faire en dehors de chez vous ? (Association, Activité sportive, Sortie avec des amis/proches...) Ces activités demandaient-elle des interactions sociales ? Avez-vous des difficultés dans ces activités ? Les avez-vous repris ?
- 3) Que pouvez-vous me dire de votre entourage, les personnes qui vous entourent ?
 - Quelles sont-elles ?
 - Ressentez-vous des difficultés d'insertion dans ces groupes ?
- 4) Que pouvez-vous me dire de votre pathologie ? Que savez-vous ? Comment est-ce arrivé ? (*Histoire de la maladie, contexte de l'accident*)
- 5) Etiez-vous gêné par ce traumatisme (s'il emploie le terme « traumatisme ») ?
 - a. Si oui : Si oui, pourquoi ? Dans quelles activités ?
 - b. Etes-vous encore gêné aujourd'hui ? Si oui, pourquoi ? Dans quelles activités ?
- 6) Quelles étaient vos principales difficultés ? Et maintenant ?

MISES EN SITUATION

Nous allons parler des mises en situation écologiques extérieures.

Ecologie : Dans l'environnement.

Une mise en situation extérieure, c'est lorsque l'ergothérapeute vous met en situation d'activité dehors.

- 7) Où se passaient ces mises en situation ? (*Est-ce que c'était dans un environnement que vous connaissiez, ou que vous serez amenés à connaître ?*)
- 8) Qu'est-ce que ces mises en situation vous ont apportées ? Qu'en pensez-vous ? Était-ce efficace pour vous, ou non ? Pourquoi ?
- 9) Selon vous, quels étaient les buts de ces mises en situation ? A quoi cela servait ?
- 10) Avez-vous eu des interactions sociales durant ces mises en situation ?
- 11) Qu'avez-vous pensé de vous, une fois que ces mises en situation étaient terminées ? (Étiez-vous satisfait de vous, ou bien vous pensez que vous auriez pu faire mieux ?)

PARTICIPATION SOCIALE

- 12) Comment vous sentez-vous quand vous êtes dehors ? Que ressentez-vous ? (Appréhension, peur, en confiance...)
- 13) Êtes-vous satisfait de votre participation sociale aujourd'hui ?
- 14) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

L'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe VI : Retranscription Entretien Ergothérapeute A

Etudiante : Je suis Noémie THISSE, étudiante en 3^{ème} année, en ergothérapie. Cet entretien est réalisé dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche. Le thème de ce mémoire est la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes, de stade sévère et/ou modéré (Ayant eu un score entre 3 et 12 à l'Echelle de Glasgow). C'est à ce titre que je souhaite vous interviewer.

Durant cet entretien, je vous poserai des questions, qui aborderont trois grands thèmes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il y a vos réponses, et ce sont elles qui m'intéressent.

Cet entretien est anonyme. Pour pouvoir réécouter nos échanges, j'ai besoin de les enregistrer, si vous l'acceptez. Toutes les indications notamment votre nom, celui de votre patient, ou tout ce qui pourrait permettre de vous identifier ne seront pas retranscrites.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Etudiante : Alors, déjà première question, quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?

Ergothérapeute : 2016, Octobre 2016.

Etudiante : Ok. Et ça fait combien de temps que vous exercez auprès des patients traumatisés crâniens ?

Ergothérapeute : Depuis que je suis diplômée, donc ça fait deux ans et demi.

Etudiante : Et vous avez commencé dans cette structure ?

Ergothérapeute : Oui, c'est ça. J'ai travaillé uniquement dans cette structure.

Etudiante : D'accord.

Ergothérapeute : J'ai commencé dès Octobre, dès que j'ai eu mon diplôme.

Etudiante : Du coup, vous prenez en charge des personnes traumatisées crâniennes, avec des troubles cognitifs ; Quels sont vos objectifs principaux, concernant la prise en charge ?

Ergothérapeute : Alors, les objectifs principaux... [*Silence*]. Dans un premier temps, on va mener les bilans. Alors, ça peut être des bilans cognitifs, mais il peut y avoir des bilans moteurs qui sont réalisés aussi. Dans les bilans cognitifs euh... Vous voulez que je vous dise tous les bilans cognitifs qu'on fait à peu près ?

Etudiante : Oui oui, ça peut être intéressant.

Ergothérapeute : Alors, dans un premier temps, quand on a une personne qui est traumatisée, qui a eu un traumatisme crânien, on va répertorier toutes ses habitudes de vie antérieures, pour avoir un peu un tableau global de ses habitudes ; Donc, connaître sa situation professionnelle, qu'a-t-il fait auparavant, est-ce qu'il a un niveau supérieur ou juste un niveau bac, et savoir en détails quelles

étaient ses tâches, parce que c'est important pour savoir quelles fonctions cognitives ça demande. Après, on va avoir les déplacements : savoir comment il se déplace dans Paris, donc principalement c'est le métro. Après ça peut être à pieds, donc on peut aussi faire des bilans sur l'orientation spatiale. On s'intéresse aussi aux habitudes domestiques : est-ce qu'il a l'habitude de cuisiner, est-ce qu'il a l'habitude de réaliser les tâches ménagères, faire les courses, préparer les repas, la lessive, les papiers administratifs. Et après, on s'intéresse à ses activités de loisir, s'il en a. Une fois qu'on a fait tout ça, on en tient toujours compte dans nos bilans. Donc, dans nos bilans on va faire le bilan ERFC, qui est une Evaluation globale des fonctions cognitives, et en fonction de ce qu'on va voir dans ce bilan-là, on va aller chercher un petit plus loin pour connaître ses difficultés, qu'est-ce qui est difficile pour la personne. Une fois qu'on a fait l'ERFC, moi j'ai tendance à faire aussi un exercice sur la monnaie ; donc évaluer la monnaie, savoir s'il peut me donner une somme simple, une somme complexe, rendu de monnaie simple, rendu de monnaie complexe, pour savoir comment ça va au niveau de la mémoire de travail, pour manipuler des données mentalement. Pour le calcul mental, on va se demander s'il arrive toujours à le faire. La monnaie, c'est hyper important parce qu'il en a besoin coup pour aller faire ses courses, ou pour aller acheter des vêtements ou n'importe quoi. Et une fois que j'ai fait la monnaie, j'ai tendance à faire aussi une mise en situation extérieure, dans l'hôpital ; où je vais donner au patient un point A et un point B, et il va devoir m'orienter de ce point A à ce point B. Cela me permet de voir un petit peu les stratégies d'exploration dans l'environnement, voir s'il va s'aider des différents panneaux, des bâtiments qui l'entourent. Ça donne vraiment des informations sur sa stratégie d'exploration et son orientation spatiale. Euh, là je parle en général, hein ?

Etudiante : Oui oui. Parce qu'après, ce sera plus détaillé au niveau des mises en situation extérieures.

Ergothérapeute : Par rapport au patient ou autre chose ?

Etudiante : Oui, par rapport au patient.

Ergothérapeute : D'accord.

Etudiante : Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

Ergothérapeute : Oui oui. Alors euh... Voilà, nos bilans c'est ça, des orientations etc... Et en fonction de ce que vais retirer de l'ERFC, je vais orienter la prise en charge là-dessus, et pourquoi pas directement faire des mises en situation à l'extérieur où faire de la cuisine, des choses comme ça.

Etudiante : Ok. Du coup, je vais parler plus spécifiquement des mises en situation à l'extérieur.

Ergothérapeute : D'accord.

Etudiante : Parce que c'est ce qui m'intéresse dans mon mémoire.

Ergothérapeute : Ok.

Etudiante : A quel moment du coup, vous proposez ces mises en situation ?

Ergothérapeute : Ah, c'est très dépendant du traumatisme crânien de la personne. Il y a des personnes qui peuvent toutes les deux avoir des traumatismes crâniens graves. Mais pour une personne on va commencer par des choses plutôt analytiques parce qu'elle a de grosses difficultés. Si elle a des difficultés en orientation temporo-spatiale, on va tout d'abord essayer de rétablir cet ordre-là. Si elle a des difficultés avec la monnaie, il va falloir le travailler un petit peu avant de faire des courses. Même chose pour l'exploration visuelle. Toutes ces difficultés, on va plutôt les travailler en analytique avant. Et quand, en analytique, on a de bonnes bases, là on peut mettre en situation extérieure, quand on sent que la personne est assez autonome. Après, ce n'est pas non plus la peine qu'elle soit complètement autonome, parce que le fait de faire des mises en situation extérieures peut nous donner de nouveaux éléments pour la prise en charge.

Etudiante : Ok.

Ergothérapeute : Mais c'est vrai que pour les mises en situation extérieures, je passe toujours par de l'analytique, et après je transfère dans de l'écologique.

Etudiante : D'accord. Et du coup, quels sont les objectifs, et la finalité de ces mises en situation extérieures ? Quand vous les proposez, qu'est-ce que vous en attendez ?

Ergothérapeute : Alors, on a un panel de mises en situation à l'extérieur, et de mises en situation cuisine, qui sont réalisées pour prévoir la sortie de l'hôpital. Les patients rentrent chez eux, mais reviennent en hôpital de jour. Lorsque la personne est hospitalisée, on va faire des mises en situation qui vont nous permettre de savoir si la personne est assez autonome pour sortir. Donc soit elle peut sortir seule, si la personne vit seule, soit on se rend compte qu'elle est assez autonome mais qu'il va quand même falloir une tierce personne qui soit présente pour surveiller un peu les tâches qu'il réalise à la maison, ou si la personne n'est pas assez autonome, on va continuer un petit peu la prise en charge mais la finalité c'est vraiment qu'elle sorte. Et il y a un suivi en hôpital de jour qui est réalisé la plupart du temps. Cela se fait soit par notre centre, donc on continue le suivi nous en hôpital de jour, soit si la personne souhaite se rapprocher de son environnement, si elle habite un peu trop loin, dans ce cas, on peut trouver un autre centre avec un hôpital de jour.

Etudiante : Ok. Selon vous, du coup, qu'est-ce que ça apporte au patient, ces mises en situation ? Qu'est-ce qu'il en retire ?

Ergothérapeute : Qu'est-ce qu'il en retire ? *[Silence]* Alors, c'est beaucoup plus parlant pour un patient de faire des mises en situation écologique, que de faire des mises en situation en analytique sur table. Parce qu'il se rend vraiment compte de si oui ou non il a des difficultés par rapport à avant. Parce qu'en salle, il va dire : « *oui mais je ne m'en rends pas trop compte, c'est des exercices, je ne ferais jamais ces exercices là en vie quotidienne.* ». Mais ce qu'on travaille en analytique, ça va être des fonctions cognitives qu'on va retrouver quand on fait des mises en situation, donc on sait que le travail analytique va avoir un impact sur les mises en situation extérieures qu'on va faire. Ça leur permet de, quelque fois, lever l'anosognosie, parfois non parce qu'ils vont trouver des moyens de contourner les difficultés qu'ils peuvent voir apparaître. Et ça leur permet aussi de reprendre confiance en eux, de se dire : « *je pensais ne pas être capable de faire telle activité, et en faite en la refaisant avec quelqu'un, sous surveillance, je me rends compte que je suis prêt à sortir.* ». Il y en a

beaucoup qui sont dans ce cas-là. *[Silence]* Et ça les remotive aussi dans les objectifs de prise en charge, parce que du coup on essaye quand même de mettre le patient au cœur de la prise en charge. Donc quand on fait ces mises en situation là, ils se rendent compte qu'ils ont telle ou telle difficultés, et ils vont être beaucoup plus acteurs dans leur prise en charge quand on va travailler en salle ou quand on va travailler les différentes difficultés qu'ils ont.

Etudiante : Ok. Et est-ce que vous avez déjà eu des retours de patients, par rapport à ces mises en situation ? Est-ce qu'ils vous ont déjà dit ce qu'ils en pensaient ?

Ergothérapeute : Ah oui, toujours ! C'est-à-dire que quand on fait une mise en situation à l'extérieur, on fait toujours un petit « check-up » à la fin, en disant : « *selon vous, comment s'est passé cette mise en situation ? Est-ce que vous êtes tout à fait autonome ou est-ce que vous trouvez que vous avez des difficultés ? Et quelles-sont ces difficultés ?* ». *[Silence]* Attends, redis la question du coup parce que là j'ai répondu qu'à moitié.

Etudiante : Pas de soucis. Que pense votre patient de ces mises en situation ?

Ergothérapeute : Alors, ils nous disent souvent qu'ils sont très contents parce que déjà, ils sont contents de sortir du côté hospitalisé, ça leur permet d'être un petit peu plus « positif ». Et ils deviennent beaucoup plus acteurs dans leur prise en charge, parce que lors des mises en situation, ils voient vraiment l'intérêt de ce qu'on fait en ergothérapie, et que c'est vraiment axé sur l'aspect fonctionnel et sur le fait de voir si oui ou non ils sont capables d'être autonome ou pas, et de pouvoir sortir de l'hospitalisation.

Etudiante : D'accord. Et où est-ce que sont réalisées les mises en situation que vous proposez ? Est-ce que c'est dans un environnement que le patient connaît ou pas ? Ou ça peut être les deux aussi.

Ergothérapeute : Alors, c'est les deux. C'est-à-dire que quand le patient est hospitalisé, si on veut évaluer et observer l'orientation spatiale, l'exploration visuelle, etc... on peut faire une mise en situation dans l'hôpital. C'est assez grand, il y a des noms de rues, c'est un peu comme si on était en centre-ville. On fait souvent cette mise en situation là. Et ensuite, on va aller faire les courses dans le magasin qui est à côté. Ça nous permet aussi de travailler les déplacements extérieurs etc. Mais c'est vrai que quand on a des personnes qui n'ont pas l'habitude de sortir de chez elle, et qui restent vraiment dans leur quartier, puisqu'on fait de la rééducation et non de l'éducation, on va partir du principe qu'on va pas leur apprendre à s'orienter dans un autre environnement. Les personnes qui sont plutôt vieilles, qui ont leurs habitudes de quartier, on va les évaluer dans leur quartier, on va aller faire les courses dans leur quartier, on va aller faire des déplacements dans leur quartier, s'ils veulent aller à la poste, on va à la poste, et si on voit qu'ils sont capables de s'orienter dans leur supermarché, s'orienter dans leur quartier sans se mettre en danger, ça nous rassure et on se dit qu'ils sont suffisamment autonomes. Par exemple, pour les patients qui ont des héminégligences, ils vont avoir des difficultés dans un environnement qu'ils ne connaissent pas, inconnu, mais par contre quand ils vont être dans un environnement qui leur est connu, ces éléments de négligences ou de manque et contrôle etc, vont disparaître parce qu'ils ont des habitudes.

Etudiante : Oui, ok. Ils connaissent mieux l'endroit donc ce sera plus facile pour eux.

Ergothérapeute : Oui, c'est ça. Donc, c'est très dépendant de chaque personne. Si on voit qu'une personne arrive très bien à s'orienter dans un environnement inconnu, on va savoir que dans l'environnement connu ça va bien se passer. Alors qu'une personne qui a de grosses difficultés dans l'environnement inconnu, et qu'on a du mal à travailler ces difficultés, on va se dire bon, on regarde dans l'environnement connu comment ça se passe, et si ça se passe bien, on peut transférer après sur des situations qui ne leur sont pas habituelles, si besoin.

Etudiante : D'accord. Donc si je comprends bien, ça dépend aussi de l'objectif fixé.

Ergothérapeute : Oui, voilà. C'est-à-dire qu'on va avoir des personnes qui ont 60-70 ans (j'en ai eu beaucoup), qui ne se déplace que dans leur quartier. Leur lieu de travail (parce qu'il y en a qui travaille encore un peu après 60 ans), se trouve juste à côté de chez eux, et ils me disent : « *Ah non, mais je ne me déplace jamais à l'extérieur, je ne visite pas, je reste dans mon quartier* ». Dans ce cas, on fait une mise en situation dans leur quartier. Si tout se passe bien, pourquoi pas rentrer à la maison.

Etudiante : D'accord. Bon, du coup vous avez un peu répondu à la prochaine question

Ergothérapeute : Ah bon ?? [*Rires*]

Etudiante : [*Rires*] Oui mais ce n'est pas grave, je vais voir si vous avez des choses à rajouter. Alors, d'après vous, est-ce qu'il y a un intérêt de proposer des mises en situation significatives pour le patient, donc vraiment qui ont lieu dans son environnement ?

Ergothérapeute : Ah oui oui. C'est hyper important. J'ai été faire une mise en situation avec une patiente la semaine dernière, qui a de gros troubles de la mémoire, et j'ai été lui faire faire des courses au supermarché à côté, c'était donc un environnement inconnu pour elle. Elle a pourtant l'habitude de faire les courses, mais là c'était très difficile pour elle de s'orienter dans le magasin. Elle avait une liste de courses, pour savoir ce qu'il fallait acheter ; Et puisque l'environnement était inconnu, il fallait déjà qu'elle arrive à s'orienter, et à retrouver les différents rayons. Et pendant la mise en situation, elle oubliait quels articles elle avait pris. Elle ne connaissait pas l'environnement d'ici, mais si on l'avait mise dans un environnement qu'elle connaissait, je pense qu'elle aurait mieux réussi. Elle a un grand supermarché à côté de chez elle, et rien qu'en la faisant verbaliser comment était agencé le magasin, on voyait qu'elle savait très bien où se trouvaient les produits. Elle disait : « *Les légumes sont au premier étage, les soins beauté sont plutôt en-dessous* ». Dans ces cas-là, pour ces personnes-là, on ne va pas essayer d'éduquer, et de leur faire connaître un autre supermarché, parce qu'elle a l'habitude d'aller que dans celui-là. Donc on va d'abord évaluer dans son environnement, si le fait qu'elle ait des troubles de la mémoire, va avoir des répercussions sur son environnement actuel et ses habitudes de vie antérieures.

Etudiante : Ok. C'est très intéressant ! Et à partir de quels critères est-ce que vous vous dites qu'une mise en situation est réussie pour un patient ? Est-ce qu'on peut vraiment dire qu'une mise en situation est réussie, ou pas réussie, et pourquoi ?

Ergothérapeute : Si, on peut dire que c'est réussi. A partir du moment où on n'intervient pas, qu'on sent que la personne est autonome, et qu'elle a repris confiance en elle, la mise en situation est réussie. Et c'est justement grâce à ça, c'est grâce au fait que la mise en situation est réussie, qu'on va pouvoir dire au médecin : « *Je sens qu'il y a un retour à domicile qui est possible et un passage en hôpital de jour qui est réalisable.* ».

Etudiante : Et comment vous évaluez les progrès de la personne ?

Ergothérapeute : Alors, pour évaluer les progrès je vais faire une première mise en situation. Si je vois que la personne a encore des difficultés (parce qu'on peut faire la mise en situation au début de la prise en charge), je vais travailler sur table, et on va faire des exercices en lien avec les difficultés. Une fois qu'on sent qu'il y a eu un progrès qui est quand même observable, on peut refaire une mise en situation. Et on peut même, en tant qu'exercice, refaire une mise en situation où cette fois-ci on va plus intervenir en lui donnant des stratégies de compensations, en essayant de refaire l'exercice mais cette fois-ci en intervenant. Parce que quand on évalue, on essaye de ne pas trop intervenir ; Alors que quand on rééduque, là on peut intervenir, et essayer de voir comment le patient peut trouver des moyens de compensations à ses difficultés, ce qu'il peut mettre en place : Les mises en situation extérieures font aussi partie de la rééducation. On les propose pour évaluer, mais aussi pour rééduquer.

Etudiante : Oui, il y a vraiment deux côtés concernant les mises en situation.

Ergothérapeute : Ah oui, complètement. Par exemple, ici on fait le bilan EF2E (Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie). C'est une évaluation, on ne participe pas du tout, on évalue vraiment. Et on peut faire des mises en situation cuisine. Ce sont deux choses différentes. Par exemple dans l'EF2E, si on a remarqué des difficultés, on peut les travailler ensuite en analytique. Mais on peut très bien aussi le remettre en activité cuisine pour retravailler les difficultés constatées pendant la passation de l'EF2E.

Etudiante : Ok, oui. Donc, à force de faire des mises en situation, est-ce que la personne elle se rend compte de ses difficultés ?

Ergothérapeute : Oui, c'est possible. Tout en sachant qu'on ne va pas faire que des mises en situation. Beaucoup de personnes disent qu'en tant qu'ergothérapeute, il ne faut faire que des mises en situation, car c'est notre rôle. Moi, je pars du principe que le côté analytique est quand même très important. Parce qu'une mise en situation écologique, ça demande quand même beaucoup de fonctions cognitives différentes. Et du coup, on est obligé de les travailler en analytique pour essayer de séquencer les difficultés de la personne.

Etudiante : D'accord, et ensuite vous faites le lien sur le terrain, avec ce que vous avez travaillé en analytique ?

Ergothérapeute : Oui, c'est ça ! Exactement. Désolé, parfois je m'écarte du sujet.

Etudiante : Il n'y a pas de soucis, c'est tout aussi intéressant. C'est pour ça que j'ai choisi les

entretiens pour mon enquête ; C'est parce que ça donne des possibilités de dialogues très larges. Est-ce qu'il y a des limites à la réalisation d'une mise en situation ?

Ergothérapeute : Oui, il y en a. Par exemple, si la personne a des troubles moteurs, si elle a des troubles de l'équilibre, des difficultés à la marche ou pour se déplacer en fauteuil roulant, dans ces cas là on va attendre que le travail soit fait en amont avec le kiné. Si une personne est en fauteuil roulant, et a des difficultés pour se déplacer seule au fauteuil roulant, on va d'abord travailler l'apprentissage du fauteuil roulant avant de faire une mise en situation. Si une personne est très fatigable dans les déplacements en fauteuil roulant, on peut potentiellement la pousser jusqu'au magasin, si on veut surtout voir comment il s'oriente dans le magasin. On va aider la personne jusqu'au supermarché, et ensuite on va lui demander de se déplacer dans le supermarché. Ça va lui demander moins d'effort et du coup, on peut évaluer cette sphère-là.

Et du coup, vous disiez, quelles sont les limites ?

Étudiante : Oui, quelles sont les limites à la réalisation de mises en situation ?

Ergothérapeute : Alors il y a ça, les difficultés motrices. Et après, si les difficultés sont trop importantes, on va d'abord les travailler en analytique, et ensuite faire les mises en situation extérieures. Sinon, ça peut être à la fois dangereux pour lui, mais à la fois dangereux pour nous.

Étudiante : Ok, donc quand vous considérez qu'il n'y a plus de danger, enfin il y a toujours un facteur risque évidemment, mais du coup, vous êtes plus rassuré pour les mettre en situation dehors après avoir travaillé en analytique, c'est ça ?

Ergothérapeute : Oui, il faut diminuer le facteur risque, mais il faut aussi que la personne soit suffisamment autonome. On ne va pas aller la mettre en échec, on ne va pas aller faire les courses tout en sachant qu'elle ne va pas y arriver. Et on va attendre que les capacités requises pour aller faire les courses, c'est-à-dire la planification, l'exploration visuelle, le calcul mental pour après la monnaie, aient été travaillées en amont. Parce que ça peut être difficile pour une personne de se dire : « *J'ai de grosses difficultés, je ne pensais pas que c'était autant.* ». Mais ça peut être aussi bénéfique, pour une personne qui est assez anosognosique. Voilà, c'est très différent d'un patient à l'autre en faite.

Étudiante : Justement j'ai une question sur l'anosognosie. Du coup, vous avez déjà mené des mises en situation extérieures avec des patients présentant une anosognosie. Est-ce que vous trouvez que les mises en situation sont efficaces pour eux ? Est-ce qu'il y a déjà eu une prise de conscience des troubles par la personne grâce aux mises en situation où est-ce que ça reste compliqué ?

Ergothérapeute : Alors oui. Il y a deux cas. Il y a le cas où, effectivement les personnes se rendent compte qu'elles ont des difficultés à l'extérieur, et c'est plutôt bénéfique pour la prise de soin. Par la suite, ils sont beaucoup plus acteurs dans la prise en charge. Et il y a d'autres patients qui vont être face au problème, mais qui vont le contourner en disant : « *Oui mais ça c'est normal, c'est parce que ça fait longtemps que je suis hospitalisé là. Je ne suis pas dans mon environnement.* » Dans ce cas-là, on va faire des mises en situation dans leur environnement, mais ils trouvent toujours d'autres stratagèmes pour contrer les difficultés.

Étudiante : Ok

Ergothérapeute : C'est super important de faire des mises en situation avec un patient anosognosique, que ce soit à l'extérieur ou à l'intérieur. On peut leur demander, par exemple, de venir seul à un rendez-vous. S'ils viennent 30 minutes en retard, on peut leur dire : « *Vous deviez venir au rendez-vous à telle heure. On a vu que vous n'êtes pas arrivés à temps, comment ça se fait ?* », pour essayer de faire en sorte qu'ils se rendent compte de leurs difficultés. C'est important de verbaliser aussi.

Étudiante : Ok et du coup pour les personnes qui présentent une anosognosie, qu'est-ce que vous proposez en séance ? Là je sors du contexte « mise en situation » et je m'intéresse vraiment aux séances en ergothérapie que vous proposez. Proposez-vous des exercices spécifiques pour l'anosognosie ou pas ?

Ergothérapeute : Euh non ce n'est pas spécifique à l'anosognosie. On va lui donner des exercices en fonction de ses capacités, et après la thérapie va passer dans l'échange verbal. On va lui demander : « *A votre avis, pourquoi vous avez eu des difficultés à tel exercice ?* », pour essayer d'aller vraiment chercher le fond du problème, et qu'il arrive lui-même à verbaliser s'il a des difficultés. C'est important qu'il se rende compte que c'est dû à un accident, parce que beaucoup de personnes pensent être ici pour autre chose qu'un traumatisme crânien. Par exemple, j'ai déjà entendu : « *J'ai fait une chute, et j'essaie de me remonter* ». On va demander au patient depuis combien de temps il est là, lui expliquer que pour un mal de dos par exemple, ce n'est pas pour autant de temps, lui faire remarquer qu'il a des cicatrices et lui demander pourquoi. Je passe vraiment énormément dans la verbalisation ; c'est pour recontextualiser les choses en fait.

Étudiante : D'accord... Et, ça marche ?

Ergothérapeute : Oui ça marche ! Avec du temps, ça marche. Il faut se dire qu'avec des personnes ça peut prendre des mois et des mois. J'ai toujours réussi à lever l'anosognosie, mais ça prend beaucoup de temps.

Étudiante : D'accord oui, c'est intéressant ! Bon, je vais clore la partie sur les mises en situation extérieures. Pour avoir un petit ordre d'idée, sur 5 personnes qui sont traumatisées, et que vous recevez en ergothérapie, combien de personnes rentrent chez elle après la prise en charge ?

Ergothérapeute : Attendez, vous avez dit sur combien ?

Étudiante : sur 5 personnes.

Ergothérapeute : C'est difficile comme question, parce qu'en fait là, j'en ai un actuellement mais...
[Silence]

Étudiante : Il y en a un qui est rentré ?

Ergothérapeute : Non j'en ai un qui est hospitalisé en ce moment. Il m'arrive parfois de ne pas avoir de TC du tout en charge. Je ne sais pas, désolé.

Étudiante : Ce n'est pas grave.

Ergothérapeute : Sur tous les patients TC que j'ai eu, je pense qu'une grande majorité sont rentrés à la maison.

Étudiante : Et s'ils ne rentrent pas chez eux, où vont-ils après l'hospitalisation ?

Ergothérapeute : Ça peut être dans des F.A.M (Foyer d'Accueil Médicalisés), dans des M.A.S (Maison d'Accueil Spécialisées). C'est en fonction du tableau clinique du patient. Il y a des patients qui ont un tableau beaucoup trop lourd pour rentrer chez eux. Parfois, la mise en place des auxiliaires n'est pas faisable, et la prise en charge est beaucoup trop importante pour les proches. Dans ces cas-là, on les oriente effectivement soit dans des F.A.M, dans des M.A.S, ou même dans des E.H.P.A.D (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ; ils vont dans des centres appropriés.

Étudiante : Et du coup, pour les personnes qui rentrent à domicile comment vous préparer ce retour ? Est-ce que vous avez une liste de choses à faire avant ?

Ergothérapeute : Ah oui oui. La liste finalement, c'est les habitudes de vie de la personne. C'est-à-dire que si une personne me dit, lors de l'entretien initial : « *Je ne fais jamais de cuisine, c'est ma compagne qui s'en charge.* », dans ce cas on ne va pas forcément l'évaluer sur de la cuisine complexe. On va l'évaluer sur des choses très simples, et on va lui dire : « *On part du principe qu'il y a votre femme, on en est conscients, mais imaginez un jour elle part toute la journée, et vous avez besoin de manger le midi. On veut pouvoir observer que vous êtes capable de vous faire à manger. On ne vous demande pas de faire un repas élaboré, mais au moins de savoir faire cuire des pâtes ; vraiment de faire des choses simples.* ». Donc dans ce cas, on va quand même l'évaluer. On peut aussi faire une mise en situation courses, mais encore une fois, c'est très dépendant. Parfois des personnes nous disent, dans le rendez-vous initial, qu'ils ne font pas les courses que c'est leur femme qui s'en charge. Dans ces cas-là, on ne va pas non plus l'évaluer.

Étudiante : Ok, donc ça dépend encore une fois les habitudes de vie de la personne.

Ergothérapeute : Oui voilà. Et pour préparer le retour à domicile, on va s'intéresser à la réalisation des tâches ménagères, aux courses, aux repas, aux lessives, aux papiers administratifs, aux déplacements par exemple pouvoir prendre les transports en commun. On va vraiment se pencher sur tout ce qui touche à ses habitudes de vie antérieure ; Qu'il soit avec quelqu'un ou pas, parce qu'on va lui dire : « *Imaginez là, vous êtes seul. Est-ce que vous serez capable de faire telle tâche ?* ». Même si on tient compte de ses habitudes de vie et de sa situation familiale, on va quand même travailler plein de choses. Imaginons une personne qui a des difficultés pour la préparation du repas, ce qui constitue un frein pour le retour à domicile : Si on voit que les mises en situation repas ont été réussies, et qu'elle a des proches prêts à faire à manger, bon on va se dire qu'elle est capable de sortir. Il y a des proches qui nous ont déjà dit : « *Voilà, nous on va faire du portage de repas. On va*

venir lui apporter à manger. » Si la personne a un conjoint, il peut dire : « *Bah c'est moi qui vais faire à manger au début.* ». Le patient va revenir en hôpital de jour, et nous on va travailler autour de ses habitudes de vie à lui. Si un patient nous dit : « *Ah mais moi je déteste faire à manger, ça a toujours été ma femme.* », on ne va pas le forcer à faire à manger. Il faut toujours penser au fait que le patient doit être au cœur de sa prise en charge, et ne pas l'obliger à faire des choses qu'il n'aime pas. On ne va pas l'éduquer, c'est une rééducation qu'on fait, pas une éducation.

Étudiante : D'accord. Alors, est-ce que vous avez des nouvelles des personnes traumatisées crâniennes, qui sont rentrés chez elle ?

Ergothérapeute : Quand ce sont des personnes qu'on revoit en hôpital de jour, là c'est sûr qu'on a des nouvelles. On fait toujours un « check-up » dès qu'ils reviennent en hôpital de jour, le premier jour, en disant : « *Alors, comment ça s'est passé à la maison ? Qu'est-ce que vous avez fait ? Est-ce que vous avez repris les cours/le travail ? Est-ce que vous avez fait à manger ? Si oui, comment ça s'est passé ? Est-ce que vous avez des difficultés ? Est-ce que vous êtes complètement autonome ? est-ce qu'il y a des choses que vous voulez qu'on travaille ?...* Parce que parfois, à l'hôpital en hospitalisation complète, on ne se rend pas bien compte des difficultés, qu'un traumatisme crânien qui suit un accident peut affecter à ce point. Et une fois rentré à la maison, on peut être amené à réaliser une petite activité, à laquelle on ne s'est pas exercé quand on était hospitalisée, et qu'on va réaliser à la maison. Donc les patients souhaitent parfois travailler ces choses-là, en lien avec ces activités. Donc c'est sûr qu'on a des nouvelles des personnes qui sont en hôpital de jour. Pour les personnes qui partent dans d'autres hôpitaux de jour, on n'a pas trop trop de retours. J'ai eu un patient TC en septembre, et sa femme nous envoyait des mails en nous disant qu'au niveau de la mémoire ça s'était amélioré, qu'il allait voir un orthophoniste etc... Mais sinon, si la personne ne revient pas en hôpital de jour chez nous, on n'a pas de retour. On peut avoir des retours quand les patients ont des consultations avec les médecins. Parfois, une personne n'a pas forcément besoin d'hôpital de jour parce que ça s'est super bien passé, et que les difficultés ont été vu dans sa globalité. Mais il y a quand même des consultations tous les 3 mois qui sont réalisées par les médecins pour voir comment se passe le retour à la maison. Si certaines choses s'avèrent difficiles, pourquoi pas reprendre les séances d'ergothérapie ?

Étudiante : D'accord. Et du coup, ces nouvelles elles sont plutôt comment ? Plutôt bonnes ou mauvaises ? Ils sont contents de rentrer, où ça dépend ?

Ergothérapeute : Ah, ils sont toujours très contents de sortir ! Après, j'ai des collègues qui ont eu des patients traumatisés crâniens qui sont rentrés à la maison, et finalement ces personnes se sont dégradées, parce qu'elles étaient seules. Elles vivaient seules, elles ne faisaient plus trop d'activités, elles étaient déprimées. Du coup, ces personnes ont régressé au niveau de leurs capacités. Donc là, dans ce cas, il y a un point à refaire. Il faut remettre le patient dans la machine..., enfin plutôt dans le « cercle » de la rééducation.

Étudiante : Ok, très bien. Et est-ce que vous pensez que les mises en situation que vous proposez favorisent le retour à domicile de ces personnes ?

Ergothérapeute : Ah bah complètement ! Sans la mise en situation, tu ne peux pas observer si oui ou non la personne est autonome pour rentrer à la maison. S'il y a des mises en danger pendant les mises en situation, on ne va pas dire à un patient : « *Vous pouvez rentrer à la maison* », bon ça ne va pas être moi, c'est le médecin qui va lui dire. C'est la base de notre métier en fait. C'est-à-dire qu'on est une équipe pluridisciplinaire, on a chacun nos compétences, et notre compétence à nous ergothérapeutes, la compétence principale, c'est de pouvoir permettre à la personne de retrouver une autonomie partielle ou complète dans les actes de la vie quotidienne. Donc si on ne fait pas de mise en situation, on perd l'essence même de notre métier.

Étudiante : C'est une belle réponse !

Ergothérapeute : [*Rires*] Merci, merci.

Étudiante : Et puis... Bon du coup je reviens un petit peu sur les mises en situation, je suis désolée. Est-ce que, pendant vos mises en situation, vous faites en sorte de favoriser les interactions avec les autres ?

Ergothérapeute : Oui. Par exemple, on va dire au patient : « *On n'a plus de tickets de métro, ça va être à vous d'aller acheter les tickets. Je vous donne de l'argent, et il faut aller voir le monsieur du guichet.* » Dans ce cas-là, oui le patient va interagir avec le vendeur. C'est la même chose à la caisse du supermarché : on n'intervient jamais. C'est au patient de se faire comprendre. Après, si une personne a des difficultés pour s'orienter dans la rue, dans un commerce ou qui cherche une information par exemple, on va voir si elle arrive à compenser ces difficultés en demandant des renseignements à quelqu'un dans la rue. Ça c'est très bien, parce qu'on se dit que si nous, on n'était pas là, et que la personne était complètement perdue, on voit qu'elle a su mettre en place le moyen de compenser ces difficultés en demandant à un passant des informations. Elle peut aussi solliciter quelqu'un dans le supermarché, pour trouver tel ou tel aliment.

Étudiante : C'est déjà arrivé qu'un patient demande son chemin dans la rue ?

Ergothérapeute : En effet, oui c'est déjà arrivé. Alors il y a des fois où on lui dit : « *Non, vous n'avez pas le droit de demander de l'aide.* », parce qu'on peut vraiment regarder s'il a des difficultés pour s'orienter dans l'espace. Mais après, il y a des personnes pour qui on sait que ces difficultés sont difficiles à travailler pour eux ; dans ce cas, pourquoi pas lui laisser ce moyen de compensation. Justement, dans un sens ça nous soulage. On s'imagine qu'un jour il est dans la rue, et qu'il a oublié où il allait par exemple, eh bien on sait qu'il saura mettre en place cette stratégie. Aussi, pour des personnes qui ont des difficultés au niveau du langage, on va essayer de favoriser les prises de contacts, les discussions avec les personnes autour de nous etc...

Étudiante : D'accord. Et du coup, vous pensez que les mises en situation favorisent la participation sociale de la personne ?

Ergothérapeute : Oui, tout à fait ! Il va falloir que je te parle du programme de réadaptation ! Le programme de réadaptation, c'est vraiment le point final de la rééducation en ergothérapie. Une personne va être hospitalisée, ensuite elle va passer en hôpital de jour, (enfin là je parle vraiment du

parcours idéal) et ensuite dans l'idéal, on va essayer de la faire participer au groupe de réadaptation. Dans ce cadre, c'est essentiellement des mises en situation à l'extérieur ou à l'intérieur de l'hôpital qui sont proposées. Ce sont des mises en situation écologique, donc ça comprend les courses, la préparation du repas, la préparation d'une sortie, et des sorties extérieur qui se déroule le jeudi. Il y a beaucoup de personnes TC dans ce groupe-là, parce qu'elles sont très isolées suite à l'accident, et elles n'ont pas forcément énormément de difficultés pour aller faire les courses, ou préparer les repas. Elles ont plutôt des difficultés dans les interactions sociales justement. Ce sont des personnes qui se sont repliées sur elles-mêmes après l'accident, qui ont perdu confiance en elles. Se retrouver dans ce groupe de réadaptation, avec 3 autres patients (il y a 4 patients dans le groupe), ça permet déjà de les remettre un peu dans une participation sociale. Ensuite, les sorties qui sont organisées leur permet vraiment de reprendre une activité, et d'avoir une participation sociale.

Étudiante : Ah oui c'est super intéressant de faire des mises en situation en groupe !

Ergothérapeute : Oui, ça permet au patient de se rendre compte qu'il n'est pas seul à avoir eu un traumatisme crânien. Ça permet aussi de pouvoir interagir avec d'autres personnes parce que vraiment, il y a énormément de personnes qui se retrouvent isolées après un accident. Ça leur redonne un élan. Ça leur permet de s'ouvrir à l'extérieur. Rien que l'activité sortie le jeudi, ça leur montre qu'ils peuvent effectuer plein de choses à l'extérieur ; Surtout qu'on a la chance, à Paris, de pouvoir le faire, de pouvoir aller dans des musées, dans des parcs, des choses comme ça. Il y a beaucoup de patients qui me disent : « *Maintenant, ça m'a donné envie de m'ouvrir sur l'extérieur, et de ne pas rester chez moi.* ».

Étudiante : Oui je vois, ça éveille la curiosité d'aller dans les musées, etc...

Ergothérapeute : Oui, ça peut être de la curiosité. Après, il y a des personnes qui avaient l'habitude de le faire avant, mais qui vont rencontrer des difficultés pour le faire aujourd'hui. Elles vont dire : « *Bah là, j'arrive pas trop à marcher, mes troubles du langage m'empêchent de communiquer avec les autres...* ». Le fait qu'il y ait un thérapeute avec eux, ça leur permet de se dire : « *Voilà, je suis avec quelqu'un, je suis en sécurité. J'ai vu que j'étais capable de le faire. Maintenant je me sens capable de le faire seul.* » Donc, ce groupe de réadaptation c'est « l'ultime groupe ».

Etudiante : Oui, j'ai un très bon souvenir de ce groupe aussi.

Ergothérapeute : Mais je crois qu'on est le seul centre sur Paris à le faire. Même en France, il me semble qu'il n'y a pas beaucoup de groupes comme ça, vraiment dédié à la réadaptation, qui ne s'adressent pas seulement aux personnes traumatisées crâniennes, mais qui sont efficaces.

Etudiante : Donc c'est un groupe avec 4 patients, et ça dure un certain temps ?

Ergothérapeute : Alors, le groupe dure entre 6 et 7 semaines. La première semaine est dédiée aux évaluations des capacités de chacune des personnes, individuellement. On fait le choix aussi des sorties de chacun des patients, le choix des repas. Enfin, il y a la dernière semaine qui est dédiée au bilan : On va faire le point, on va voir comment s'est passé ce programme pendant les 5 semaines du milieu, les 5 semaines qui sont entre l'évaluation initial et le bilan final. Durant ces semaines, on fait

vraiment des mises en situation pures et dures, avec quelques exercices de rééducation analytique. Les patients ont encore de l'orthophonie en individuel, parce que c'est important de travailler ça ; Mais en ergothérapie, on fait que des mises en situation écologiques, orientées sur l'extérieur.

Étudiante : Ok, d'accord. Et du coup, est-ce que vous proposez autre chose en séance d'Ergothérapie pour favoriser la participation sociale des personnes traumatisées crâniennes ?

Ergothérapeute : Alors, on peut faire des activités avec d'autres patients. Par exemple à 2, voire à 3, mais tout en faisant attention aux capacités de chacun : il faut qu'ils puissent les exprimer. Il faut que les patients soient toujours dans l'interaction, sinon il y en a un qui peut être vite mis de côté, et se rendre compte qu'il a des difficultés. Le patient se retrouve alors face à ces difficultés et se dit : « *Telle personne est plus forte que moi* ». Des personnes m'ont déjà dit : « *Ouais, mais lui il réussit, et pas moi* ». Dans ce cas-là, il faut essayer de reprendre le dessus de la situation, et lui dire : « *Ok, oui c'est vrai qu'il a des capacités, mais vous aussi vous avez des capacités. Vous n'avez pas les mêmes habilités, les mêmes difficultés. Rappelez-vous qu'on fait des activités qui vous permettent d'interagir avec les autres* ». [Silence]

En fait, je suis en train de penser là... Tu disais que les mises en situation écologiques, c'est important. Il faut savoir qu'aujourd'hui, on met de plus en plus le patient au cœur de sa prise en charge. On a fait la formation MCRO, et cette formation nous a vraiment permis de partir des occupations du patient, pour pouvoir en déduire notre prise en charge, nos objectifs. Les occupations que le patient va citer pendant la MCRO, ça va vraiment être des activités, des occupations, telles que « pouvoir rentrer dans la salle de bain » ; « pouvoir me laver les cheveux » ; « pouvoir aller au cinéma »... On est vraiment sur des choses très écologiques. Ça nous permet de revoir nos objectifs, par rapport à une mise en situation. C'est-à-dire qu'on va remettre le patient au cœur de sa prise en charge, et c'est lui qui va en fait dicter le parcours de soins. Pendant la MCRO, il va nommer 5 occupations, et en fonction de ses occupations là, on va faire des mises en situation écologiques pour voir ses capacités. En fonction des résultats qu'on va avoir dans les mises en situation, on va continuer à faire des choses analytiques parce qu'on en a besoin. On va travailler les capacités motrices, les capacités cognitives. Mais du coup, là on part d'une activité écologique pour, si besoin, travailler en analytique. On a un peu trop l'habitude de dire : « *L'objectif est de travailler le membre sup* ». La MCRO nous rappelle que ce n'est pas « **travailler le membre sup** », c'est « **travailler le membre sup pourquoi** ». C'est le patient qui va nous dire pourquoi il faut travailler le membre sup, et qui va décider de quoi travailler. Ça peut être : l'habillage, la toilette... ça va vraiment remettre le patient au cœur de sa prise en charge, et ré-axer sur des mises en situation écologiques.

Étudiante : Vous avez fait la formation quand ?

Ergothérapeute : On l'a fait il y a 2 mois. Et on n'a pas fini, on a une dernière session. C'était sur 3 jours.

Étudiante : Ah d'accord, génial. Et du coup, vous ne faites pas encore passer la MCRO auprès de vos patients ?

Ergothérapeute : Ah si si. On l'a fait quand même passer. Justement, ce sont des exercices qu'on nous a demandé de faire, et là on va avoir une dernière journée de formation où on va devoir relater

les situations qu'on a rencontrées avec un patient, qu'est-ce que ça nous a appris, etc... Et c'est vrai que ça m'aide aussi à changer de type de mise en situation. La plupart des patients pour qui je fais passer la MCRO, ils vont me parler d'occupations auxquelles je n'aurai pas pensé. Et puis parfois, j'aimerais bien faire une mise en situation pour pouvoir aller au cinéma, mais la plupart sont hospitalisés ici, ils nous parlent plus de mise en situation intérieures, donc mise en situation toilette/habillage, pouvoir tartiner sa tartine, des choses comme ça.

Etudiante : D'accord, ça marche. Alors moi j'ai fini mes questions si vous avez quelque chose à rajouter, vous pouvez. Si vous pensez que j'ai oublié des éléments...

Ergothérapeute : Non, je ne crois pas...

Etudiante : D'accord, et bien merci de ton temps !

Ergothérapeute : De rien, avec plaisir !

Annexe VII : Retranscription Entretien Patient A

Avant d'interroger le patient, j'ai eu un échange avec son ergothérapeute, le voici :

Ergothérapeute : Bonjour !

Etudiante : Bonjour !

Ergothérapeute : Donc là du coup, tu vas interroger mon patient ?

Etudiante : Oui, tout à fait !

Ergothérapeute : Alors, il faut que tu saches qu'il a un traumatisme crânien grave. Il a aussi une HLH (Hémianopsie Latérale Homonyme), avec une diplopie. Donc, ça rajoute des troubles neuro-visuels, en plus des troubles cognitifs ; ce qui complexifie la prise en charge. Du coup, dans les mises en situation que je fais avec lui, c'est parfois très difficile de faire la part entre HLH et troubles cognitifs. Je pense qu'il va beaucoup te relater ses troubles neuro-visuels, parce que c'est au premier plan pour lui.

Etudiante : D'accord pas de soucis, je prendrai en considération ces paramètres.

Ergothérapeute : Oui, c'est vraiment important. Parce que dans toutes les mises en situation qu'on réalise, on voit qu'il a des difficultés cognitives, mais la moitié sont aussi dû à son HLH.

Voici l'entretien réalisé avec le patient :

Étudiante : Alors, est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Patient : Alors, je m'appelle [*Prénom*], je suis cuisinier, j'ai 24 ans, et j'ai eu un accident il y a quelques mois. J'ai eu quelques semaines de coma, et là je vais beaucoup mieux. Depuis ce qu'il m'est arrivé, j'ai toujours des problèmes de vision, des problèmes d'angle de vue et voilà...

Etudiante : Ok.

Patient : Ah, j'ai des problèmes de mémoire aussi. Parce que j'ai oublié des choses pendant la phase de coma.

Etudiante : D'accord oui, c'est assez courant.

Patient : Oui, je préfère le préciser.

Etudiante : Donc pour cet entretien, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. J'attends juste votre avis à vous, ce que vous avez vécu, et votre vision des choses.

Patient : Oui d'accord, mais c'est vrai que je pense à beaucoup de choses, et que souvent j'oublie de les dire donc, je préfère les dire après.

Etudiante : Il n'y a pas de soucis ! Donc du coup, vous avez 24 ans. Alors, vous m'en avez déjà parlé, mais est-ce que vous exerçiez un métier avant l'accident, et depuis combien de temps ?

Patient : Oui, je suis cuisinier depuis 5,6 ans.

Etudiante : Qu'est-ce que vous pouvez me dire sur votre situation familiale ?

Patient : Ça va, j'ai des parents qui sont séparés et je vis seul depuis longtemps. J'ai pas mal de frères et sœurs et voilà... *[Silence]* c'est un peu compliqué, comme dans toutes les familles.

Etudiante : Est-ce que vous avez des contacts avec vos frères et sœurs ?

Patient : Oui, j'en ai surtout avec mon grand frère.

Etudiante : D'accord. Est-ce que vous avez des loisirs, des choses que vous aimez bien faire ?

Patient : J'aime bien... Alors, avant l'accident, j'aimais bien profiter de la vie, boire des verres et tout ce genre de chose. Je ne suis pas quelqu'un de très très sérieux, mais bon j'ai quand même toujours travaillé assez dur... Je sais pas si je peux le dire ici, mais bon puisque je ne le cache à personne, je vais le dire : je prenais pas mal de substances illicites, un peu chimiques, je prenais des joints. Bien entendu maintenant, j'ai arrêté tout ça. Mais voilà, c'était ma définition de profiter de la vie.

Etudiante : D'accord, donc vous sortiez beaucoup.

Patient : Oui, je sortais beaucoup en boîte etc...

Etudiante : Du coup, ce sont des activités où vous rencontrez pas mal de monde, où vous vous faites des contacts et des amis ?

Patient : Oui, on peut dire ça.

Etudiante : Donc, vous aviez pas mal d'interactions sociales pendant ces activités ?

Patient : Oui bien sûr, j'aime beaucoup les interactions sociales. Et puis je ne suis pas timide, je parle aux gens, j'ai des amis, j'ai tout ce qu'il faut, j'ai des contacts.

Etudiante : Ok. Et actuellement, vous avez toujours des contacts avec vos amis ?

Patient : Oui bien sûr ! J'ai une bonne bande d'amis. Et avec ce qu'il m'est arrivé en plus, il n'y a pas une seule journée qui passe sans que mes amis viennent me voir ici.

Etudiante : Ah, c'est bien ça !

Patient : Oui, j'ai de la chance d'avoir ce groupe d'amis, cette famille, et tout ça...

Etudiante : Qu'est-ce que vous pouvez me dire de votre pathologie ? Vous m'en avez déjà un petit peu parlé, mais pouvez-vous m'en dire plus ?

Patient : Alors, déjà j'ai eu un accident. On ne sait pas vraiment ce qui m'est arrivé, mais à priori, je me suis « éclaté la tête ». Heureusement que j'ai eu de la chance, et que les secours sont arrivés très vite, alors que c'était en plein milieu de la nuit. J'ai ensuite été amené à l'hôpital, et de là ils m'ont « refait le crâne » si je peux dire ça comme ça. Pendant tout ce temps, je peux dire qu'ils m'ont sauvé. J'ai vraiment eu beaucoup de chance de pouvoir m'en sortir comme ça. Ça s'est passé très vite.

Etudiante : Ok. Et quand est-ce que c'est arrivé ?

Patient : Alors, depuis que j'ai eu cet accident, j'ai vraiment du mal avec les dates. Donc je ne peux pas ressortir ça comme ça. Mais je peux dire que ça s'est passé avant Noël... *[Silence]* euh avant ou après... Mince, je ne sais plus.

Etudiante : Ce n'est pas grave.

Patient : Ouais, je suis désolé. J'ai vraiment du mal avec les dates depuis l'accident.

Etudiante : Justement, vous me parlez là de vos difficultés pour vous orienter dans le temps. Est-ce qu'il y a d'autres difficultés que vous rencontrez, depuis l'accident ?

Patient : Ouais, au niveau des chiffres et des noms... J'ai aussi pas mal de problèmes de mémoire. Même pour taper un code pour entrer dans un immeuble, j'ai du mal, ou pour un casier. Là, il n'y a pas longtemps, je devais rentrer un code dans mon casier. J'ai galéré pour l'installer, pour le retaper chaque jour, pour le retenir... C'était vraiment compliqué pour moi.

Etudiante : D'accord, donc vous avez vraiment des problèmes pour retenir les choses.

Patient : Oui c'est ça. Et avec votre collègue hier... *[Silence]* Ah non, c'était ce matin. Je suis allé prendre le métro, pour m'entraîner. Et c'était pas la grande joie, dans le sens où je pensais que ça allait être plus facile pour moi, parce que je suis parisien. Et ça s'est avéré être plutôt difficile, donc c'était compliqué pour moi.

Etudiante : Ok, donc on peut dire que vous êtes gênés pour faire des activités, comme prendre le métro.

Patient : J'ai plus la mémoire que j'avais. Parce qu'avant j'étais très littéraire et tout je lisais beaucoup de livres. Et maintenant, bah déjà je peux plus lire, donc ça franchement c'est déplorable,

et sinon ouais, je me rends bien compte que je n'ai plus la tête que j'avais avant. Avant, je réfléchissais beaucoup, je parlais beaucoup, je pensais beaucoup, maintenant bon... [Silence]

Etudiante : D'accord, je comprends. Et est-ce qu'il y a d'autres activités pour lesquelles vous ressentez des difficultés ?

Patient : Ouais un peu pour tout. Même physiquement, au niveau de l'équilibre après l'accident. Enfin... Pendant l'accident je me suis éclaté le... [Montre sa cuisse] Comment ça s'appelle ? Je sais plus ce que c'est, mais ouais j'étais bien abîmé. J'étais en fauteuil roulant.

Etudiante : Ah, c'est au niveau de la cuisse ? Peut-être le fémur ?

Patient : Ah oui voilà, c'est le fémur exactement ! Je me suis éclaté le fémur.

Etudiante : Ok. Alors, maintenant, on va justement parler des mises en situation que vous faites avec votre ergothérapeute ; Ce sont les mises en situation extérieures auxquelles je m'intéresse, comme prendre le métro sortir dehors.

Patient : D'accord, donc faire à manger, et des choses comme ça ?

Etudiantes : Voilà, des mises en situation. Mais pour mon étude, je vais juste m'intéresser aux mises en situation qui se passent à l'extérieur. Donc ça comprend par exemple les courses que vous pouvez faire pour faire à manger. Alors déjà, où est-ce qu'elles se passent ces mises en situation ?

Patient : Il y en a qui se passe dans le quartier de l'hôpital. Donc on sort de l'hôpital, on traverse les routes et tout. C'est un exercice compliqué, parce que le quartier est grand ici. Et je n'ai plus la tête que j'avais avant. D'ailleurs, je sais pas si je l'ai dit, mais on m'a réparé la tête. J'ai plus le trou que j'avais avant. On m'a remis une partie du crâne, et maintenant j'ai une cicatrice.

Etudiante : Ah oui d'accord, vous avez eu une opération ?

Patient : Oui, c'est ça.

Etudiante : Et pour revenir aux mises en situation extérieures : Est-ce que vous les faites dans un lieu que vous connaissiez avant, ou pas ? Par exemple, quand vous prenez le métro, quand vous faites ce genre d'exercices là.

Patient : Ben non. Parce que le quartier où j'ai grandi, il ne se trouve pas du tout là. Donc quand je fais des exercices de mise en situation à l'extérieur pour prendre le métro, je ne connais pas les lieux. Ce n'est pas un endroit que j'ai l'habitude. Moi, j'habite à Paris, mais pas du tout dans le quartier de l'hôpital. Et pour prendre le métro de là où j'habite, c'est un petit peu compliqué avec votre collègue, parce que c'est loin d'ici. Bon... Du coup dans le quartier que je connais, j'ai plus de feeling, je sais où aller, je vais beaucoup marcher. Ici, c'est pas du tout pareil.

Etudiante : D'accord. Est-ce que vous pensez que vous vous en sortirez mieux dans le quartier que vous connaissez ?

Patient : Bah ouais. Je pense que ça serait un peu plus simple de marcher dans l'endroit où j'ai grandi, que dans un endroit que je ne connais pas du tout. Parce que j'ai quand même gardé une bonne mémoire, j'arrive à me rappeler de beaucoup de choses en fait. J'ai rien oublié de ce qui m'est arrivé. Il y a pleins d'amis qui pensent que, puisque j'ai eu un accident, j'ai oublié plein de choses. Ils essayent de me le répéter, mais j'ai rien oublié en fait. J'ai juste, très bizarrement, oublié les noms de certaines personnes que je connais bien, ils sont partis de ma tête. Mais c'est juste le prénom qui est parti en fait. J'arrive plus à me rappeler du prénom, mais tout le reste je me rappelle.

Etudiante : Ok, ça marche. Et du coup quand vous faites ces mises en situation là, par exemple quand vous prenez le métro, quand vous allez dehors dans l'hôpital, est-ce que vous sentez que ça vous apporte des choses quand même ? Même si c'est difficile ?

Patient : Ouais ouais, ça va.

Etudiante : Alors, qu'est-ce que ça vous apporte ?

Patient : En fait, il faut que je fasse tourner mon cerveau pour qu'il retrouve des mécanismes, pour qu'ils apprennent des choses... Parce que voilà, je suis pas au top.

Etudiante : D'accord, donc vous sentez que ça fait travailler votre cerveau ?

Patient : Oui, c'est ça.

Etudiante : Pouvez-vous me donner un exemple ?

Patient : Je sais pas trop... Vous pouvez peut-être m'aider en me donnant un exemple ?

Étudiante : Par exemple, les mises en situation peuvent vous permettre de mieux vous repérer dans l'espace ?

Patient : Oui, voilà : Se repérer dans le métro, faire la cuisine ici. Aussi, il faut que j'applique ce que j'ai appris en séance. Avant mon opération, puisque le quartier là il est grand, il est énorme, je me perdais en 30 secondes. Je savais pas du tout où aller, je n'avais aucune idée d'où je venais. Et maintenant... Enfin, ça fait un petit moment déjà, que je peux me balader, je peux marcher longtemps et tout.

Etudiante : C'est bien déjà ! Vous vous rendez compte qu'il y a eu du progrès depuis le début de votre prise en charge ?

Patient : Ouais. Mais dès qu'on m'a réparé la tête, et qu'on m'a réveillé après deux-trois jours, j'ai remarqué qu'il y avait du mieux dans ma tête. Il n'y avait plus de blocage, où j'arrêtais de parler, où je ne savais pas quoi dire, et j'ai gagné en capacité.

Etudiante : D'accord. Et à votre avis, quels sont les buts des mises en situation extérieures que vous faites avec l'ergothérapeute ?

Patient : Bah le but, c'est de me remettre en situation, et de me remettre en autonomie, pour que je puisse m'en sortir dans la vie tout seul. Parce que c'est vrai que je suis tombé bien bas avec tout ça.

Etudiante : C'est une belle réponse ça !

Patient : Ouais je sais ! *[Rires]*

Etudiante : Est-ce que, pendant les mises en situation que vous avez faite, vous avez eu des interactions sociales ? Parler avec d'autres personnes ?

Patient : Oui, je suis allé au supermarché et, bon c'était pas super comme interaction, mais de toute façon il fallait parler à la caissière pour payer les courses. Donc ça se fait. Sinon non, il n'y a rien eu de spécial.

Etudiante : D'accord. Et votre mise en situation au supermarché s'est bien passée ?

Patient : Ouais. Sauf que maintenant, je ne peux plus trop compter, donc pour payer c'était compliqué. Sinon, je fais attention à ce qui m'entoure. Bon, personne ne va me voler, ça c'est sûr, mais ça reste compliqué.

Etudiante : Ok, et dans l'ensemble qu'est-ce que vous en avez pensé de ces mises en situation ?

Patient : Heureusement qu'on est en France, et qu'on a ce genre de truc pour nous aider. Parce qu'autrement je ne serai pas prêt de m'en sortir comme je le veux, et j'ai vraiment eu de la chance.

Etudiante : Ouais, et est-ce que vous étiez satisfait, après avoir fait ses mises en situation ?

Patient : Ouais ouais. J'aimerais bien en avoir plus, parce que je trouve que j'en fais pas assez. Je suis stressé moi, j'ai envie d'avancer.

Etudiante : Oui je comprends, mais c'est vrai que ça se fait doucement ce genre de chose.

Patient : Oui, ça se fait doucement. Mais limite, je préférerais souffrir un peu plus, un peu plus fort, et que ça aille plus vite. Mais bon, on verra comment ça se passera.

Etudiante : Ok. C'est bien d'être motivé en tout cas !

Patient : Ben oui, parce que se retrouver handicapé d'un jour à l'autre, c'est pas super top.

Etudiante : Hm oui, j'imagine... Et dites-moi, comment vous sentez-vous, quand vous êtes dehors ?

Patient : Dans la rue ?

Etudiante : Oui, dans la rue.

Patient : Je ne sors pas beaucoup dans la rue pour l'instant. Et puis quand je sors, je ne suis jamais seul. A part là, demain, c'est mon premier jour de sortie pendant 2 jours. Ça va être cool.

Etudiante : Et à votre avis, comment vous allez vous sentir ?

Patient : J'ai déjà fait l'expérience là de sortir. Bah déjà, je mets mon cachet, parce que puisque j'ai une double vision c'est compliqué de marcher dans la rue comme ça. Avec mon cachet, j'y vois plus clair, c'est déjà ça. La première fois que je suis sorti, c'était après l'opération. C'était un moment très dur... *[Silence]* enfin très dur dans le sens où c'est là où on se rend compte de tout ce qu'on a perdu, de toutes nos difficultés. Ça fait peut-être partie de la vie aussi, mais bon ce n'est jamais plaisant de toute façon. Maintenant, ça va mieux. *[Silence]* Je sais plus exactement ce qu'on disait...

Etudiante : Ma question, c'était : Comment vous sentez-vous quand vous êtes dehors ?

Patient : Ouais, ça va. De toute façon, je ne suis jamais seul. Je suis toujours avec des amis, bien accompagné, et puis tout le monde est content de me voir, donc voilà c'est cool. Après, j'espère que je vais progresser sur le point de vue, on va dire pas physique mais voilà sur le point de vue se déplacer et tout ça, parce que ça reste compliqué.

Etudiante : Ok. Donc vous n'avez pas de difficultés majeures pour vous insérer dans un groupe ?

Patient : Ah non, pas du tout ! Je suis plutôt populaire ! J'ai plein de potes. Et en plus, vu que j'ai failli mourir, ça les a bien choqués que ce soit mes amis ou ma famille, donc là-dessus j'ai pas de souci à me faire.

Etudiante : Ça marche. Et après l'hospitalisation, qu'est-ce que vous envisagez de faire ?

Patient : Quand je sors d'ici, j'envisage de continuer à progresser cérébralement. Et puis, je reprendrai le travail. Alors, peut-être pas tout de suite, parce qu'il faut que je me repose encore. Et puis je travaille en cuisine, c'est assez physique, donc il faut y aller faut pas être à mi-temps où tout mou... *[Silence]* On verra.

Etudiante : Vous vous sentez de reprendre le travail ?

Patient : Bien sûr ! Parce qu'en plus, j'ai un très bon pote dans un très bon hôtel, et j'ai plein d'amis là-bas. Tout le monde me demande des nouvelles, donc c'est sûr que je vais retourner là-bas. Ça c'est bien, là-dessus il n'y a pas de soucis.

Etudiante : D'accord d'accord. Alors, c'est ma dernière feuille de question. J'ai bientôt fini. Aujourd'hui, êtes-vous satisfait de votre participation sociale ? Donc, la participation sociale, ça regroupe toutes les interactions que vous avez avec les autres.

Patient : Vous voulez dire ici, avec les employés, les autres patients, etc ?

Etudiante : Oui, ça rentre dans la participation sociale, effectivement.

Patient : Ça va, ça va de mieux en mieux. Bon, il y a toujours des gens qui, entre guillemets, « j'aime pas », mais en général, les malades par exemple, ça va ils sont plutôt sympas. Ils ont chacun un profil différent, ils sont rigolos, mais bon il y en a qui sont bien abîmés... Moi j'ai de la chance, parce que physiquement je vais très bien ; Enfin, ça va, je trouve que j'ai de la chance par rapport aux autres qui sont en fauteuil roulant depuis je ne sais pas combien de temps, qui ne parlent pas, etc... Après, il y a des gens que j'aime pas trop, je trouve qu'ils servent à rien... Mais bon, il y en a partout. Et puis tout le monde n'est pas parfait.

Etudiante : Oui, effectivement, tout le monde est différent, chacun a son histoire. Ah je vais revenir sur quelque chose. Vous me disiez que vous allez boire des verres avec des amis ; Est-ce que vous faisiez du sport, une activité sportive à côté ?

Patient : Pas vraiment... Pas vraiment une activité 100 % sportive, non franchement j'en n'ai jamais vraiment fait. Par contre, je travaillais déjà physiquement en cuisine, donc ça compense. Je portais des choses toute la journée, je me déplaçais, etc... C'est un peu du sport, avec la chaleur et tout en plus ! Mais ici par contre, vu que j'arrête toutes les bêtises, je fais du sport de ouf. Et puis je veux retourner chez moi pour reprendre physiquement. Enfin, j'ai pas tant perdu que ça, je crois qu'au début j'ai perdu 40 kg.

Etudiante : Ah oui, 40 kg depuis l'accident ?

Patient : Oui, depuis l'accident. Enfin surtout après le coma. En fait j'ai perdu un tiers de mon poids, et j'ai récupéré depuis. Bon là j'ai pas encore tout récupéré, mais bon maintenant je fais du sport, j'essaie de prendre du muscle.

Etudiante : Ah oui, ici avec le kiné et l'ergo ?

Patient : Oui, avec le kiné. Et à j'ai failli dire ergo à la place de kiné, je confonds tous ces termes, je les confonds à chaque fois. Il faut que je me concentre bien pour ne pas les confondre.

Etudiante : Ah oui ici c'est les ergothérapeutes [*Montre la salle ergothérapie de la main*] et les kinés ils sont là-bas, à côté [*Montre la direction de la salle de kinésithérapie*].

Patient : Ah oui, et il y a aussi... [*Silence*] Je ne me souviens plus... [*Silence*]

Etudiante : L'orthophoniste ?

Patient : Ah oui, voilà l'orthophoniste. Tous ces trucs-là, je les confonds tout le temps. Il faut toujours que je me concentre pour bien les ressortir.

Etudiante : D'accord. Alors, j'ai fini de vous poser toutes les questions que j'avais à vous poser. Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

Patient : Non, pas spécialement.

Etudiante : Des choses que vous voulez me dire, par exemple ?

Patient : Non ça va, c'est cool je suis content quand même d'être tombé ici. Je trouve que je m'en sors plutôt bien.

Etudiante : Oui, vous êtes satisfait de la prise en charge.

Patient : Ouais ouais ouais, clairement. Après tout ce qui m'est arrivé, ouais. Et en plus, j'ai de la chance parce que je sais qu'ici il n'y a pas beaucoup de chambre, donc j'ai eu de la chance de tomber ici. J'aurai pu être n'importe où. D'ailleurs, je ne vais pas tarder, d'ici quelques semaines, peut-être un mois, à partir d'ici. Je ne sais pas encore où je vais tomber, mais on verra.

Etudiante : Très bien. En tout cas, merci du temps que vous m'avez accordé. J'espère que ce n'était pas trop long pour vous.

Patient : Ah non non, c'était bien.

Titre du mémoire : Les mises en situation écologiques extérieures pour permettre une réinsertion sociale de la personne traumatisée crânienne

Résumé :

Introduction : Le traumatisme crânien (TC) occupe une grande place dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Parmi 155 000 des personnes prises en charge à la suite d'un TC, 8 500 seront des traumatisés graves avec des séquelles invalidantes. **Objectifs :** L'objectif de l'étude est de savoir si les patients prennent conscience de leurs troubles, lorsqu'ils réalisent des mises en situation extérieures significatives, dans leur environnement ; Et d'évaluer la capacité qu'ont les mises en situation extérieures significatives à améliorer la participation sociale. **Méthodes :** Pour l'enquête, trois entretiens avec des ergothérapeutes réalisant ces mises en situation extérieures ont été réalisés. Deux autres entretiens avec des patients traumatisés crâniens de stade modéré et sévère qui ont effectués des mises en situation extérieures ont été effectués. **Résultats :** Les ergothérapeutes avancent que lors de mises en situation effectuées dans l'environnement de la personne, celle-ci réussit à se rendre compte de ses difficultés. Aussi, elles font en sorte de favoriser la participation sociale en demandant aux patients d'aller acheter des tickets au guichet du métro, ou bien de demander leur chemin aux passants. Les patients, eux, affirment que les mises en situation extérieures leur permettent d'être plus à l'aise dehors, et de trouver des techniques de compensation à leurs difficultés. **Conclusion :** L'accompagnement de l'ergothérapeute en vue d'une réinsertion sociale est très important, car il permet à la personne de retrouver une place au sein de sa communauté.

Mots-clés : Traumatisme crânien – Réinsertion sociale – Mises en situation écologiques extérieures – Environnement – Ergothérapie

Abstract :

Introduction: Traumatic brain injury (TBI) is a major factor in the health, social and medico-social sectors. Among 155,000 people cared for after a TBI, 8,500 will be seriously traumatized with disabling sequelae. **Objectives:** The objective of the study is to know if the patients become aware of their issues, when they carry out meaningful outdoor activities in their environment; And to evaluate the capacity of meaningful outside scenarios to improve social participation. **Methods:** For the survey, three interviews with occupational therapists performing these outdoor activities were conducted. Two more interviews with moderate and severely brain injured patients who performed outdoor activities were carried out. **Results:** Occupational therapists argue that during outdoor activities in the person's environment, the person is able to appreciate his or her difficulties. They also promote social participation by asking patients to buy tickets at the metro ticket counter, or to ask passers-by for directions. Patients, for their part, claim that the outdoor activities allow them to be more comfortable outside, and to find compensation techniques for their difficulties. **Conclusion:** The occupational therapist's accompaniment for social reintegration is very important, because it allows the person to find their place in their community.

Key words: Traumatic brain injury – Social reintegration – outdoor activities – Environment – Occupational therapy