



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

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

**Ergothérapie et traumatisme crânien :
Un accompagnement vers la reconstruction
identitaire**

Mémoire d'initiation à la recherche réalisée dans le cadre de la validation de l'UE. 6.5

Sous la direction de Madame Valérie LAURENT

Léa BARGEOT

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, Madame LAURENT Valérie, pour son accompagnement, sa réactivité, sa disponibilité et à ses nombreux conseils tout au long de ce travail.

Je souhaite remercier l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Paris ADERE, pour leur pédagogie, leurs précieux conseils durant ses trois années de formation.

Je remercie également l'ensemble des ergothérapeutes qui ont accepté de participer à cette recherche. Leur contribution et le temps qu'ils m'ont consacré ont été essentiels pour mener à bien cette recherche.

Merci à ma famille, mes amis et à mes camarades de promotion qui m'ont apporté tout leur soutien pour la réalisation de ce mémoire. Leur accompagnement, leur soutien et leur présence ont été précieux durant toutes ces années.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
A. CADRE CONCEPTUEL	3
I. Le traumatisme craniocérébral	3
1. Définitions et Épidémiologie	3
2. Physiopathologie.....	4
1.1. Les lésions immédiates.....	4
2.1. Les lésions secondaires.....	5
3. Conséquences et troubles associés.....	6
4. Le parcours de soin de la personne TCC.....	9
5. Annonce du diagnostic.....	11
II. Identité occupationnelle	12
1. Occupation.....	12
2. Identité occupationnelle	13
3. Équilibre et déséquilibre occupationnel.....	15
4. Engagement occupationnel.....	16
III. L'accompagnement de l'ergothérapeute	18
1. L'ergothérapie	18
2. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	18
3. Les moyens d'actions de l'ergothérapeute.....	20
B. CADRE EXPERIMENTAL	23
I. Méthodologie et modalité de recherche.....	23
1. Objectifs de recherche	23
2. Choix de la population.....	23
3. Choix de l'outil d'enquête	24
4. Réalisation de l'enquête	26
5. Elaboration de l'outil d'enquête	27

6.	Modalités d'analyse des entretiens	28
II.	Présentation et Analyse des résultats.....	29
1.	Renseignements contextuels des ergothérapeutes	29
2.	Les bilans en ergothérapie.....	31
3.	La place de l'engagement occupationnel dans la prise en soin	34
4.	L'intérêt des mises en situation	36
5.	La spécificité de l'ergothérapeute dans la reconstruction d'une identité occupationnelle	39
6.	L'importance de la collaboration.....	42
C.	DISCUSSION.....	43
I.	Analyse croisée entre les analyses d'entretiens et le cadre conceptuel	43
II.	Retour sur l'hypothèse :.....	47
III.	Limites et biais de l'étude.....	49
	CONCLUSION.....	50
	BIBLIOGRAPHIE :	52
	ANNEXES	57

Table des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APT : Amnésie Post Traumatique

CAJ : Centre d'Accueil de Jour

CO-OP : Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance

HDJ : Hôpital De Jour

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

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

SMR : Soins de Médicaux et de Réadaptation

SRPR : unité de Soins de Rééducation Post-Réanimation

TCC : Traumatisme Craniocérébral

UEROS : Unité d'Evaluation, de Réentraînement, et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle

INTRODUCTION

Le traumatisme craniocérébral représente un véritable problème de santé publique, puisqu'il s'agit d'une « cause majeure de mortalité et de handicap acquis chez le jeune adulte » (Azouvi, et al., 2015). Le nombre d'accidents corporels en France reste très élevé. En effet en 2022, on comptait environ 240 000 accidents corporels (*Bilan 2022 de la sécurité routière | Observatoire national interministériel de la sécurité routière*, s. d.). Parmi les accidents corporels, on recense environ 150 000 traumatisés crâniens par an en France (Santé Publique France, 2019). Les victimes sont majoritairement des personnes jeunes de moins de 30 ans. De plus, le traumatisme craniocérébral est un véritable tournant dans la vie des personnes victimes d'accidents puisqu'il impacte la vie d'une personne non préparée à devoir se réadapter à de nouvelles habitudes de vie et à de nouvelles occupations.

L'accident est un phénomène brutal qui survient de manière instantanée et provoque un changement soudain de l'état de conscience (Leroux, 2014). Il est à l'origine de lourdes séquelles et constitue même une cause de décès et d'invalidité (Santé Publique France, 2019). D'après Cohadon et al. (2008), le traumatisme craniocérébral entraîne des séquelles biologiques et structurelles. Ces lésions peuvent entraîner des troubles physiques, sensoriels, ainsi que des atteintes cognitivo-comportementales qui sont à la base du « handicap » invisible et vont notamment impacter la réalisation dans les activités de la vie quotidienne (Leroux, 2014). Dans la majorité des cas, les personnes ne pourront pas retrouver toutes leurs capacités antérieures en raison de séquelles persistantes (Cohadon, et al., 2008). De plus, cela peut être à l'origine d'un handicap invisible caractérisé par des troubles psychiques, cognitifs, affectifs et comportementaux. De ce fait, l'ensemble des séquelles entraînent des conséquences sur toutes les sphères occupationnelles aussi bien dans les soins personnels, dans la productivité que dans les loisirs. L'accident a un retentissement sur le corps, sur la personne, mais également dans la relation au monde, dans les statuts sociaux et dans les liens qu'elle entretient avec ses proches (Romano, 2010). Par ailleurs, les rôles sociaux et la participation sociale de la personne peuvent également se retrouver impacter ce qui représente un véritable problème dans la vie quotidienne.

Il faut prendre en compte, qu'avant l'accident, la personne cérébrolésée avait une vie, des occupations avec des rôles sociaux, des loisirs et des projets. L'accident vient interrompre la projection d'un futur, changer les habitudes de vie, les rôles sociaux et cette

même personne pourrait se retrouver dans une situation où elle devient dépendante (De Jouvencel & Zurbach-Renaudin, 2014). Chaque personne est unique, nous avons tous un contexte de vie différent aussi bien par nos habitudes de vie, que par nos expériences passées et nos ressources financières et familiales. De ce fait, la lésion cérébrale traumatique, peut venir remettre en question et modifier la question de l'identité. En effet, l'identité se façonne par nos expériences de vie, par nos choix et par notre environnement. L'avant et l'après accident constituent toute la problématique identitaire des personnes traumatisées crâniennes (Oppenheim-Gluckman, 2017). De plus, une altération dans l'état de santé peut venir modifier le désir de participer à certaines occupations qui sont essentielles à l'identité et au sens de la vie (Unruh, 2004). Pour la personne traumatisée crânienne, ce changement peut donc entraîner un désengagement dans les occupations significatives et signifiantes, essentielles dans le maintien de leur identité. Elle doit notamment faire face à des obstacles importants, faire le deuil de sa vie passée, de ses capacités antérieures et à des changements occupationnels.

En ergothérapie, les occupations sont au centre de l'intervention. L'objectif de l'ergothérapeute est de permettre à ce que la personne soit la plus indépendante et autonome possible. Elle a également pour rôle de maximiser les capacités fonctionnelles afin d'améliorer la participation socio-familiale et professionnelle (Bayen, et al., 2012). L'ergothérapeute va également stimuler les fonctions qui sont déficitaires et entraîner certaines habiletés pour améliorer la performance du sujet dans l'activité (Cohadon, et al., 2008). De plus, il va accompagner le traumatisé crânien dans différentes activités afin de l'intégrer socialement, de retrouver ses anciens rôles sociaux, mais également de s'en créer de nouveaux. Son objectif est d'aider la personne à retrouver une vie satisfaisante après un accident traumatique.

A la suite de mes recherches et de mes lectures, la question de l'identité m'intéressait particulièrement. Cela m'a donc amené à ma question de recherche :

« Comment l'ergothérapeute peut-il être un levier dans l'engagement occupationnel auprès d'adultes présentant un traumatisme craniocérébrale vers une nouvelle identité occupationnelle ? »

A. CADRE CONCEPTUEL

I. Le traumatisme craniocérébral

1. Définitions et Épidémiologie

Le traumatisme craniocérébral (TCC) correspond à une lésion du cerveau qui est d'origine traumatique. Il est à l'origine de dysfonctionnement du système nerveux intracrânien. On parle de traumatisme craniocérébral lorsque le cerveau reçoit un choc contre un objet et endommage les enveloppes de l'encéphale (Dalla Piazza & Dan, 2001). D'après Thuman et al. (1995), le TCC se définit par « la survenue d'une blessure à la tête suite à un traumatisme fermé ou ouvert ou suite à un phénomène d'accélération et/ou de décélération » (Thuman et al, 1995, cité par Santé Publique France, 2019). Les principales causes de traumatisme craniocérébral étant les accidents de la voie publique, les chutes, les accidents de sports, ainsi que les violences ou les tentatives de suicides (Azouvi et al., 2015).

Les accidents de la voie publique est le mécanisme fréquent de survenue de traumatisme craniocérébral. Ils représentent plus de la moitié des TCC modérés ou graves et touchent principalement des hommes jeunes. Ensuite, les chutes sont la deuxième cause de TCC qui touche majoritairement une population plus âgée féminine ou masculine. Un autre mécanisme fréquent chez les TCC est l'accident du sport qui touche une population jeune et majoritairement masculine. Ce sont des accidents de faible sévérité mais qui peuvent survenir de façon régulières et répétitives.

Selon Cohadon et al. (2008), les TCC sont définis selon deux critères de gravité : le premier se base sur le niveau des troubles de la conscience, autrement dit, la profondeur du coma dans lequel est plongé le patient. Il est évalué selon le score de Glasgow, qui comprend 3 éléments : l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice. Le score de Glasgow est un indicateur qui permet d'orienter la prise en soin médicale et rééducative du patient. Ensuite, le deuxième critère est la durée de l'amnésie post traumatique (APT).

Tableau 1 **Classification des sévérités de TCC selon Cohadon et al. (2008)**

Sévérité du TCC	Durée de l'Amnésie Post Traumatique	Score de Glasgow
Léger	0 à 60 minutes	13 – 15
Modéré	1 h à 24 h	9 – 12
Sévère	Au-delà de 24 h	3 – 8

Selon Azouvi et al. (2015), « les répartitions de sévérité se situent généralement autour de 80% de TC légers, 10% de TC modérés et 10% de TC sévères » (Azouvi et al., 2015).

2. Physiopathologie

1.1. *Les lésions immédiates*

Les lésions traumatiques immédiates se produisent au moment de l'accident et sont définies par le mode d'application de l'impact. Elles sont caractérisées comme étant le mécanisme initial des structures entre la boîte crânienne et l'encéphale (Cohadon, et al., 2008). Les auteurs, distinguent deux mécanismes : les lésions par effets de contact et celles par effets d'inertie.

- Les lésions par effets de contact

Ces lésions se produisent lorsque la tête entre en contact avec un objet lors d'un choc, entraînant une blessure au point d'impact. Il existe trois types de mécanismes de contact : les traumatismes directs à effet local limité, les traumatismes communs avec irradiation ainsi que les impacts directs par projectile.

Les traumatismes directs à effet local limité sont des lésions du cuir chevelu, des déformations, des fractures au niveau du crâne ainsi qu'à des plaies intracrâniennes. Ces lésions sont plus ou moins pénétrantes en fonction de la surface de l'impact et de la vitesse de l'objet qui est responsable du choc. Les traumatismes communs irradiés sont des lésions indirectes qui sont à distance de l'origine de l'impact. Cette irradiation peut endommager les méninges servant à protéger le cerveau pour former un hématome extradural ou entraînant

des risques infectieux. Les impacts directs par projectile représentent des cas particuliers qui dépendent de la vitesse du projectile. Les blessures par armes à feu concernent ce type de traumatisme (Cohadon, et al., 2008).

- Les lésions par effets d'inertie

Les traumatismes crâniens par effet d'inertie, sont caractérisés comme étant un phénomène d'accélération et de décélération de la tête (Cohadon, et al., 2008). La tête peut être accélérée par un choc qui la met en mouvement et décélérée par un obstacle qui arrête le mouvement. Il s'agit d'un traumatisme dynamique. Les auteurs Cohadon et al. (2008) distinguent deux mécanismes d'inertie :

- Les lésions de contusions et de déchirures veineuses
- Les commotions cérébrales et lésions axonales diffuses

Les lésions de contusions et de déchirures veineuses sont des ecchymoses du cerveau, généralement causées par un choc violent et direct à la tête. Ces lésions résultent de mouvements linéaires produisant des blessures de type coup contre coup (Cohadon, et al., 2008).

Selon Cohadon et al. (2008), les commotions cérébrales et les lésions axonales diffuses sont définies comme « des accélérations angulaires et à des contraintes à l'intérieur même de la substance blanche » (Cohadon, et al., 2008).

2.1. Les lésions secondaires

Les lésions secondaires apparaissent à la suite des lésions immédiates et correspondent à « l'aggravation des lésions initiales dans les jours qui suivent le traumatisme » (Azouvi et al., 2015). Ces lésions peuvent être dues à l'évolution des lésions primaires ou à de nouvelles agressions. Les lésions primaires peuvent aboutir au développement d'un œdème cérébral ou à des hématomes. Les agressions supplémentaires concernent les grandes fonctions de l'organisme qui peuvent être perturbées après un traumatisme craniocérébral. Il peut s'agir de problèmes respiratoires, circulatoires, métaboliques ou bien à une ischémie cérébrale locale ou globale.

3. Conséquences et troubles associés

Les conséquences d'un TCC peuvent être d'ordre physique, cognitifs, psychique, relationnel et sensoriel.

- Troubles cognitivo-comportementaux

Les personnes qui ont subi un TCC ont très souvent des troubles des fonctions cognitives. Celles-ci sont caractérisées comme étant des capacités mentales qui nous permettent d'interagir avec notre environnement et les autres (Cohadon et al, 2008). Elles sont essentielles pour réaliser toute tâche de la vie quotidienne.

En effet, ces personnes rencontrent fréquemment des difficultés attentionnelles qui généralement persistent dans le temps (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012). L'attention, est constituée de plusieurs composantes qui sont altérées à la suite d'un accident :

- L'attention sélective : « c'est la capacité à orienter son attention vers un stimulus attendu et d'ignorer des stimuli distracteurs » (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012). Les personnes qui ont subi un TCC grave sont très sensibles aux interactions extérieures, il leur est donc difficile d'ignorer les distracteurs.
- L'attention divisée permet de traiter plusieurs informations pertinentes en même temps (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).
- L'attention soutenue : c'est la capacité à maintenir son niveau de vigilance, à rester attentif sur une longue période. Chez la personne TCC, l'attention soutenue est altérée en raison d'une grande fatigabilité mentale (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).

D'autres systèmes cognitifs peuvent être altérés comme la mémoire. Toutes les composantes de la mémoire peuvent être affectées. En effet, cela touche les mémoires à long terme, telles que la mémoire épisodique et prospective. Dans la mémoire épisodique, on retrouve, la mémoire rétrograde qui implique les souvenirs d'avant l'accident et la mémoire antérograde (difficulté à apprendre de nouvelles choses). Les problèmes de mémoire les plus fréquents concernent la mémoire antérograde à long terme, perturbant l'apprentissage de nouvelles informations, qu'elles soient verbales ou visuelles (Vallat-

Azouvi & Chardin-Lafont, 2012). La personne fait face à des difficultés d'apprentissages qui sont principalement dues à des problèmes d'encodages et de récupérations d'informations.

A propos de la mémoire prospective, celle-ci est définie comme étant la mémoire des intentions différées. En effet, elle permet « la mémorisation et la remémoration programmée de ces intentions » (Lecouvey et al., 2015). Cette mémoire fait référence aux situations présentes dans lesquelles la personne doit se souvenir pour réaliser une action qui se déroulera dans le futur (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).

Les personnes TCC, ont également des troubles dysexécutif caractérisés par des troubles comportementaux et des troubles cognitifs (Azouvi, et al., 2019). Les fonctions exécutives font parties des fonctions cognitives qui « jouent un rôle important dans le contrôle et la coordination des processus cognitifs » (Fasotti & Spikman, 2004). Elles sont caractérisées comme étant « un ensemble de processus cognitifs dont le rôle principal est de faciliter l'adaptation du sujet aux situations nouvelles et/ou complexes, en particulier lorsque les habiletés cognitives sur-apprises ne sont plus suffisantes » (Collette & Salmon, 2014). Ces fonctions sont mises en avant dans le raisonnement, dans la formulation d'objectifs, dans le déroulement des actions et dans les comportements dirigés vers un but (Cohadon et al., 2008). Ces fonctions sont composées de différentes capacités à savoir : la planification, le raisonnement, l'inhibition, la flexibilité mentale et la capacité de jugement. Toutes ses composantes font appel à notre mémoire de travail (Picq & Pradat-Diehl, 2012). Les personnes atteintes de troubles dysexécutifs vont rencontrer des difficultés dans la planification de l'action, dans la résolution de problème, une incapacité à prendre des initiatives et de s'adapter à la nouveauté. Ces troubles peuvent se manifester par une incapacité à prendre des initiatives, à s'organiser, à planifier une action et s'adapter à la nouveauté pouvant amener à des comportements impulsifs, à une désinhibition ou à l'inverse à une baisse de motivation (Azouvi et al., 2019). Ainsi, les troubles cognitifs tels que les troubles mnésiques, attentionnelles les troubles des fonctions exécutives s'accompagnent de changements dans le caractère et dans le comportement de la personne (Azouvi et al., 2019). Les troubles dysexécutifs représentent une des principales causes d'invalidité chez les personnes avec un TCC sévère puisqu'ils constituent un des obstacles majeurs à l'insertion sociale et professionnelle (Fasotti & Spikman, 2004).

Comme exprimé précédemment, les personnes avec un traumatisme craniocérébral présentent des modifications du comportement et de l'expression émotionnelle. Les troubles

les plus fréquents concernent selon (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012) « l'irritabilité, la mauvaise humeur, la fatigue, la dépression, la labilité émotionnelle, l'anxiété et des accès de violence ».

Les troubles comportementaux comme la désinhibition, l'impulsivité, l'irritabilité, l'agitation psychomotrice et l'agressivité se définissent par « des manifestations en lien avec l'hyperactivité globale et le manque de contrôle émotionnel » (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012).

- L'agitation : a été définie comme un « excès d'au moins un comportement survenant durant la phase d'altération de la conscience ». Il s'agit plutôt d'une agitation motrice (SOFMER, s. d.)
- L'agressivité : Le DSM-IV définit le diagnostic comme un « changement de personnalité de cause médicale générale avec différents sous-types selon le type de comportement hostile » (SOFMER, s. d.) Cette agressivité est dirigée contre des objets, contre soi-même ou contre les autres. De plus, L'agressivité comprend aussi l'irritabilité sévère, le comportement violent, hostile, les attaques et la perte de l'autocontrôle.
- L'irritabilité peut être définie comme une « réactivité excessive avec accès de colère non justifié » (SOFMER, s. d.). Celle-ci peut se manifester par une colère qui persiste, répondre à des situations avec des accès de colère en accusant par exemple les autres d'être responsable.

A l'inverse, l'apathie, la réduction de la prise d'initiative, la baisse de motivation sont dues à un manque d'activation et se manifestent par des troubles des conduites sociales et des stéréotypies comportementales (Vallat-Azouvi & Chardin-Lafont, 2012). En effet, l'apathie est caractérisée par une perte de motivation lorsqu'il s'agit d'une action orientée vers un but. La personne apathique présente un dysfonctionnement émotionnel et motivationnel qui se traduit par un isolement social, une perte de motivation, une anhédonie et une pauvreté du discours (SOFMER, s. d.). L'apathie est caractérisée comme une « perte ou diminution de la motivation caractérisée par trois types de symptômes (diminution des comportements intentionnels, diminution de la cognition orientée vers un but, diminution des aspects émotionnels du comportement orienté vers un but) » (Marin 1991, cité par SOFMER, s.d).

De plus, chez la personne ayant subi un TCC, les troubles anosognosiques peuvent également être présents. Il s'agit « d'une altération de la capacité à reconnaître la présence ou à apprécier la sévérité des déficits tant dans le fonctionnement sensoriel, moteur, affectif que cognitif » (Stirati-Buron et al., 2008). La personne anosognosique va se retrouver en difficultés pour réaliser les activités de vie quotidienne et sera très souvent en opposition avec l'équipe soignante. Le patient n'a pas conscience de ces difficultés, de sa situation actuelle, il ne possède pas de « stratégies de compensations ni d'anticipation de ses déficits » (Stirati-Buron et al., 2008). Il peut ainsi se mettre en danger rejetant toute aide.

- Troubles physiques :

Une personne ayant subi un traumatisme craniocérébral peut également présenter des troubles moteurs entraînant des déficiences motrices pouvant persister dans le temps. En effet, ces personnes peuvent être atteintes d'une hémiplégie ou d'une tétraplégie, d'un trouble de la coordination des mouvements, qu'on nomme « ataxie », d'une diminution de la vitesse d'exécution, d'une perte de la dextérité manuelle (Lezak et al. 2012, cité par Ronald & Lecomte, 2015). Ces personnes peuvent également présenter un polytraumatisme, avec notamment des blessures médullaires ou des lésions viscérales et orthopédiques associées (Bayen et al., 2012). Ces troubles peuvent être tout aussi importants que les autres troubles associés, mais ne seront pas développés davantage ici, puisque les troubles cognitivo-comportementaux sont les symptômes principaux du TCC et constituent une gêne très invalidante pour le patient et son entourage (Bayen et al., 2012).

Les auteurs mentionnés ci-dessus, concluent que les séquelles cognitives, comportementales et physiques peuvent affecter la réalisation des activités de la vie quotidienne. Ainsi, pour prendre en compte tous les aspects qu'entraîne un TCC, un suivi et un accompagnement multidisciplinaire sont nécessaires.

4. Le parcours de soin de la personne TCC

(Cohadon et al., 2008) identifient quatre phases durant le parcours de soin de la personne avec un TCC : la phase d'éveil et de reprise de conscience, la phase rééducative, la phase réadaptative et la phase de réinsertion

- Phase d'éveil et reprise de conscience

Cette phase débute lorsque le patient est hospitalisé à la suite de son accident, dans un service de soins aigus en réanimation. Le patient est plongé dans le coma. L'étape suivante concerne le passage du coma à l'éveil, se manifestant par l'ouverture des yeux de la personne. On entre alors dans la phase d'éveil et de reprise de conscience. Pour cette étape il existe des unités de réveil spécialisées ou bien des Services de Rééducation Post-Réanimation (SRPR). La sortie de la phase du coma est généralement suivie d'une phase de confusion, appelée amnésie post traumatique (Bayen et al., 2012). Cette amnésie peut provoquer une agitation psychomotrice, une désorientation spatio-temporelle, et des troubles mnésiques pouvant amener à une situation angoissante pour le patient (Bayen et al., 2012).

- Phase rééducative

Cette phase est consacrée à la rééducation. Cette étape est dédiée à la prise en soin globale des déficiences du patient par une équipe multidisciplinaire spécialisée (médecins en médecine physique et de réadaptation, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des psychologues et des travailleurs sociaux), dans un service de Soins Médicaux et de Réadaptation (Pradat-Diehl et al., 2012).

- Phase réadaptative

Lorsque l'état du patient est reconnu comme étant stabilisé, on entre alors dans une phase réadaptative. Malgré la rééducation, certains patients gardent des séquelles qui limitent ou empêchent leur participation dans leurs occupations. Ainsi, une adaptation est donc nécessaire. Au commencement de cette phase, les patients peuvent traverser une « crise psychologique » c'est-à-dire que le patient et la famille n'acceptent pas toujours cette réalité souvent trop violente. Cette crise peut même aboutir à une rupture avec l'équipe soignante (Cohadon et al., 2008). C'est dans cette phase, qu'il est question d'acceptation et de restauration d'une identité.

- Phase de réinsertion

Enfin pour la dernière phase, celle de la réinsertion, le patient se dirige vers une sortie du centre de rééducation, « cela implique un éloignement progressif avant la sortie définitive du centre de rééducation » (Cohadon et al., 2008). Cette transition se déroule soit dans des établissements de SMR dans des hôpitaux de jour, soit dans les domaines des services

médico-sociaux (Pradat-Diehl et al., 2012). Plusieurs structures peuvent accueillir des patients pour leur projet professionnel ou personnel. En effet, le réseau UEROS par exemple est une Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle qui est destinée aux personnes avec une lésion cérébrale acquise. Cette unité a pour objectif d'accompagner la personne dans son projet de vie et de favoriser la réinsertion professionnelle et sociale (Cohadon et al., 2008). En complément de l'UEROS, d'autres structures intermédiaires peuvent être proposées, notamment les appartements thérapeutiques, des Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) sont d'autres alternatives pour accompagner et aider le patient dans sa vie quotidienne.

Néanmoins, chez certains patients les séquelles sont trop importantes, et empêchent le retour à domicile et la réinsertion professionnelle. Des institutions telles que les Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS), les foyers de vie ou les foyers occupationnels peuvent être des alternatives pour prendre en soin ces personnes.

Au cours de son parcours de soin, la personne doit également faire face à sa nouvelle réalité et être confrontée à l'annonce de son diagnostic. Il est ainsi crucial de considérer l'impact émotionnel et psychologique que cela peut engendrer.

5. Annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic d'une maladie ou d'une pathologie grave est un évènement traumatique pour le patient, car cela « confronte le sujet à une information qui est tellement violente, tellement insupportable, que le patient ne peut dans l'immédiat, la traduire » (Romano, 2010). Après l'annonce de la maladie, la personne voit sa vie s'effondrer. Elle est plongée dans une phase de deuil et se retrouve alors dans une rupture biographique. L'accident est un point de rupture qui vient perturber la vie quotidienne de la personne et mettre en suspens sa vie. Le sujet se retrouve ainsi confronté à un vide qui peut apparaître sous différentes formes : « pertes de sens, désorientation, déstabilisation, disparition du temps familial » (du Breil de Pontbriand & Brugailière, 2019). De ce fait, la personne doit faire le deuil de sa vie passée pour accepter ses difficultés et les changements que cela entraîne. En effet, après un accident, la personne voit sa vie bouleversée. Ses rôles sociaux, ses habitudes de vie, son environnement vont ainsi être modifiés. La personne traumatisée crânienne va devoir faire face à cette nouvelle réalité et ainsi faire le deuil de cette vie avant l'accident. « L'émergence d'un handicap oblige la personne atteinte à faire le deuil de sa vie

passée pour réussir à construire son futur avec les contraintes liées à sa nouvelle situation » (Etheve, 2019). La psychiatre Kübler-Ross a élaboré la théorie du deuil. Le patient devra alors passer par ces 5 phases du processus de deuil :

- La première phase est celle du déni : La personne en situation de handicap va dans un premier temps refuser cette nouvelle réalité. Le déni, est « un mécanisme de défense qui permet à la personne de faire face à cette nouvelle insurmontable » (Kübler-Ross, cité par Etheve, 2019).
- La deuxième phase est celle de la colère : La personne va le vivre comme une injustice et va ressentir de la rage, de la colère face à cette situation. Cette phase peut être longue si la personne recherche un coupable à la survenue de son handicap.
- La troisième phase est celle de la négociation : Dans cette étape, la personne va éprouver de l'espoir d'un retour à son état de santé antérieur. Pour cela, elle va se montrer rigoureuse quant au suivi de prise en soin par exemple.
- La quatrième phase est celle de la dépression : La personne commence à prendre conscience de son état et la plonge dans un état de profonde tristesse. Cette phase de renoncement est essentielle au processus de deuil.
- La dernière phase est celle de l'acceptation : La personne accepte sa nouvelle situation et abandonne la perte de son état de santé antérieure. Il s'agit d'une étape de reconstruction et d'élaboration de nouveaux projets.

Le processus de deuil est alors essentiel afin d'acquérir une nouvelle identité et retrouver un sentiment d'autonomie et de satisfaction.

II. Identité occupationnelle

1. Occupation

L'occupation est un concept central en ergothérapie. En effet, l'occupation provient des sciences de l'occupation visant à renforcer la pratique ergothérapique (Pierce, 2016). On définit l'occupation comme étant « l'ensemble d'activité et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure et une signification » (Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 2002). Meyer (2013), définit l'occupation comme étant « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la

participation à la société ». A travers, les occupations, l'individu développe ses habiletés, ses connaissances et ses compétences et confèrent des identités sociales et personnelles à chaque individu (Meyer, 2013). Les occupations englobent les activités de ce que les personnes sont dans l'obligation de faire en plus de ce qu'ils veulent ou ont besoin de faire (Wilcock, 2006, cité par Meyer, 2013). Pierce (2016), rajoute que l'occupation est une « Expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas ». En effet, une occupation est un événement qui se déroule dans des circonstances spatiotemporelles et socioculturelles précises.

On identifie trois domaines de l'occupation :

- Les soins personnels : il s'agit de tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle, de son corps et de sa santé.
- La productivité : « fait référence aux activités, rémunérées ou non, visant à rendre un service ou à créer des biens, des savoirs » (Morel-Bracq, Margot-Cattin, et al., 2017).
- Les loisirs : « correspondent aux activités librement entreprises pour notre propre plaisir » (Morel-Bracq, Margot-Cattin, et al., 2017).

Selon Kielhofner (2002, cité par Unruh, 2004), l'être humain est un être occupationnel, c'est-à-dire que l'occupation a une place essentielle dans le développement de la personne. En effet « c'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont » (Morel-Bracq et al., 2017). De ce fait, l'occupation va prendre une place importante dans la construction d'une identité.

2. Identité occupationnelle

Christiansen (1999, cité par Unruh, 2004) a été le premier à introduire le lien entre l'occupation et l'identité d'un individu. Il souligne, que l'identité est liée à nos actions, à ce que nous faisons dans un contexte social, en relations avec les autres. Des limitations occupationnelles peuvent ainsi restreindre la façon dont on se perçoit et dont on gère son identité sociale.

L'identité occupationnelle est définie selon Unruh (2004) comme « l'expression des aspects physiques, affectifs, cognitifs et spirituels d'une personne, en interaction avec les

dimensions sociales, culturelles, institutionnelles et politiques de son environnement et à travers ses activités de soins personnels, de productivité et de loisirs [traduction libre] »¹ (Unruh, 2004). De plus, l'identité est liée « à la perception de soi qui englobe les aspects personnels propres à un individu et les aspects sociaux acquis par l'engagement dans la société » (Hansson et al., 2022). L'identité occupationnelle se façonne à travers nos expériences et nos choix de vie ainsi que par notre environnement. L'accumulation de nos expériences vécues dans diverses occupations crée une identité occupationnelle et une compétence occupationnelle afin de permettre à ce que la personne puisse s'adapter dans le futur lors de ses nouvelles occupations (Morel-Bracq, Margot-Cattin, et al., 2017).

L'engagement dans des occupations qui sont significatives pour la personne semble générer une vie pleine de sens mais aussi une identité valorisante (Unruh, 2004). La construction de l'identité occupationnelle se construit à travers nos expériences positives et négatives du passé qui viennent influencer le sentiment actuel « de soi ou d'être ». « Le sens du passé et du présent est lié à l'être, à l'action ou au devenir futur » (Hansson et al., 2022).

Des expériences de vie peuvent modifier l'identité occupationnelle. En effet, c'est le cas pour une personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, ce changement d'état peut bouleverser la capacité et le désir de participer à certaines occupations et notamment celles qui sont essentielles et qui viennent soutenir l'identité (Unruh, 2004). De ce fait, en faisant le lien avec la personne qui a subi un TCC, les troubles cognitifs (troubles mnésiques, troubles des fonctions exécutives et attentionnels...), les troubles comportementaux (passivité, fatigabilité, agressivité, apathie...) et les troubles physiques (moteur, auditifs et visuels) vont influencer l'engagement dans les occupations. Puisqu'en effet, la personne peut se retrouver en difficultés pour effectuer ses activités, ses relations sociales peuvent se retrouver impactés, pouvant engendrer une perte de motivation et provoquer un déséquilibre occupationnel. Ainsi, la reconstruction d'une identité occupationnelle peut ne pas être possible sans faire le deuil de ce qui a été perdu ou changé (Hansson et al., 2022).

¹ Citation originale : "the expression of the physical, affective, cognitive and spiritual aspects of human nature, in an interaction with the institutional, social, cultural and political dimensions of the environment, across the time and space of a person's life span, through the occupations of self-care, productivity and leisure» (Unruh, A. M. 2004).

Le terme d'identité occupationnelle éclaire une dimension spécifique de l'identité. En effet, l'identité est un concept multidimensionnel défini comme « la façon dont l'être humain construit son rapport personnel avec l'environnement » (Dorais, 2004). Selon cet auteur, l'identité fait référence à la manière dont une personne se perçoit elle-même ainsi qu'à la façon dont elle est perçue par les autres (Dorais, 2004). D'après cet auteur, elle englobe les caractéristiques personnelles, les croyances les valeurs et les expériences évoluant constamment tout au long de la vie sous l'influence de la culture, le genre, l'ethnicité, la religion et les interactions sociales (Dorais, 2004). D'autre part, l'identité occupationnelle renforce le concept d'identité à travers les occupations, en contribuant à la manière dont un individu se perçoit et est perçu dans la société. Cela inclut toutes les activités qu'un individu effectue dans un environnement donné et ses rôles rattachés au sein de la société.

La construction de l'identité occupationnelle est intimement liée à nos expériences passées, influençant notre perception de nous-mêmes et de notre avenir, comme le souligne Hansson et al. (2022). Ces changements causés par les troubles peuvent compromettre l'équilibre occupationnel ayant ainsi un impact sur le bien-être et la qualité de vie des individus.

3. Équilibre et déséquilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel est défini comme étant une répartition harmonieuse entre les différentes occupations et présentant des caractéristiques différentes (Wagman et al., 2012). Il s'agit d'un juste équilibre entre les activités productives, de loisirs et de soins personnels. L'équilibre occupationnel est un système dynamique et transitoire, c'est-à-dire qu'il évolue, change en permanence selon des moments et des étapes de la vie. En effet, cet équilibre peut changer au fur et à mesure de la vie puisque les rôles, les envies, les priorités d'une personne peuvent changer (Rousset, 2023). Il est ainsi fait de déséquilibres qui sont plus ou moins importants auxquels on réajuste constamment (Rousset, 2023). Il est également individuel et subjectif. Un juste équilibre occupationnel est essentiel au bien-être, à la stabilité et à la qualité de vie. Cela procure un sentiment de fierté, d'accomplissement et de satisfaction (Yazdani et al., 2018). Cette harmonie entre les différentes occupations se construit par l'interaction entre des éléments internes (liés à la personne) et des éléments externes, qui concerne l'éducation, la culture et la société. L'équilibre occupationnel « offre une variété d'expérience en participant à différentes occupations, ce qui peut élargir le sens de soi et de l'identité, ainsi que les compétences

potentielles dans différentes occupations » (Yazdani et al., 2018). Il rajoute que le bon équilibre « consiste à avoir des rôles qui sont significatifs dans lequel vous vous sentez valorisé, des activités qui vous procurent du plaisir, des aspects de votre vie qui vous maintiennent dans un sentiment de bien-être » (Yazdani et al., 2018).

Cependant, au cours de la vie, une personne peut subir des changements occupationnels à travers différents événements de sa vie entraînant une modification dans ses occupations (Yazdani et al., 2018). Les séquelles de l'accident modifient le mode de vie de la personne et impactent l'ensemble des sphères de la vie, tant au niveau professionnel, social, économique, physique et psychologique. Les aspects personnels de l'individu, tels que ses valeurs et ses rôles, vont également être affectés et les occupations seront amenées à être réévaluées. Plusieurs facteurs vont venir impacter l'équilibre occupationnel. Tout d'abord, au cours de la vie, l'environnement qu'il soit humain, physique et institutionnel peut changer et exercer une influence sur les occupations. Ensuite, les capacités physiques, sensorielles, cognitives et comportementales, ainsi que les croyances, les connaissances, les valeurs et les intérêts vont également changer et entraîner des modifications de l'équilibre occupationnel (Rousset, 2023). Ainsi, certaines occupations peuvent prendre un sens différent au fil du temps. Par exemple, pour une personne ayant subi un traumatisme craniocérébral, une occupation qui faisait sens avant l'accident peut prendre un sens moins fort dans sa vie après l'accident, puisque ses priorités, ses rôles ou bien ses aspirations personnelles peuvent ainsi être modifié depuis l'accident (Yazdani et al., 2018). Le déséquilibre occupationnel a un impact négatif sur la qualité de vie et le bien-être de la personne. Ce déséquilibre « entraîne une absence de structure dans la vie, un sentiment de stress, de fatigue d'épuisement et de déchirement » (Yazdani et al., 2018). Avant l'accident, cette personne, avait des occupations, des rôles sociaux, des habitudes de vie. L'accident vient perturber cet équilibre occupationnel et notamment interrompre la projection d'un futur, modifier ses occupations, ses rôles, ses envies et le désir d'y participer (De Jouvencel & Zurbach-Renaudin, 2014).

4. Engagement occupationnel

Le terme d'engagement occupationnel est apparu pour la première fois dans les textes de Wilcock (1993, cité par Black et al., 2019), il le définit comme « au-delà de la performance occupationnelle au sens physique, incluant l'engagement dans les

occupations au niveau mental et spirituel [traduction libre]) »². De plus, Kielhofner (2002, cité par Black et al., 2019) caractérise l'engagement occupationnel comme étant ce qu'un individu agit, pense, ressent dans les situation occupationnelles. Il rajoute, que la volonté, l'habituatation et les capacités de performance sont toutes impliqués dans l'engagement (Kielhofner, 2002 cité par Black et al., 2019). De plus, Meyer (2013) l'a défini comme étant le « sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Cadre Conceptuel Terminologie de ENOTHE, cité dans Meyer, 2013, p.15).

Cependant, dans la littérature, le concept d'engagement occupationnel est difficile à déterminer puisque les composantes nécessaires à l'engagement occupationnel diffèrent selon les définitions. Selon une étude exploratoire, la littérature a révélé six thèmes principaux pour spécifier l'engagement occupationnel (Black et al., 2019). Tout d'abord, l'implication active dans l'occupation est essentielle à l'exécution d'une activité. Les aspects physiques sont principalement mis en jeu dans ce thème. Ensuite, la notion de sens, de valeur dans une occupation est nécessaire pour s'engager, participer à des occupations. A travers la participation dans des activités significatives, l'individu va éprouver un sentiment positif et du sens dans l'exécution de celle-ci. Il va ainsi vouloir le reproduire. L'engagement occupationnel est un moyen pour construire une « vie significative » (Black et al., 2019). De plus, les composantes subjectives de l'engagement ont également été cités. En effet, les expériences subjectives (aspects psychologiques, cognitifs et émotionnels) seraient liées à l'implication dans une occupation. Le contexte social et environnemental va également venir influencer la participation dans l'occupation. L'engagement occupationnel implique la capacité d'interagir avec autrui. Le terme « d'engagement équilibré » a également été décrit. Il s'agit d'avoir un équilibre entre toutes nos occupations que ce soient nos activités professionnelles, de repos ou de loisir. Enfin, le dernier critère c'est que l'engagement occupationnel vient aider au développement de l'identité par l'occupation. Il a la capacité d'influencer ou de créer une identité et ainsi procurer le maintien de sentiment de soi au fil du temps (Black et al., 2019). Tous ces critères vont être des facteurs pour favoriser l'engagement occupationnel.

² Citation originale : "as beyond the performance of occupations in a physical sense, including engagement in occupation at a mental and spiritual level »

De ce fait, la personne traumatisée crânienne va éprouver des difficultés à s'engager dans certaines occupations. En effet, l'engagement occupationnel peut être entravé par des troubles cognitifs, comportementaux, physique ou bien même l'environnement physique et sociale. En effet, pour effectuer une activité, il faut que la personne soit capable de faire appel à ses fonctions cognitives, à ses capacités physiques et qu'elle ressente également l'envie et le besoin de le faire. L'environnement physique et social, peuvent également être un frein dans la participation dans les activités. L'engagement dans les occupations contribue au bien-être et à un épanouissement (Pierce, 2016).

III. L'accompagnement de l'ergothérapeute

1. L'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel paramédical visant à prévenir et à réduire les situation de handicap d'une personne. « Il fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ». L'ergothérapeute peut travailler dans les champs sanitaires, médico-social et social (Association Nationale Française d'Ergothérapie, 2022).

De plus, il est également considéré comme un « spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. ». (ANFE, 2022).

L'ergothérapeute se base sur plusieurs méthodes de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation ainsi que de réinsertion professionnelle visant à développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne, tout en réduisant et en compensant les altérations et les limitations de l'activité (ANFE, 2013).

L'ergothérapeute utilise des modèles conceptuels pour diriger, structurer sa pensée et son fil conducteur lors de sa prise en soin auprès de ses patients. Pour ce travail de recherche, j'ai décidé d'utiliser le Modèle de l'Occupation Humaine, destinée aux ergothérapeutes.

2. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le MOH est un modèle conceptuel ergothérapique crée par Gary Kielhofner dans les années 1980. Il s'agit d'un modèle systémique, puisqu'il représente l'être humain comme

un système en interaction avec son environnement. Ce modèle est centré sur la personne et sur l'occupation. Il se divise 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 » (Morel-Bracq, Margot-Cattin, et al., 2017).

L'Être regroupe :

- La volition : C'est ce qui constitue les caractéristiques de la personne, c'est-à-dire, ses valeurs, ses intérêts et sa causalité personnelle. Cela, représente le contenu de nos sentiments, de nos pensées, de nos décisions concernant notre engagement dans l'activité. Pour Kielhofner, « la volition est le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité ». En effet, l'individu s'engage dans une occupation parce qu'elle nous donne du sens, parce qu'elle est importante. La personne va réitérer l'expérience et ainsi avoir une motivation à agir (Morel-Bracq, Margot-Cattin, et al., 2017).
- L'habituatation est constituée par les habitudes et par les rôles liés à la société et à la culture de la personne (Morel-Bracq, 2009). Une grande partie de notre vie quotidienne s'organise en une routine de vie. Le processus d'habituatation va permettre d'organiser la vie quotidienne, de répéter des comportements et de réaliser les occupations de façon automatique.
- Les capacités de rendement occupationnel représentent les aptitudes et les expériences personnelles subjective du corps. Il s'agit en effet, de la manière dont l'être humain ressent son corps : « ces aptitudes objectivables sont vécues, éprouvées, ressenties par la personne elle-même : c'est l'expérience subjective du corps » ((Morel-Bracq, Margot-Cattin, et al., 2017).

Les composantes de la personne (volition, habituatation, capacités de rendement) sont en interactions avec l'environnement. En effet, « l'environnement offre à la personne des opportunités, des ressources ainsi que des demandes, des exigences et des contraintes qui influencent sa participation » (Morel-Bracq et al., 2017). L'environnement peut donc être favorable ou défavorable à la personne dans la réalisation de ses activités. De plus, en agissant, la personne interagit avec l'environnement. Celui-ci vient influencer la participation

occupationnelle en offrant des opportunités et des ressources mais également en créant des conditions contraignantes et exigeantes pour la personne (Morel-Bracq, 2009).

L'Agir est lui aussi défini selon trois niveaux : la participation, la performance et les habiletés. Cela correspond à l'engagement et à l'implication de la personne dans ces différentes occupations ayant une signification personnelle et sociale. La performance occupationnelle c'est le fait de réaliser un ensemble de tâche pour venir soutenir la participation occupationnelle. Et enfin, les habiletés, ce sont les actions qu'une personne met en œuvre lorsqu'elle réalise une tâche. Elles sont dirigées vers un but et sont des actions observables et évaluables. Le Devenir correspond quant à lui, au résultat, à l'aboutissement de l'Etre et de l'Agir. Tout au long de sa vie, la personne agit et réalise une variété d'occupations dans des environnements différents permettant au patient de construire sa propre identité occupationnelle et ses propres compétences occupationnelles et ainsi contribuer à une adaptation future à de nouvelles occupations. (Morel-Bracq et al., 2017).

Les objectifs principaux de ce modèle sont : « d'accompagner la personne dans son processus de changement du fait des altérations, visant une réorganisation complexe de façon simultanée et en résonance, de la volition, de l'habituatation, des capacités de rendement et des conditions environnementales ». (Morel-Bracq, 2009).

3. Les moyens d'actions de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute dispose de plusieurs moyens thérapeutique pour prendre en soin ces personnes. Dans un premier temps, il réalise une évaluation initiale pour recueillir toutes les informations nécessaire à l'élaboration des objectifs de prise en soin et du projet d'intervention (Morel-Bracq & Caire, 2012). Cela inclue des entretiens, des observations et des tests standardisés (Leroux, 2014). L'ergothérapeute propose également des mises en situation réelles dites écologiques comme évaluation permettant à la personne de réaliser son activité dans son milieu environnant (Leroux, 2014). En effet, selon l'auteure, « l'environnement a un impact sur la performance de l'activité » (Leroux, 2014). Les mises en situation écologiques permettent de prendre en considération pleins de paramètres tels que les fonctions exécutives, le comportement de la personne, sa gestion des imprévus et sa capacité à interagir avec son environnement (Leroux, 2014). Selon elle, les incapacités et les restrictions de participation de la personne avec un TCC ne pourront être objectivées

qu'à l'aide de mises en situation d'activités de la vie quotidienne (Leroux, 2014). De plus, cette démarche favorisera l'identification des éléments qui facilitent ou entravent la réalisation de l'action (Caire et al., 2012). L'ergothérapeute a ainsi comme objectif « d'identifier les obstacles limitant leur participation dans des occupations et évaluons les processus permettant de soutenir leur engagement » (Pierce, 2016). A la suite des évaluations, l'ergothérapeute préconisera si nécessaire des compensations matérielles ou d'aide humaine en tenant compte des capacités, des aptitudes de la personne et de son projet de vie (Leroux, 2014). Cette étape d'évaluation permet à l'ergothérapeute de choisir des moyens appropriés pour la suite de l'intervention.

En ergothérapie, l'activité est souvent utilisée comme un moyen thérapeutique. Selon Sorita, (2016), la dimension thérapeutique fait référence à des interventions visant à recourir à l'activité pour réduire ou atténuer l'impact des troubles. L'objectif de ce moyen c'est : « d'améliorer le fonctionnement des personnes sans se préoccuper forcément de la façon dont ce travail sera transféré dans leur vie quotidienne ». De plus, le caractère significatif de l'activité est très peu pris en compte dans ce type d'intervention. Selon Kielhofner (2009, cité par Meyer, 2010), les activités ont pour rôle de réduire les différentes fonctions d'une personne (physiques, cognitives, émotionnelles) afin d'améliorer l'indépendance dans la réalisation des activités de vie quotidienne.

L'activité en ergothérapie, peut également être centrée sur les habitudes de vie de la personne visant à améliorer les performances de la personne dans sa vie quotidienne. Il s'agit des simulations de vie quotidienne permettant de mettre en situation la personne dans un milieu plutôt institutionnel (Leroux, 2014). Cette intervention se base sur « l'amélioration de la performance qui est recherchée plutôt que celle des phénomènes pathologiques sous-jacents » (Sorita, 2016). Ces séances peuvent cibler des activités telles que l'habillage, la toilette qui sont souvent menées en centre de rééducation fonctionnelle (Sorita, 2016). Cette approche accorde une plus grande importance à la signification de l'activité pour la personne.

L'utilisation des mises en situation peuvent également être utilisée comme moyen thérapeutique, visant à améliorer la performance plutôt que de se concentrer sur les déficits et les incapacités. Cela permet ainsi à l'ergothérapeute de rester centré sur les activités qui ont du sens pour la personne, favorisant ainsi sa participation et son engagement (Sorita, 2016).

Hypothèse :

Compte tenu de toutes les informations fournies sur l'impact du traumatisme craniocérébral sur la personne provoquant des changements importants dans sa vie. Ce traumatisme va provoquer une cassure et interrompre tout projet de vie. De plus, cette personne peut éprouver des difficultés à s'investir et à s'engager dans des occupations.

Tous ces éléments m'ont donc amené à formuler la question de recherche suivante :

« Comment l'ergothérapeute peut-il être un levier dans l'engagement occupationnel auprès d'adultes présentant un traumatisme craniocérébral vers une nouvelle identité occupationnelle ? »

Afin d'orienter mes recherches, l'hypothèse suivante a été émise :

- Dans le cadre d'une prise en soin auprès des personnes traumatisées crâniennes, les mises en situation par l'ergothérapeute favorisent l'engagement dans une reprise d'occupations.

Le cadre conceptuel désormais constitué de mes recherches documentaires tirées de livres et d'articles. Cela m'a permis d'enrichir mes connaissances théoriques sur le traumatisme craniocérébral ainsi que ma réflexion autour de ce thème. Il est maintenant essentiel de mener une enquête exploratoire afin de répondre à mon hypothèse et à ma question de recherche.

B. CADRE EXPERIMENTAL

I. Méthodologie et modalité de recherche

1. Objectifs de recherche

L'objectif principal de cette enquête est de répondre à ma problématique de recherche, plus précisément cette enquête vise également à :

- Explorer les moyens ergothérapeutiques pour favoriser l'engagement occupationnel
- Recueillir les outils d'évaluation, les objectifs et les moyens des ergothérapeutes pour accompagner les personnes traumatisées crâniennes dans leur engagement.
- Analyser les liens existants entre l'engagement occupationnel et la reconstruction de l'identité occupationnelle
- Connaitre l'opinion des ergothérapeutes concernant les mises en situation et leur apport dans leur prise en soin auprès de cette population.

2. Choix de la population

Pour mener cette enquête et pour identifier le public cible, je me suis inspirée de ma question de recherche et de mon hypothèse. Initialement, il aurait semblé pertinent de collecter des informations auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral, puisqu'elles sont directement concernées. Cependant, à travers les lectures, il a été observé que les séquelles du traumatisme craniocérébral peuvent entraîner des troubles cognitifs, et que les personnes atteintes de lésions cérébrales acquises ne sont pas toujours conscientes de leurs troubles. Par conséquent, interroger directement ces personnes ne semble pas être une approche pertinente. De plus, depuis 2012, la loi Jardé exige que les recherches cliniques menées sur les populations de patients soient soumises et validées par la CNIL. De ce fait, il me semble plus judicieux d'interroger des ergothérapeutes prenant en soin des personnes ayant subies un traumatisme craniocérébral et qui ont de l'expérience avec cette population. Ainsi, je pourrais recueillir des informations sur leurs méthodes de travail, leurs pratiques et leurs interventions ergothérapeutiques auprès des TC. Cela, me permettra également de mieux comprendre comment les ergothérapeutes accompagnent ses personnes afin de favoriser leur engagement et leur participation dans les occupations en vue d'une reconstruction d'une identité occupationnelle.

Les critères d'inclusion sont :

- Être ergothérapeute diplômé d'état

- Exerçant ou ayant déjà exercé auprès d'adultes traumatisés crâniens (TC) depuis plus de 3 mois
- Travaillant dans des services :
 - Soins médicaux et de Réadaptation (SMR) ; Hôpital de Jour (HDJ) ; Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle (UEROS) ; Foyers de vie ; Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ; Maison d'accueil spécialisée (MAS)

Les critères de non-inclusions sont :

- Tout ergothérapeute exerçant auprès d'adultes traumatisés crâniens depuis moins de 3 mois.
- Toute personne exerçant dans des services de soins aigus :
 - Unités de réveil spécialisées ; Services de rééducation Post-Réanimation (SRPR)

J'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes venant de structures différentes afin de recueillir leurs expériences sur les différents moyens qu'ils mettent en place auprès des personnes traumatisées crâniennes pour encourager l'engagement dans les occupations en fonction du stade de prise en soin et de la structure où ils exercent (stade de rééducation, de réadaptation et de réinsertion) de la personne traumatisée crânienne. Le recrutement des ergothérapeutes s'est principalement fait par mail et par téléphone. J'ai recueilli les noms et les contacts des ergothérapeutes via les réseaux sociaux, LinkedIn et via des centres en Ile de France principalement.

3. Choix de l'outil d'enquête

L'objectif de mon enquête est d'explorer les moyens que les ergothérapeutes mettent en place pour favoriser l'engagement et la participation dans les occupations pour accompagner la personne dans une reconstruction d'une identité occupationnelle. Le sujet de cette recherche, m'amène à privilégier davantage une approche qualitative que quantitative afin d'explorer en profondeur des « expériences humaines, de découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire » (Tétreault, 2014). Les personnes avec un traumatisme craniocérébral sont confrontées à des difficultés complexes et variées, notamment dû aux séquelles qui y sont associées. De ce fait, tous les aspects de mon sujet ne peuvent pas être pleinement appréhendés à travers des données quantitatives. Les

données qualitatives permettent d'obtenir davantage d'informations et d'éléments. Afin de mener cette recherche et de recueillir les informations nécessaires, le focus groupe me semblait être un outil judicieux afin de « connaître l'opinion des personnes autour d'un thème, grâce à une discussion animée par un modérateur » (Tétreault, 2014). Le focus groupe permet de rassembler des personnes partageant des caractéristiques communes dans un même lieu afin d'encourager la discussion, les échanges d'idées et de confronter leurs points de vue entre eux. Cette méthode permet à l'ensemble des participants de s'exprimer librement sur leur intervention auprès des TC pour accompagner ses personnes à reprendre des occupations significatives. De plus, le focus groupe « permet d'obtenir une variété de sentiments, d'opinions, d'avis ou de perceptions de la part d'individus qui ont des points en commun. Il permet de mieux saisir les différentes perspectives et facilite la compréhension [...] » (Tétreault, 2014). En effet, le partage d'idées va permettre de créer un dynamisme dans les échanges et « de faire émerger de nouvelles idées et ouvre les horizons » (Tétreault, 2014). Cet outil ne permet pas d'avoir un consensus entre les participants mais de recueillir de la diversité dans les réponses proposées.

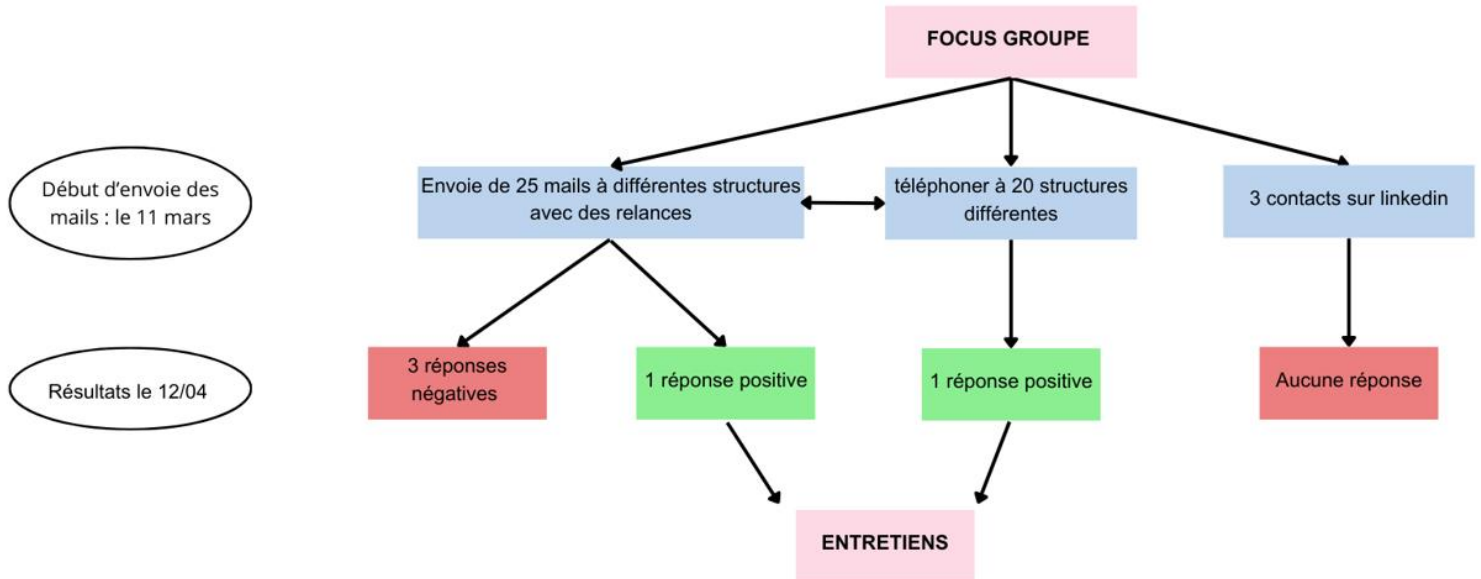
Pour cette recherche, il était envisagé d'avoir un groupe hétérogène entre quatre à six ergothérapeutes afin de favoriser l'interaction entre les différents ergothérapeutes et « permettre à chacun d'être à l'aise pour échanger » sur le thème (Tétreault, 2014).

J'avais comme objectif de réunir des ergothérapeutes venant de structures différentes afin de recueillir leurs expériences sur les différents moyens qu'ils mettent en place auprès des personnes traumatisées crâniennes pour encourager l'engagement dans les occupations en fonction du stade de prise en soin (stade de rééducation, de réadaptation et de réinsertion) de la personne traumatisée crânienne.

4. Réalisation de l'enquête

Cette enquête s'est déroulée de mi-mars à début mai. Le focus groupe devait se dérouler en présentiel fin mars-début avril dans une salle de travail réservée dans une bibliothèque pour garantir la neutralité. Ci-dessous, un schéma expliquant le processus de l'enquête

Figure 1 **Présentation des réponses obtenues pour le focus groupe**



Suite aux peu de retours obtenues, j'ai décidé d'utiliser les entretiens comme outil d'enquête pour répondre à mes objectifs d'enquête. L'entretien d'enquête est l'outil se rapprochant du focus groupe. En effet, les entretiens me semblaient être une solution envisageable puisqu'ils sont généralement utilisés pour « approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne » (Tétreault, 2014). De plus, lors d'un entretien individuel, l'interaction entre l'intervieweur et l'interviewé est spontanée et dynamique. Cela permet de réagir instantanément aux réponses des professionnels, favorisant ainsi une compréhension plus approfondie. De plus, cette approche laisse suffisamment de place à un échange ouvert et fluide (Tétreault, 2014). Les entretiens semi-dirigés offrent la possibilité d'explorer en profondeur et d'analyser les liens existants entre l'engagement occupationnel et la reconstruction de l'identité occupationnelle. Les entretiens individuels permettent aux participants de partager leurs pensées et leurs expériences sans jugement, cela favorise l'authenticité et la spontanéité des réponses (Tétreault, 2014). Lors des entretiens individuels, l'intervieweur peut approfondir des sujets spécifiques et poser des questions de relance en fonction des réponses des participants. De plus, lors d'un entretien

individuel la personne n'est pas influencé par les opinions des autres participants, comme cela peut être le cas lors du focus groupe. Dans un entretien individuel, l'interaction entre l'interrogateur et l'interrogé est à la fois spontanée et dynamique. Cela permet de réagir rapidement aux réponses des professionnels, tout en laissant de la place à un discours libre. Pour ce faire, j'ai modifié mon guide d'animation de mon focus groupe pour l'adapter à mes entretiens.

5. Elaboration de l'outil d'enquête

L'anonymat des ergothérapeutes interviewés a été respectée et leur consentement à été demandé en amont de l'entretien. Avant le déroulé des entretiens, un formulaire écrit de consentement a été envoyé à chaque professionnels.

Pour répondre à mes objectifs de recherche, l'entretien s'est déroulé en plusieurs thèmes :

- Renseignements contextuels des ergothérapeutes
- Prise en soin en ergothérapie des personnes ayant subies un traumatisme cranio cérébral
- L'engagement occupationnel
- Les mises en situation
- Identité occupationnelle

J'ai réalisé un guide d'animation du focus groupe que j'ai ensuite adapté pour les entretiens. De ce fait, le guide d'entretien a été rédigé sous un format Word. Il a servi à structurer mes entretiens, notamment en fournissant une trame pour les thèmes à aborder. Le guide se présente sous forme de tableau où les questions sont organisées par thématique. Pour chaque question, des sous-questions ont été ajoutées afin d'approfondir et de compléter les réponses si nécessaire des ergothérapeutes interviewés. Toutefois, certaines questions ont été reformulées en fonction du discours de la personne interrogée.

6. Modalités d'analyse des entretiens

Les données de l'enregistrement ont été retranscrites intégralement de façon anonyme. Les traitements des données sont soumis au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) qui garantit la protection des données recueillies. Les données de l'enregistrement sont retranscrites intégralement de façon anonyme. L'entretien s'analyse, d'après (Braun & Clarke, 2006), selon six étapes nécessaires tel que : la familiarisation des données, la génération des codages, la recherches de thèmes, la relecture des thèmes, de définir et de nommer les thèmes et enfin la rédaction d'un support organisé qui viendra valider ou invalider mon hypothèse.

II. Présentation et Analyse des résultats

Les entretiens ont été réalisés et retranscrits. Ils sont au nombre de cinq. Je vais citer les ergothérapeutes sous l'anonymat : E1, E2, E3, E4 et E5

1. Renseignements contextuels des ergothérapeutes

Tableau 2 **Présentation contextuels des ergothérapeutes**

	Lieu d'exercice	Année d'obtention du diplôme	Formation complémentaire	Année d'expérience auprès des TC
Ergothérapeute 1 (E1)	A travaillé dans une MAS, un accueil de jour et un SAMSAH avec des adultes.	2006	DU réparation juridique du dommage corporel	7 ans
Ergothérapeute 2 (E2)	Un mi-temps en SMR neurologie et un mi-temps en SAMSAH neurologie depuis 2021	2009	Aucune formation en lien avec le TC mais a reçu une formation sur la méthode CO-OP	3 ans 1/5
Ergothérapeute 3 (E3)	Centre de rééducation fonctionnelle adulte (CRF)	2021	Formation au sein du CRF sur la conduite automobile, sur la spasticité dans le cadre du réseau TC/AVC Formée sur le modèle MCREO	3 ans
Ergothérapeute 4 (E4)	Mi-temps en centre d'accueil de jour et mi-temps en SAMSAH	2022	Formation sur la lésion cérébrale acquise	2 ans
Ergothérapeute 5 (E5)	Centre de rééducation fonctionnelle neurologique adulte (CRF)	2001	Formations sur les fonctions cognitives	18 ans

Les ergothérapeutes interrogées sont toutes des femmes diplômées de plus d'un an et exercent auprès de personnes ayant subies un traumatisme craniocérébral depuis plus de trois mois.

L'ensemble de ces ergothérapeutes, suivent des patients adultes de 18 ans jusqu'à 60 ans. Les cinq ergothérapeutes interrogées, exercent dans des milieux différents mais prennent en soin des patients dans une phase de réinsertion socio-professionnelle, qui se situe alors dans une phase subaiguë à chronique. Hormis **E2** qui travaille en mi-temps dans un SMR neurologique et prend en soin des patients dès la phase aiguë. **E3** et **E5** exercent dans un centre de rééducation fonctionnelle accueillant des personnes ayant un TCC. Or, contrairement à **E2**, les personnes sont prises en soin dans un lieu différent pour la phase aiguë. Puis, les personnes sont transférées dans leur centre de rééducation afin de préparer le retour à domicile. Généralement, ils arrivent à distance de l'accident. De plus, **E1** ne travaille plus depuis 2016 avec des personnes présentant un TCC. Les ergothérapeutes interrogées n'ont pas suivi de formation en lien spécifiquement avec la personne traumatisée crânienne. A l'exception d'une ergothérapeute (**E1**), qui a obtenu un diplôme universitaire sur la réparation juridique du dommage corporel. De plus, ce tableau met en évidence la diversité des ergothérapeutes interrogées notamment sur le nombre d'années d'expérience qui effectivement varient. En effet, certaines sont diplômées depuis une vingtaine d'année alors que d'autres ergothérapeutes ont 2 ans à 3 ans d'expérience.

2. Les bilans en ergothérapie

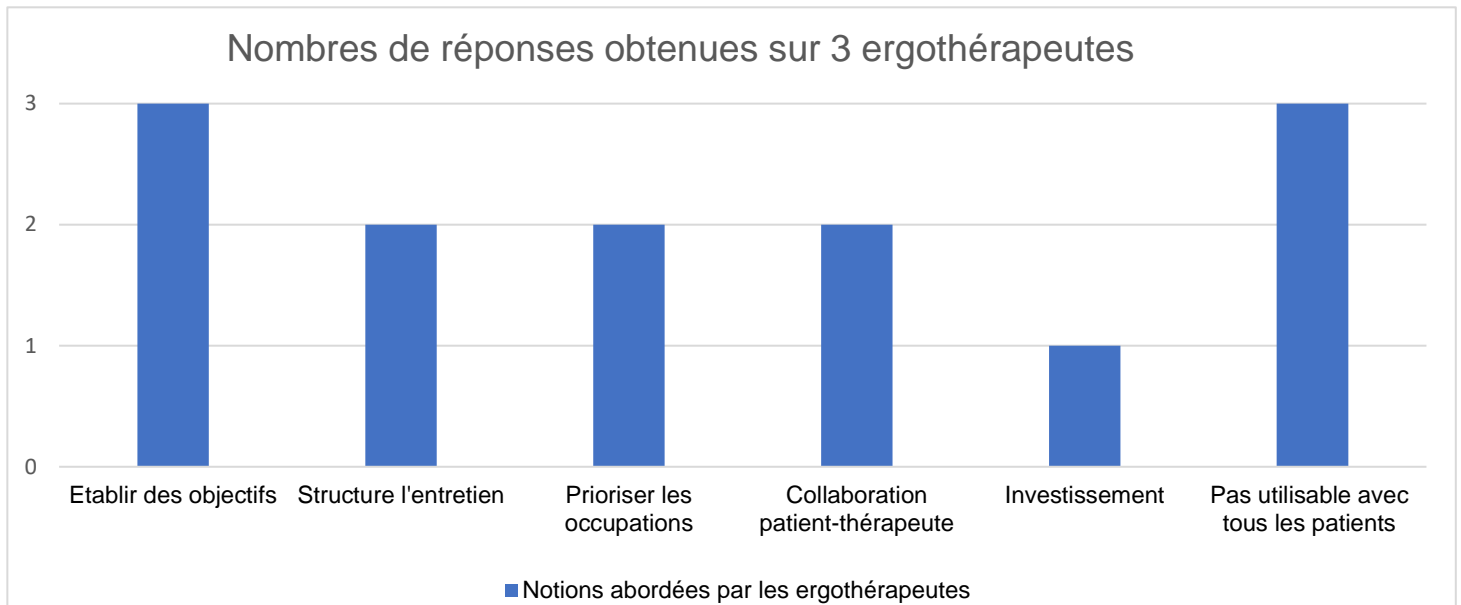
Tableau 3 **Synthèses des bilans cités par les ergothérapeutes**

	E1	E2	E3	E4	E5
Entretien					
Entretien MCRO					
Mises en situation					
Profil des activités de vie quotidienne					
Bilans fonctionnels					

D'après le tableau, nous remarquons, que toutes les ergothérapeutes interrogées effectuent en bilan initial des entretiens en début de prise en soin afin de recueillir un « *maximum d'informations sur les activités, les occupations, l'autonomie et les habitudes de vie* » (**E1**). De plus l'entretien permet selon elles, de recueillir des informations concernant les centres d'intérêts ainsi que les rôles de la personne. L'entretien permet de recueillir les informations nécessaires à l'ergothérapeute pour commencer sa prise en soin et établir une relation thérapeutique avec les personnes qu'elles accompagnent.

Parmi les cinq ergothérapeutes interrogées, trois utilisent un outil d'entrevue qui s'intitule la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Le tableau ci-dessous montrent les réponses obtenues auprès des 3 ergothérapeutes : **E2, E3 et E4**.

Figure 2 **Présentation des principales notions abordées par les ergothérapeutes sur l'utilisation de la MCRO**



E2, E3 et E4 intègrent la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel lors de leur phase d'évaluation. Lors de l'analyse des entretiens, sont ressorties six principaux aspects liés à l'utilisation de la MCRO. Tout d'abord, les 3 ergothérapeutes, sont d'accord pour dire, que cet outil permet la construction des objectifs avec le patient. Deuxièmement, 2 ergothérapeutes, ont mentionné que la MCRO contribue à structurer l'entretien et à aider les patients à prioriser leurs occupations en particulier grâce aux cotations. Selon les **ergothérapeutes 2 et 4**, cet outil favorise la collaboration entre le patient et le thérapeute. Et enfin, cela encourage également l'investissement du patient dans sa prise en soin, comme l'a souligné **E2**.

En revanche, les **3 ergothérapeutes**, mentionnent des limites concernant l'utilisation de la MCRO. En effet, elles estiment que cet outil n'est pas adapté à tous les patients, en particulier à ceux souffrant de troubles cognitifs graves. **E2** ajoute à cela que la MCRO ne peut être utilisée avec des patients dans une phase d'amnésie post-traumatique en raison d'une impossibilité d'échanger ou de communiquer efficacement.

Analyse : Dans la littérature, les personnes ayant subies un TCC, peuvent présenter en plus des troubles cognitifs, des troubles comportementaux et de l'anosognosie pouvant gêner l'utilisation de la MCRO. Puisqu'en effet, une personne qui présente de l'anosognosie ne va pas être consciente de ses difficultés et ne pourra pas exprimer ses envies et ses

objectifs. De même que pour une personne présentant des troubles comportementaux cela peut interférer sur la capacité de la personne à participer de manière active à l'entretien. De plus, chez les personnes ayant un TCC, la dépression et l'apathie peuvent être présentes, pouvant diminuer leur motivation et leur investissement lors de l'entretien de la MCRO.

Par ailleurs, **E1** et **E5** n'utilisent pas la MCRO lors de l'entretien initial. Cette différence de pratique pourrait être due à leur année d'obtention du diplôme, qui est différente de celle des trois autres ergothérapeutes. Cependant, **E2** utilise la MCRO, pourtant diplômée en 2009 avec trois à huit ans d'écart entre **E1** et **E5**. Or, elle exerce depuis 2021 avec les personnes ayant subies un traumatisme craniocérébral, se rapprochant de la pratique de **E3** et **E4**. De plus, elle exprime avoir récemment effectuée une formation sur l'utilisation de la MCRO.

Ensuite, l'ensemble des ergothérapeutes, utilisent des évaluations par le biais de mises en situation pour déterminer l'impact des troubles sur la vie quotidienne permettant de compléter l'entretien. En effet, selon les cinq ergothérapeutes, ces mises en situation, ciblent et révèlent les difficultés rencontrées par la personne lors de ses activités.

Analyse : Comme évoquée précédemment dans la littérature, les troubles cognitifs peuvent biaiser les informations recueillies lors de l'entretien. De ce fait, les mises en situation, permettent aux ergothérapeutes, de se rendre compte des capacités et des incapacités de la personne dans les activités.

Parmi les ergothérapeutes, seulement deux utilisent le profil des activités de la vie quotidienne. En effet, selon, **E2** et **E4**, cet outil leur permet d'élaborer des objectifs en complément des entretiens. Contrairement aux autres ergothérapeutes, cet outil est principalement utilisé au domicile de la personne. **E2** et **E4** l'utilisent lorsqu'elles interviennent au SAMSAH, directement au domicile de la personne.

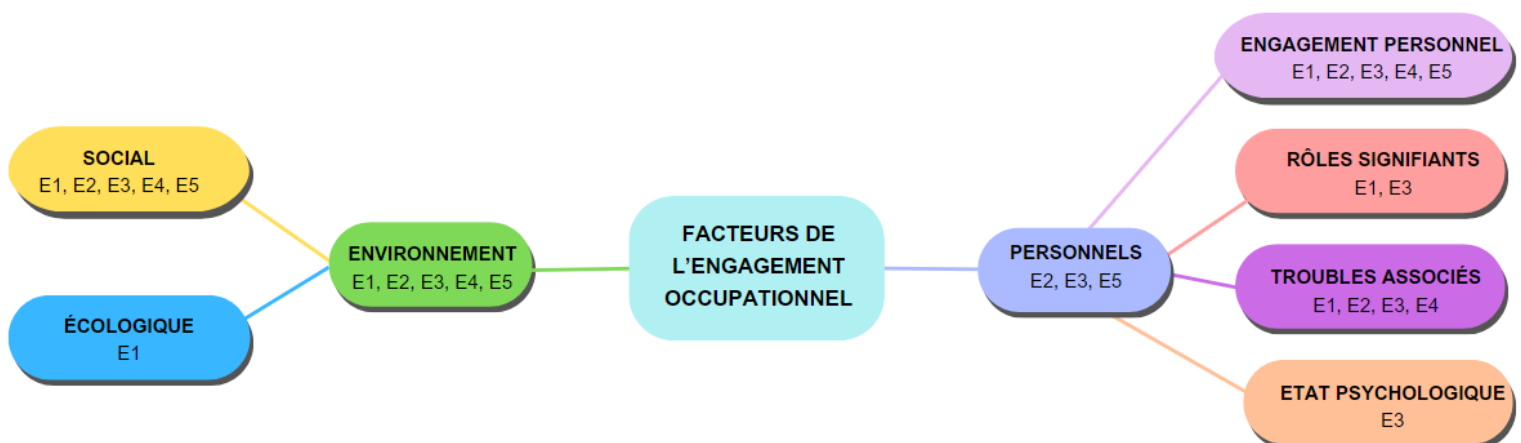
Analyse : Cela peut s'expliquer par un temps d'évaluation défini sur une période plus longue au SAMSAH que pour le SMR ou le centre d'accueil de jour. En effet, pour **E2**, la phase d'évaluation s'étend sur deux mois tandis que pour **E4** elle dure six mois. La prise en soin au SAMSAH est longue, pouvant durer jusqu'à cinq ans, avec des interventions à domicile et dans une phase chronique post-accident. En revanche, au SMR, la prise en soin

est plus courte, durant entre « 1 et 2 ans » en fonction des séquelles (E2), où l'ergothérapeute intervient généralement dans une phase aiguë à subaiguë.

Enfin, les bilans fonctionnels, sont réalisés par les ergothérapeutes lors de la rééducation des patients. Généralement ces bilans sont effectués en SMR et en CAJ. Ces bilans ne sont pas réalisés au SAMSAH, puisque nous pouvons penser que l'objectif de prise en soin est différent. En effet, en SMR et au CAJ nous tendons vers une prise en soin plutôt rééducative et réadaptative tandis qu'au SAMSAH, l'intervention des ergothérapeutes s'étend sur la durée dans l'objectif d'accompagner la personne dans l'insertion. Les personnes suivies par le SAMSAH, sont celles qui ont subi leur accident depuis un certain temps et présentent des séquelles pour lesquelles la rééducation ne serait plus envisageable.

3. La place de l'engagement occupationnel dans la prise en soin

Figure 3 Présentations des principales notions évoquées par les ergothérapeutes



Selon les ergothérapeutes interrogées, plusieurs facteurs peuvent influencer l'engagement occupationnel. En effet, avec l'ensemble des réponses des ergothérapeutes, nous pouvons identifier deux facteurs principaux qui influent sur l'engagement. Il s'agit des facteurs personnels et des facteurs environnementaux.

En ce qui concerne les facteurs personnels, elles identifient tout d'abord, que l'engagement, c'est propre à la personne. L'ensemble des ergothérapeutes relèvent des éléments pouvant être facilitateur comme obstacle à l'engagement tel que : l'« *investissement personnel*, l'« *implication intrinsèque* » ainsi que la « *motivation* » est primordiale pour qu'une personne

s'engage. **E5** explique que si la personne n'a pas envie de participer à une activité, « il ne se passe strictement rien » (**E5**). **E1** et **E3** relèvent également que les rôles signifiants sont importants pour la personne. En effet, **E1** emploie les termes de « *se sentir utile* », du fait que les « *occupations qui font sens, qui ont une valeur pour la personne* ». En effet, **E4** ajoute que si une personne « *n'est pas investie, qui n'est pas engagée, qui n'est pas acteur de son parcours, on arrête les accompagnements* » (**E4**).

Ensuite d'autres facteurs personnels sont à prendre en compte, notamment les troubles et les séquelles à la suite d'un traumatisme craniocérébral. En effet, l'ensemble des ergothérapeutes, hormis **E5**, identifient les troubles pouvant faire obstacle à l'engagement. **E2**, mentionne que la présence d'un « *apragmatisme, [...] troubles trop importants* » peuvent être un frein à l'engagement. **E3**, ajoute qu'un « *problème de santé, un problème moteur, un problème cognitif* » peuvent également poser des difficultés dans l'implication de la personne. **E3** et **E4** soulignent que l'anosognosie est un obstacle majeur à l'engagement puisqu'en effet, « *quelqu'un qui n'a pas conscience de ses difficultés ne sera pas engagé [...] ne va pas mettre de sens [...] ne va pas comprendre l'intérêt* » (**E4**). Les séquelles de l'accident peuvent venir impacter la réalisation des activités et notamment être un frein dans l'engagement de la personne.

E3 rajoute que « *l'état psychologique* » du patient est également à prendre en compte dans la prise en soin puisque cela peut influencer sur sa capacité à réaliser ses occupations et à mettre un sens dans celle-ci. L'état psychologique concernerait : « *le stress, la fatigue, l'état moral* » (**E3**) du patient qui fluctuent selon les jours.

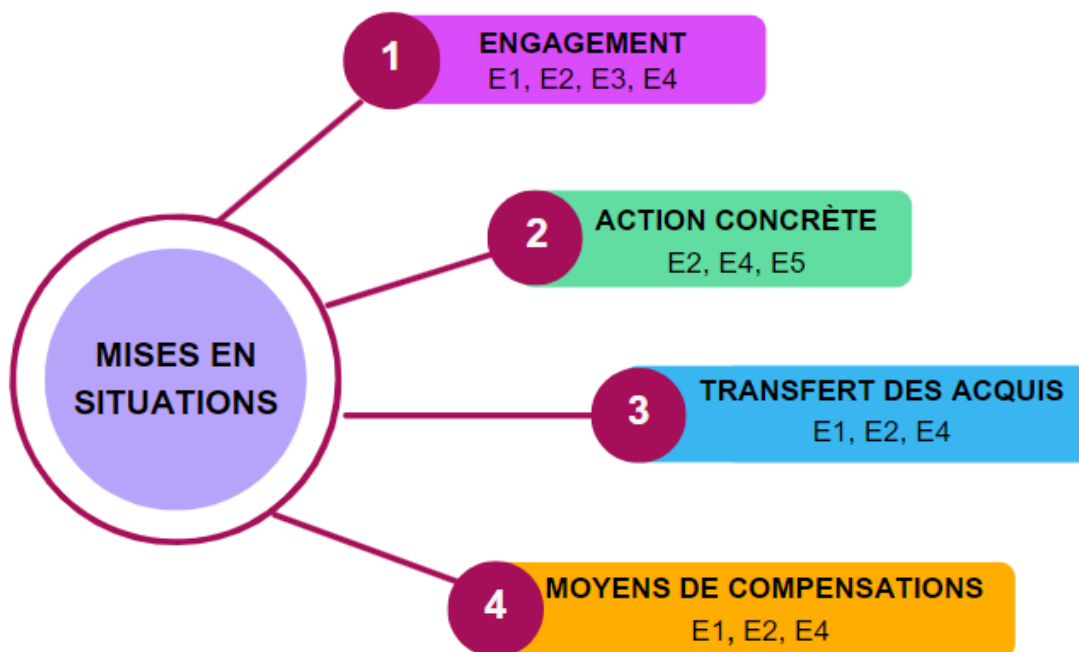
Analyse : Nous constatons une différence dans les réponses d'**E5**, puisqu'en effet, elle a identifié les facteurs facilitant l'engagement plutôt que les obstacles. **E3** est la seule ergothérapeute à exprimer la notion « d'état psychologique », cela pourrait s'expliquer par le fait que lors de l'entretien, elle faisait référence à son propre engagement qui variait en fonction de son propre état psychologique.

Le deuxième facteur influençant l'engagement occupationnel concerne l'environnement. **Toutes les ergothérapeutes**, identifient l'environnement social, incluant la famille et l'entourage comme un élément facilitateur de la prise en soin chez ses personnes. Puisqu'en effet, selon **E4**, elle aide à la « *prise de conscience des difficultés* » ; *aide à l'implication du patient* » (**E5**). De plus, **E1** souligne que le contexte environnemental joue

un rôle crucial pour stimuler la personne et ainsi l'aider à l'engager dans ses occupations. Elle élargit cette notion d'environnement en l'intégrant à la notion d'écologie incluant les aspects sociaux, matériels et tous les éléments entourant la personne.

4. L'intérêt des mises en situation

Figure 4 **Présentation des principaux éléments évoqués par les ergothérapeutes**



L'ensemble des ergothérapeutes souligne l'importance des mises en situation dans leur pratique. La première notion abordée par toutes les ergothérapeutes, à l'exception de **E5**, c'est que les mises en situation favorisent l'engagement du patient. En effet, **E1, E2, E3 et E4** identifient surtout les aspects physiques qui sont visibles à travers les mises en situation. Selon elles, les mises en situation permettent de « rendre acteur » la personne dans son parcours (**E2, E4**), elle va « *se sentir beaucoup plus mobilisée* » (**E2**), cela permet également de « *voir [la personne] en action* » (**E3**). Selon **E2** elles contribuent également à l'investissement de la personne.

Analyse : Tandis qu'**E1**, s'intéresse particulièrement à l'expérience subjective de la personne comme vu précédemment avec la littérature. En effet, selon elle, la valorisation de la personne dans l'activité est importante, généralement, elle se manifeste par « *l'accomplissement dans les activités et sa capacité à les réaliser* ». Elle soutient que l'accomplissement d'une activité procure à la personne un sentiment de valeur et le « *sentiment d'utilité* ». Cet accomplissement, permettrait ainsi le désir de réaliser les activités. De plus, **E1**, ajoute, que le contexte de l'environnement dans les mises en situation pourrait permettre l'engagement. En effet, elle insiste sur le fait que les mises en situation écologique, dans un environnement, dans un contexte matériel et social aideraient la personne à s'investir dans ses activités.

En comparaison, **E5**, adopte une perspective d'un point de vue professionnel, affirmant que l'intérêt des mises en situation réside principalement dans la reprise « *des habitudes de vie de la personne [...] c'est de rééduquer, de réadapter [la personne] aux gestes du quotidien, dans ses activités* ». Selon **E5**, « *il ne faut pas qu'il y ait de troubles forcément cognitifs pour reconnaître le réel engagement occupationnel de la personne* ». Ce qui ressort de l'entretien avec **E5**, c'est que l'engagement d'une personne doit être volontaire. Or, elle souligne que les troubles cognitifs majeurs peuvent altérer la capacité et le désir de participer à une activité. Ainsi, selon elle, si ces troubles sont importants alors l'engagement occupationnel est compromis.

Ensuite, la deuxième notion abordée par **E2**, **E4** et **E5** c'est que les mises en situation permettent de rendre l'action plus concrète pour le patient et perçoit davantage le lien à travers des mises en situation plutôt qu'en utilisant des exercices « *papier-crayon* » (**E2**). Ainsi, de rendre les actions concrètes, permettent d'investir le patient plus facilement dans son parcours et permettent également à ce qu'ils reproduisent ces acquis à domicile.

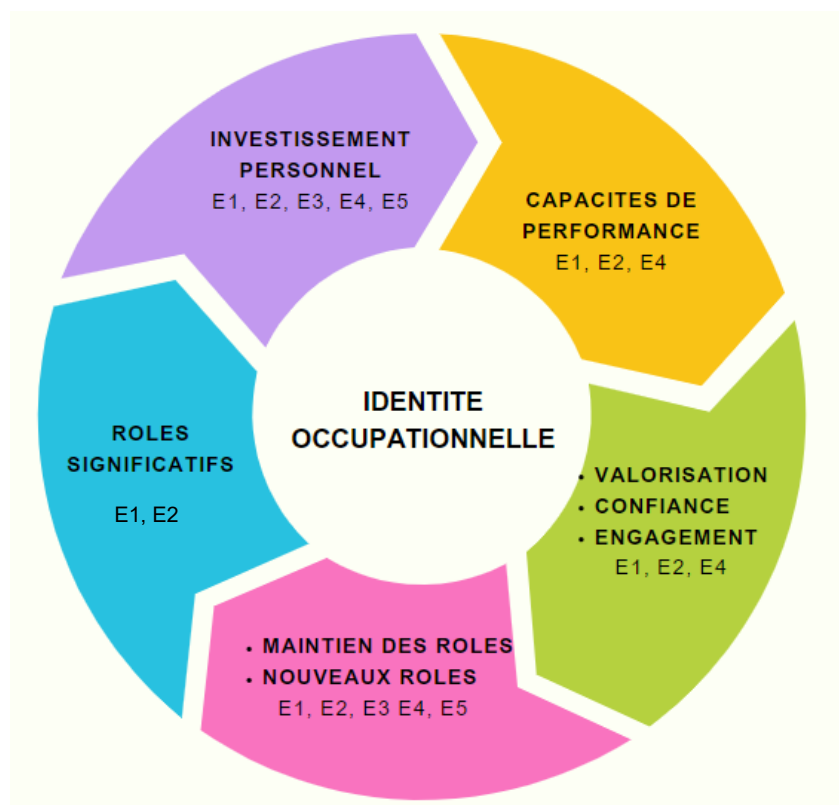
La troisième notion évoquée par **E1**, **E2** et **E4**, est celle du transfert des acquis. **E2** et **E4** relient cette idée à celle mentionnée précédemment, puisqu'en effet elles estiment que les mises en situation se rapprochent des habitudes de vie de la personne. De ce fait elle va davantage réussir à comprendre les liens faits au quotidien et ainsi de pouvoir appliquer ses acquis dans sa vie quotidienne et de les généraliser à d'autres activités. **E1** exprime également que les mises en situation permettent de transposer les acquis d'une activité à une autre.

Enfin, la dernière notion évoquée par **E1**, **E2** et **E4** ce sont les moyens de compensations. D'après elles, les mises en situation permettent de « *évaluer [...] tester les moyens de compensations* » (**E4**). Les trois ergothérapeutes, font référence aux aides techniques qui permettent de venir compenser les difficultés. **E1** et **E2** identifient également des aides cognitives pour compenser les troubles cognitifs. Ces moyens de compensations sont identifiés à travers les mises en situation puisque les ergothérapeutes observent la personne en train de réaliser l'activité.

Analyse : Parmi les ergothérapeutes interrogées, trois identifient le transferts des acquis et les moyens mis en œuvre pour compenser les difficultés (**E1, E2, E4**) tandis que les deux autres ergothérapeutes (**E3 et E5**), ne mettent pas en évidence ces termes. Ces différences de pratique, pourraient notamment s'expliquer par le lieu d'exercice. En effet, **E1, E2 et E4** exercent toutes dans une phase de réinsertion et interviennent lorsque les personnes sont retournées à domicile. Toutes les trois, ont une expérience en SAMSAH avec des prises en soin à domicile de longue durée, à distance de l'accident. De plus, **E2** a reçu une formation CO-OP, pouvant expliquer le fait qu'elle exprime que les mises en situation facilitent le transfert et la généralisation des acquis. A l'inverse, **E3 et E5** travaillent en SMR, pouvant aller de la rééducation jusqu'au retour à domicile. Nous pouvons malgré tout émettre comme hypothèse, que les deux ergothérapeutes, utilisent des moyens de compensations, mais n'ont probablement pas établie de lien avec les mises en situation, qui permettent d'évaluer ou d'identifier ces moyens selon les autres ergothérapeutes.

5. La spécificité de l'ergothérapeute dans la reconstruction d'une identité occupationnelle

Figure 5 Diagramme circulaire représentant les cinq étapes de la reconstruction de l'identité occupationnelle selon les réponses des ergothérapeutes



Comme mentionné précédemment, l'ensemble des ergothérapeutes soulignent, que l'investissement de la personne est primordial pour qu'elle puisse s'engager et participer à des activités. Sans cet investissement, l'ergothérapeute « *ne peut rien faire* » (**E4**). Le point de départ à la reconstruction de l'identité occupationnelle s'effectuerait par l'investissement, l'implication et la motivation intrinsèque qui est propre à la personne.

Durant les entretiens avec **E1**, **E2** et **E4**, le terme de performance est revenu à plusieurs reprises. **E1** exprime qu'il faut « *trouver des occupations qui essayent d'allier la performance pour éviter l'échec* ». Selon les **trois ergothérapeutes**, les occupations doivent combiner la performance tout en évitant les échecs pour que la personne « *puisse s'épanouir à faire des activités sans se mettre trop en échec* » (**E2**). Auquel cas, si la personne se retrouve en difficultés, l'ergothérapeute dispose de plusieurs moyens de compensations (**E1**, **E2**, **E4**) pour « *trouver, réfléchir à une technique ou de fabriquer une*

aide technique pour qu'elle puisse y arriver » (E2). De ce fait, la réussite d'une activité contribue à « *l'épanouissement à réaliser les activités* » (E2), cet élément intervient dans le troisième thème, correspondant à la valorisation, à la confiance et à l'engagement. En effet, selon E1 : « *favoriser l'engagement dans des activités signifiantes et significatives est indispensables [...] pour se reconstruire* » (E1). Les ergothérapeutes expliquent que la réalisation d'une activité permet de valoriser la personne en reprenant « *confiance en eux* » (E2). De plus, E4 ajoute que l'ergothérapeute permet à la personne de « *redonner leur autonomie* » et précise que c'est à travers nos différents moyens qu'elle fait reprendre « *goût* » à la personne de réaliser ses différentes occupations de façon autonome (E4). Selon E1, lorsque la personne effectue l'activité cela lui permet également de « *se sentir utile, qu'il y ait un défi à relever [...]* »

Ensuite, ce sentiment positif de réaliser les occupations permet à la personne de s'engager et contribue notamment à « *l'aider à maintenir ses rôles* » (E1). A travers les entretiens, la question du maintien des anciens rôles d'avant l'accident ou de la reconstruction de nouveaux rôles se pose. En effet, nous remarquons une divergence d'opinion à ce sujet. E1 exprime que l'objectif en ergothérapie c'est de les « *emmener vers une nouvelle vie, il y a quelque chose à reconstruire* » (E1). Elle exprime, que tenter de retrouver les mêmes activités qu'avant l'accident, ne favorise pas la reconstruction puisque cela risque d'entraîner des échecs en raison des troubles ou des séquelles de l'accident. Selon elle, l'objectif n'est pas de reproduire les activités passées mais plutôt de retrouver des occupations qui font à nouveau sens pour la personne (E1).

E2 partage une vision similaire avec E1, puisqu'elle indique qu'en tant qu'ergothérapeute, l'objectif consiste à accompagner la personne à s'engager dans de nouvelles occupations. En effet, en les impliquant dans les occupations, le patient va trouver de nouvelles identités occupationnelles. De plus, l'**ergothérapeute 2** s'appuie sur les anciennes habitudes de vie de la personne, telles qu'elles étaient avant l'accident, et ce qu'elles sont devenues aujourd'hui, tout en s'appuyant sur les points forts et les capacités de la personne afin de créer de nouvelles identités (E2). Elle soutient que l'engagement dans de nouvelles occupations permet de redécouvrir de nouveaux rôles et d'aider à la reconstruction d'une identité occupationnelle.

En revanche E3, voit le rôle de l'ergothérapeute dans la reconstruction d'une identité occupationnelle en aidant les patients à retrouver leurs habitudes de vie et à reprendre leurs

activités quotidiennes. Nous pouvons émettre l'hypothèse que selon E3, le maintien des anciens rôles est important dans la reconstruction de l'identité occupationnelle.

D'après E4, l'ergothérapeute « *est un élément phare [...] on est un peu ce qui permet le tournant* ». En effet, elle exprime que l'ergothérapeute accompagne le patient dans ses activités antérieures à l'accident seulement s'il souhaite les reprendre et qu'ils puissent les refaire même de façon différente.

E5 estime que les ergothérapeutes jouent un rôle plus modeste dans l'accompagnement de l'identité occupationnelle. Elle pense que c'est à travers les mises en situation que les patients peuvent se « *reconstruire de nouvelles façon de faire et découvrir de nouvelles capacités* » (E5).

Analyse : Toutes les ergothérapeutes reconnaissent l'importance de la reconstruction de l'identité occupationnelle malgré que leurs approches divergent. En effet, E1 et E2 mettent l'accent sur la création de nouvelles occupations et identités, tandis qu'E3 privilégie le retour aux activités antérieures. E4 adopte une position intermédiaire, favorisant la reprise des activités antérieures seulement si le patient le souhaite. Enfin, E5 voit dans les mises en situation une opportunité de découvrir de nouvelles capacités.

De plus, E1, E2 et E3 accompagnent ces personnes dans une phase de réinsertion. Au sein du CAJM, l'**ergothérapeute 1**, proposait du collectif afin de « *créer, de nouer des liens [...] d'avoir du dialogue, de construire sa pensée d'éventuellement émettre des objectifs* » (E1). E2 et E3 emmènent ces personnes vers des associations, des groupes, dans l'objectif de les inclure dans la société. De même, au sein de la famille où l'**ergothérapeute 2** les accompagne à retrouver un rôle et une place dans la famille. Selon E1 et E2, l'intérêt du collectif c'est de redonner une existence en tant que personne et précise que « c'est souvent dans les groupes qu'on trouve une identité ».

Enfin, E1, souligne qu'avoir un rôle durable dans le temps est un signe de motivation et d'engagement suffisant. Selon elle, cela implique que la personne possède des rôles reconnus au sein de la société et qu'elle assume des responsabilités dont elle est fière et éprouve dont elle éprouve du sens. E2 ajoute que l'ergothérapeute va les accompagner a retrouver des rôles significatifs notamment au sein de la société mais également des rôles personnels pouvant contribuer au bien-être et à l'épanouissement.

6. L'importance de la collaboration

Toutes les ergothérapeutes s'alignent à dire que le travail pluriprofessionnel est essentiel pour accompagner le patient dans une nouvelle vie. En effet, selon **E2**, toutes les personnes qui entourent les personnes avec un TCC vont avoir un rôle dans la reconstruction de l'identité et dans le soutien de leur avenir. Il s'agit notamment de les accompagner dans leur futur à retrouver leur identité à travers des rôles et déterminer ce qu'ils souhaitent faire par la suite. Pour **E1**, il est important d'avoir des « *accompagnements hybrides* » pour accompagner au mieux le patient dans sa prise en soin et dans son projet de vie. **E5** pense que la reconstruction de l'identité repose principalement sur le travail en équipe pluridisciplinaire impliquant le patient. Toutes les ergothérapeutes interrogées, s'appuient sur l'entourage lors de leur prise en soin. En effet **E2 et E5** soulignent que le soutien de l'entourage du patient est une aide précieuse lors de la prise en soin puisqu'il permette d'encourager le patient à s'impliquer, s'investir dans des activités significatives et stimulantes. Cela peut renforcer la motivation du patient à se réengager dans des occupations.

C. DISCUSSION

I. Analyse croisée entre les analyses d'entretiens et le cadre conceptuel

Suite aux entretiens réalisés auprès des 5 ergothérapeutes exerçant dans différentes structures (SMR, SAMSAH, CAJ) et afin de répondre à la question de recherche suivante qui est : « Comment l'ergothérapeute peut-il être un levier dans l'engagement occupationnel auprès d'adultes présentant un traumatisme craniocérébrale vers une nouvelle identité occupationnelle ? »

». Il est important d'analyser les réponses des ergothérapeutes en les comparant à la littérature existante du cadre conceptuel, afin de vérifier s'il existe une corrélation entre les écrits théoriques et les expériences partagées par les ergothérapeutes interrogées lors de l'enquête.

- La prise en soin des personnes ayant subies un traumatisme craniocérébral :

Dans cette thématique, les ergothérapeutes ne sont pas tout à fait en adéquation avec la littérature. En effet, selon Cohadon et al., 2008, distinguait quatre phases différentes : la phase d'éveil et reprise de conscience, la phase rééducative, la phase réadaptative puis la phase de réinsertion. Cependant, les ergothérapeutes, expriment que dans le parcours de soin de la personne, les phases de rééducation et de réadaptation sont imbriquées et que parfois certaines personnes, après la phase de coma, entrent directement dans une phase de réadaptation sans avoir recours à de la rééducation. De plus, les ergothérapeutes soulignent, que les phases de rééducation, de réadaptation et de réinsertion, sont difficiles à distinguer, puisqu'il n'y a pas de moments clés définis. Certaines ergothérapeutes, peuvent commencer par de la réadaptation pour permettre à la personne d'être indépendante sur le moment, puis retirer ces adaptations au fur et à mesure de la prise en soin, lorsque la personne est indépendante et autonome sans qu'il y ait nécessairement besoin de compensations. La phase de rééducation peut se faire au même moment que la phase de réadaptation. (Azouvi et al., 2015) identifient plutôt trois étapes : « la phase aigüe, la phase post-aigüe et la phase de suivi et de réinsertion ». Ainsi selon les auteurs, la phase post-aigüe comprend la phase où la personne est admise en SMR.

En début de prise en soin en ergothérapie, quel que soit le lieu d'exercice les ergothérapeutes interrogées, effectuent toutes un entretien initial afin de recueillir des informations concernant la personne. Selon (Morel-Bracq, Castelein, et al., 2017), l'entretien

est un recueil de données permettant de prendre en compte « la personne avec ses habitudes de vie, ses déficiences, ses capacités et incapacités, son environnement humain et matériel ». De plus, selon Meyer (1990), l'entretien initial avec la personne offre un premier contact entre le thérapeute et la personne. De plus, elle ajoute que ces entretiens permettent de poser des questions sur les difficultés que peut rencontrer la personne. Lors des entretiens, les ergothérapeutes, prennent en considération les occupations, les habitudes de vie, l'entourage et les rôles de la personne.

Il existe différents outils d'entretiens normés. En effet, trois ergothérapeutes utilisent la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel qui est un outil d'entrevue permettant de guider et de structurer l'entretien. La MCRO, « favorise la pratique centrée sur la personne et ses occupations » et elle « met en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé » (Caire, 2019). La MCRO est une évaluation sous forme d'entretien semi-structuré permettant d'identifier en collaboration avec l'ergothérapeute, les difficultés rencontrées par les personnes, de les classer par ordre d'importance et de mesurer la satisfaction de la personne concernant sa performance occupationnelle (Law et al., 2014 cité par Morel-Bracq & al, 2017). Comme exprimé dans les entretiens, par les ergothérapeutes, la MCRO aide à formuler des objectifs et à construire le projet d'intervention de la personne. Cette mesure a été créée de façon à ce qu'elle soit utilisable pour tous les patients (Caire, 2019), quel que soit les incapacités rencontrées. Cependant, les ergothérapeutes, expriment qu'il est difficile voire impossible de l'utiliser avec des patients ayant des troubles cognitifs importants et présentant de l'anosognosie.

Ensuite, en complément de l'entretien, les ergothérapeutes, effectuent des évaluations par le biais de mises en situation pour déterminer l'impact des troubles sur la vie quotidienne permettant de compléter l'entretien. Selon Leroux (2014), l'objectif des mises en situation c'est d'« évaluer les aptitudes, l'indépendance et la participation de la personne dans les activités de son quotidien ». C'est également de « mettre en évidence les phénomènes ou les processus pathologiques sous-jacents afin d'identifier les difficultés pour établir un plan de traitement » (Sorita, 2016). En effet, selon les cinq ergothérapeutes, ces mises en situation, ciblent et révèlent les difficultés rencontrées par la personne lors de ses activités.

Comme évoquée précédemment dans la littérature, Stirati-Buron et al. (2008), les troubles anosognosiques peuvent biaiser les informations recueillies lors de l'entretien, puisque les

personnes atteintes de ce trouble ne sont pas conscientes de leurs difficultés. Cela se manifeste par une absence de prise en compte de ce déficit dans leur vie quotidienne (Tammam et al., 2013). De plus, selon Cohadon et al. (2008), le syndrome dysexécutif vient entraver le recueil de l'entretien notamment puisque ces personnes présentent une « perte de capacité à formuler des projets ». De ce fait, les mises en situation, viennent en complément de l'entretien, permettant aux ergothérapeutes, de se rendre compte des capacités et des incapacités de la personne dans les activités et ainsi « établir les difficultés pour établir un plan de traitement » (Sorita, 2016).

- La place de l'engagement occupationnel dans la prise en soin

Dans cette thématique, les entretiens révèlent une corrélation avec la littérature sur l'engagement occupationnel. En effet, toutes les ergothérapeutes soulignent l'importance de « *l'investissement personnel* » (**E1, E2, E3, E4, E5**), de « *l'implication intrinsèque* » (**E2, E3, E5**) et de la motivation de la personne. De plus, selon elles, la signification que la personne attribue à l'activité est également un facteur favorisant l'engagement, comme mentionné dans la littérature par Black et al. (2019).

Morel-Bracq et al. (2017) expriment également que les composantes observables faisant références aux aptitudes et aux déficiences ainsi que les composantes subjectives font partie du concept de l'engagement occupationnel. Les ergothérapeutes identifient les aspects observables comme étant les troubles associés venant impacter la réalisation des occupations tel que : des troubles mnésiques, des troubles de l'initiatives, des troubles des fonctions exécutives, les troubles physiques ainsi que l'anosognosie, pour lesquels cela freinent l'engagement de la personne. Ainsi, l'expérience subjective du corps selon Kielhofner rejoint l'état psychologique décrit lors de l'entretien avec l'ergothérapeute 3.

De plus, selon les ergothérapeutes, l'environnement social sont perçus comme facilitateurs et essentiels à l'engagement occupationnel, puisqu'il va selon Black et al. (2019), « venir influencer la participation dans l'occupation ».

- Intérêt des mises en situation pour favoriser l'engagement occupationnel

Les mises en situation sont les moyens les plus utilisés par les ergothérapeutes interrogées. En effet, elles utilisent les mises en situation, comme moyen d'évaluation et comme moyen thérapeutique. Durant les entretiens les ergothérapeutes exprimaient que

les mises en situation permettaient de rendre acteur la personne dans ses occupations, de l'investir davantage et que cela favorisait l'engagement de la personne. Selon Leroux, pour favoriser l'engagement, les mises en situation doivent être réalisés dans un environnement dit écologique. Le terme écologique signifie « dans un cadre qui justement n'est pas normalisé mais qui est celui de la personne et qui constitue son quotidien ». Cependant, toutes les mises en situation ne peuvent pas être réalisés dans un milieu écologique puisqu'en effet, les ergothérapeutes interrogées exercent dans des institutions tels que des SMR, dans des CAJ, et n'interviennent pas directement dans l'environnement de la personne. Hormis **E1**, **E2** et **E4** qui exercent en SAMSAH. Durant l'entretien, **E3** réalise avant chaque mise en situation une analyse d'activité afin de recueillir toutes les informations nécessaires afin de rapprocher la mise en situation des habitudes de vie et de l'environnement de la personne. De plus selon les **ergothérapeutes 1, 2 et 4**, les mises en situation permettent de transférer les acquis d'une activité à une autre. Nous pouvons remarquer que les trois ergothérapeutes travaillent dans un SAMSAH, interviennent directement sur le lieu de la personne, dans un environnement écologique. Ainsi comme l'exprime Leroux (2014), « l'environnement a un impact sur la performance de l'activité ». Par le biais de mises en situation écologiques, le transfert des acquis serait mieux perçu par la personne. De plus, les mises en situation permettent « d'aider la personne à prendre conscience de ses difficultés et de son potentiel et donc impulser une dynamique de changement » (Leroux, 2014). Cette citation rejoint **l'ergothérapeute 3 et 4** concernant la prise de conscience de l'anosognosie.

- Accompagnement de l'ergothérapeute dans la reconstruction d'une identité occupationnelle

Selon les ergothérapeutes, l'investissement et la motivation de la personne est le point de départ à la reconstruction de l'identité occupationnelle. Selon Kielhofner (cité par Morel-Bracq et al., 2017), « la volition est le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité ». Les ergothérapeutes interrogées « *ciblent des mises en situation qui sont signifiantes* » (**E3**) pour la personne pour l'aider à s'engager, à s'investir dans les occupations. Ainsi, ce processus volitionnel, défini par Kielhofner se décrit selon trois étapes : « la personne expérimente des activités. Ensuite, elle interprète les expériences réalisées, ce qui lui permet d'anticiper et de faire des choix, qui stimuleront à nouveau son expérience » (cité par Morel-Bracq et al., 2017). En effet, les ergothérapeutes, expriment

qu'en réalisant des activités signifiantes pour la personne qui allient la performance et la réussite, elle va ainsi vouloir continuer cette activité et contribuer à « l'épanouissement à réaliser les activités » (E2). Kielhofner (cité par Morel-Bracq et al., 2017), exprime que pour reconstruire une identité occupationnelle, la personne doit retrouver un équilibre dans les occupations. Pour cela, les moyens privilégiés seraient selon lui, de « ramener sa participation dans des occupations qui ont du sens pour elle ». Djaoui. (2015) distingue deux types d'activités : les activités significatives et les activités signifiantes. Les activités significatives renvoient au fait que la personne est membre d'un groupe respectant des règles communes et répond à des attentes et à des exigences de la vie en société. Ces activités significatives donnent des rôles significatifs perçues comme important dans un contexte social. Selon les ergothérapeutes, un rôle reconnu, maintenu dans un groupe, dans la société est un rôle significatif puisqu'il est valorisé et reconnu par la société. Selon Djaoui. (2015), l'activité est significative « lorsqu'elle est porteuse de sens pour l'environnement social (famille, réseau de sociabilité, organisations groupes d'appartenance [...] »). Les activités signifiantes sont perçues par les ergothérapeutes comme faisant référence au sentiment lors de la réalisation de l'activité et comme l'exprime Djaoui. (2015), l'activité est « signifiante parce qu'elle a un sens pour la personne ». Ainsi, d'après les ergothérapeutes interrogées, le fait de retrouver de nouvelles occupations cela permettrait à la personne d'avoir de nouveaux rôles signifiants et significatifs permettant ainsi la reconstruction d'une nouvelle identité occupationnelle.

II. Retour sur l'hypothèse :

Pour rappel, l'hypothèse formulée était que « dans le cadre d'une prise en soin auprès des personnes ayant subies un traumatisme craniocérébral, les mises en situation favorisent l'engagement dans une reprise d'occupations ».

A la lecture de l'analyse des résultats de cette recherche mise en regard avec le cadre conceptuel, nous pouvons conclure que l'hypothèse de recherche est validée.

En effet, les différentes recherches que j'ai pu mener soulignent que les mises en situation réalisées par les ergothérapeutes auprès de personnes avec un traumatisme craniocérébral ont pour objectif de mettre la personne en condition réelle, dans un environnement le plus similaire possible à son lieu de vie, voire à son domicile. Les mises en situation semblent être l'outil le plus utilisé par les ergothérapeutes pour encourager le patient à s'engager

dans sa prise en soin et dans de nouvelles occupations. De plus, les mises en situation permettent également d'identifier des moyens de compensations adaptés aux difficultés du patient. Seulement, il ne s'agit pas de l'unique moyen dont disposent les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement de la personne. En effet, les moyens de compensations tels que des aides cognitives, des aides techniques peuvent être des alternatives pour maintenir l'engagement de la personne dans des activités signifiantes et significatives.

Toutefois, l'anosognosie est un trouble pouvant faire obstacle à l'engagement occupationnel. En effet, une personne présentant ce trouble aura des difficultés pour mettre du sens dans ces occupations et à s'impliquer dans sa prise en soin. Malgré tout, les mises en situation ainsi que l'entourage, peuvent aider à prendre conscience des difficultés.

Cependant, mon hypothèse initiale ne prenait pas en compte un aspect crucial mentionné lors des échanges : l'importance de la pratique en pluridisciplinarité semble être bénéfique pour les patients. Effectivement, l'ensemble des ergothérapeutes indiquent collaborer avec tous les membres de l'équipe soignante accompagnant le jeune adulte traumatisé crânien. Cette approche permet au patient de profiter des compétences et des évaluations de chaque professionnel. La collaboration entre les différents intervenants, offrent une vision globale de la personne et de son projet de vie, afin d'établir des objectifs communs de rééducation.

Dans mon hypothèse il n'était pas précisé le type de mises en situation utilisé pour favoriser l'engagement de la personne dans ses occupations. Au vu des réponses obtenues, les ergothérapeutes utilisent aussi bien des mises en situation écologiques que des mises en situation en simulations de vie quotidienne, généralement effectuées dans des centres de rééducations. Cependant, les activités choisies pour mettre en situation la personne doivent avoir été signifiantes et significatives pour qu'elle puisse s'engager à nouveau dans des occupations.

A la lecture de l'analyse des résultats de cette recherche mise en regard avec le cadre conceptuel, nous pouvons conclure que l'hypothèse de recherche est validée. En effet, les mises en situation choisies par les ergothérapeutes permettent de favoriser l'engagement occupationnel de la personne à retrouver des occupations.

III. Limites et biais de l'étude

Bien que ce mémoire d'initiation à la recherche puisse répondre à l'hypothèse, des limites et des biais méthodologiques sont malgré tout présents.

La première limite réside dans la non-réalisation du focus group, probablement due aux modalités de le réaliser en présentiel. Cette méthode d'enquête nécessite déjà la disponibilité de la part des ergothérapeutes de prévoir deux heures consacrées au focus groupe. En rétrospective, j'aurais peut-être dû préciser dès le départ que le focus group se déroulerait en visioconférence afin de faciliter l'organisation et ainsi la réalisation de celui-ci.

Une deuxième limite concerne le nombre d'entretiens réalisés qui sont au nombre de cinq. Cela ne permet pas de généraliser les résultats et les points de vue des ergothérapeutes sur leurs pratiques. Ces entretiens fournissent malgré tout un aperçu de la réalité sur le terrain.

Enfin, la subjectivité de l'étude d'analyse des entretiens peut être considérée également comme une limite. En effet, j'ai pu induire un jugement ou interpréter les dires des ergothérapeutes lors des entretiens et lors de l'analyse.

Cette étude comporte plusieurs biais. En effet, le premier le premier biais réside dans la formulation de mes critères d'inclusion où j'ai spécifié vouloir interroger des ergothérapeutes exerçant depuis au moins trois mois avec ces personnes. Cependant, cette période de trois mois ne représente pas une prise en soin complète d'une personne ayant subi un traumatisme craniocérébral. De plus, les ergothérapeutes interrogées, ont plus de deux ans d'expériences. J'ai également interrogé des ergothérapeutes exerçant dans des SMR. Cependant, le SMR prend en soin des patient à la fois en phase aiguë, et une phase subaiguë. Ainsi, les objectifs de prise en soin ne sont pas les mêmes entre ces deux phases et la place de la reconstruction de l'identité occupationnelle se situe généralement dans une phase de réinsertion selon Cohadon et al. (2008).

Pour finir, pour améliorer cette étude, j'aurais revu mon guide d'entretien puisque certaines notions n'ont pas été assez approfondies et certaines questions étaient trop fermées, laissant moins la place à l'échange.

CONCLUSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche avait pour objectif de déterminer les moyens pouvant être mis en place par l'ergothérapeute, en vue de favoriser l'engagement occupationnelle des personnes adultes présentant un traumatisme craniocérébral. Au cours de cette recherche, j'ai formulé l'hypothèse suivante : « dans le cadre d'une prise en soin auprès des personnes ayant subies un traumatisme craniocérébral, les mises en situation favorisent l'engagement dans une reprise d'occupations ».

Afin de valider ou d'invalider mon hypothèse j'ai réalisé cinq entretiens auprès d'ergothérapeutes exerçant dans différentes structures auprès de personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral.

La mise en lien de mon cadre conceptuel avec l'analyse des résultats m'a permis de valider l'hypothèse. En effet, les mises en situation choisies par les ergothérapeutes permettent de favoriser l'engagement occupationnel de la personne à retrouver des occupations. L'ergothérapeute dispose d'autres moyens pour accompagner la personne à s'engager dans des occupations tels que des outils de rééducation et des moyens de compensation comme des aides cognitives, techniques et d'aménagement de l'environnement. Ces moyens mis en œuvre permettent à la personne de participer et de s'engager dans des occupations signifiantes et significatives, permettant ainsi la reconstruction d'une identité occupationnelle.

Ce mémoire d'initiation à la recherche, a contribué au développement de mes compétences en recherche, en analyse et en rédaction. Ces dernières seront essentielles dans ma pratique professionnelle. En tant qu'ergothérapeute, il sera important de continuer à mener une analyse réflexive de ma pratique professionnelle et de poursuivre les lectures bibliographiques. Ce mémoire m'a apporté des connaissances sur le traumatisme craniocérébral et sur l'identité occupationnelle, ainsi que sur l'accompagnement que l'ergothérapeute peut apporter auprès de ces personnes notamment en vue de favoriser leur engagement occupation dans le but de réinvestir des rôles. Cela m'a également permis de prendre davantage conscience de l'importance d'évaluer et de prendre en compte les besoins, les centres d'intérêts de la personne et de l'accompagner dans un nouveau projet de vie.

Les données de cette étude, se sont principalement concentrées sur l'accompagnement ergothérapeutique auprès de personnes avec un traumatisme craniocérébral vivant à domicile ou une structure médicale comme un SMR. Cependant, cette recherche ouvre de nouvelles perspectives. En effet, prendre en compte les personnes résidant dans des institutions en raison de séquelles trop importantes empêchant le retour à domicile. Cela suscite de nouveaux questionnements, notamment : Comment maintenir une identité occupationnelle chez des personnes avec un traumatisme craniocérébrale dans une maison d'accueil spécialisée dont les séquelles empêchent fortement leur participation sociale ?

BIBLIOGRAPHIE :

ANFE (2022) Définition de l'ergothérapie par l'ANFE. BDP Ergothérapie. Disponible sur : <http://bdpergothérapie.fr/ergotherapeute/> [Consulté le 03/01/2024].

Azouvi, P., Arnould, A., Dromer, E., & Vallat-Azouvi, C. (2019). Physiopathologie et neuropsychologie des traumatismes crâniens sévères. *Revue de neuropsychologie*, 11(4), 273-277.

Azouvi, P., Vallat-Azouvi, C., & Aubin, G. (2015). Traumatisme crânien : Épidémiologie, physiopathologie, parcours de soins. In *Traumatismes cranio-cérébraux* (p. 1-23).

Bayen, É., Jourdan, C., Azouvi, P., Weiss, J.-J., & Pradat-Diehl, P. (2012). Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien. *L'information psychiatrique*, 88(5), 331-337. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0924>

Bilan 2022 de la sécurité routière | Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (s. d.). Consulté 21 septembre 2023, à l'adresse <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/etat-de-linsecurite-routiere/bilans-annuels-de-la-securite-routiere/bilan-2022-de-la-securite-routiere>

Black, M. H., Milbourn, B., Desjardins, K., Sylvester, V., Parrant, K., & Buchanan, A. (2019). Understanding the meaning and use of occupational engagement: Findings from a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(5), 272-287. <https://doi.org/10.1177/0308022618821580>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Caire, J.-M. (2019). Sciences de l'occupation : De la théorie à la pratique Approche centrée sur la personne, son environnement et ses occupations : L'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) pour donner la direction et le sens au projet de soins. 43.

Cohadon, F., Castel, J.-P., Richer, E., Mazaux, J.-M., & Loiseau, H. (2008). *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion* (3ème).

Collette, F., & Salmon, É. (2014). Fonctionnement exécutif et réseaux cérébraux. *Revue de neuropsychologie*, 6(4), 256-266. <https://doi.org/10.1684/nrp.2014.032>

Dalla Piazza, S., & Dan, B. (2001). 27. Le traumatisme crânien. In *Handicaps et déficiences de l'enfant* (p. 429-433). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/handicaps-et-deficiences-de-lenfant--9782804137397-p-419.htm>

De Jouvencel, M., & Zurbach Renaudin, I. (2014). Traumatisme craniocérébral et aspects médico-psychologiques. *Journal de Médecine Légale*, 31-45.

Djaoui, E. (2015). Rôle sociaux et activité, l'activité humaine : un potentiel pour la santé, actualités en ergothérapie, de boeck solal, p.207

Dorais, L.-J. (2004). La construction de l'identité. In *Discours et constructions identitaires*. <https://www.erudit.org/en/books/culture-francaise-damerique/discours-constructions-identitaires/000660co/>

Etheve, M. (2019). Le processus de deuil lors de la survenue d'un handicap. *Santé Sans Tabou*. <https://www.aihus.fr/bien-etre-psychologie/le-processus-de-deuil-lors-de-la-survenue-d-un-handicap/>

Fasotti, L., & Spikman, J. (2004). Prise en charge des troubles exécutifs. In *Neuropsychologie des fonctions exécutives* (Solal, p. 155 à 163).

Hansson, S. O., Björklund Carlstedt, A., & Morville, A.-L. (2022). Occupational identity in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(3), 198-209. <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1948608>

Lecouvey, G., Gonneaud, J., Eustache, F., & Desgranges, B. (2015). Les processus cognitifs de la mémoire prospective. *Revue de neuropsychologie*, 7(3), 199-206. <https://doi.org/10.1684/nrp.2015.0352>

Leroux, C. (2014). L'ergothérapie : l'apport d'une dynamique spécifique dans l'évaluation des traumatisés crâniens. *Journal de Médecine Légale*, 57(3), 91-99

LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), 2012-300 (2012).

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.

Meyer, S. (1990). *Le processus de l'ergothérapie*

Morel-Bracq, M.-C., Castelein, P., & Caire, J.-M. (2017). Chapitre 1. Modèles généraux interprofessionnels. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 13-50). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0013>

Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>

Morel-Bracq, M.-C. (2009). Modèles généraux en ergothérapie. In *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (p. 69-78).

Morel-Bracq, M.-C., & Caire, J.-M. (2012). Chapitre 6. La méthodologie professionnelle. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 135-156). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0135>

Oppenheim-Gluckman, H. (2017). Lésion cérébrale acquise et identité. In *Handicap : Une identité entre-deux* (p. 127-140). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.korff.2017.01.0127>

Picq, C., & Pradat-Diehl, P. (2012). Approches médicale et neuropsychologique. *Le Journal des psychologues*, 302(9), 18-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.302.0018>

Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Pradat-Diehl, P., Joseph, P.-A., Beuret-Blanquart, F., Luauté, J., Tasseau, F., Remy-Neris, O., Azouvi, P., Sengler, J., Bayen, É., Yelnik, A., & Mazaux, J.-M. (2012). Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways : Adults with severe traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(8), 546-556. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.002>

RGPD : De quoi parle-t-on ? (s. d.). Consulté 7 février 2024, à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-de-quoi-parle-t-on>

Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *La revue de medecine interne*, 31(9), 626-630. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2010.01.013>

Ronald, J. J., & Lecomte, Y. (2015). Haïti, recréer la vie, des traumatismes aux processus résilients créateurs.

Rousset, M. (2023). Guide prévention santé : Comment « bien » s'occuper ? Maintenir ou (re)trouver son équilibre occupationnel. 1 à 9

Santé Publique France. (2019, avril). *Épidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux—Synthèse bibliographique, avril 2016*. Santé Publique France.

Seizeur, R., & Seguen, V. (2012). Traumatismes crâniens, anatomie et physiopathologie, diagnostics cliniques et para-cliniques. 763.

SOFMER. (s. d.). *Recommandations de bonne pratique : Troubles du comportement chez les traumatisés crâniens : Quelles options thérapeutiques ?*

Sorita, É. (2016). Quel est l'intérêt pour les ergothérapeutes français d'introduire dans leurs pratiques des outils validés d'évaluation de mises en situation dans les activités de la vie quotidienne ? *Ergothérapies*, 63, 13.

Stirati-Buron, S., Koskas, P., & Drunat, O. (2008). Anosognosie : Définitions, caractéristiques, méthodes d'évaluation, exemple de l'hôpital de jour de neuropsychogériatrie. *NPG*, 8(45), 30-34. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.01.013>

Tammam, D., Bensa, P., & Vion-Dury, J. (2013). Phénoménologie des démences (3) : Du savoir à l'anosognosie. *PSN*, 11(1), 53-68. <https://doi.org/10.3917/psn.111.0053>

Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche | Cairn.info. In *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 215 à 245). <https://www-cairn-info.accesdistant.sorbonne-universite.fr/guide-pratique-de-recherche-en-readaptation--9782353272679-page-215.htm>

Tétreault, S. (2014). Focus groupe. In *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 327-343). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0327>

Unruh, A. M. (2004). Reflections on : « So...What Do you Do ? » Occupation and the Construction of Identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy* (1939), 71(5), 290-295. <https://doi.org/10.1177/000841740407100508>

Vallat-Azouvi, C., & Chardin-Lafont, M. (2012). Les troubles neuropsychologiques des traumatisés crâniens sévères. *L'information psychiatrique*, 88(5), 365-373. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0933>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Yazdani, F., Harb, A., Rassafiani, M., Nobakht, L., & Yazdani, N. (2018). Occupational therapists' perception of the concept of occupational balance. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(4), 288-297. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1325934>

ANNEXES

Annexe I : Schéma du MOH	I
Annexe II : Formulaire de consentement.....	II
Annexe III : Guide d'animation du focus groupe	III
Annexe IV : Guide d'entretien :.....	VI
Annexe V : Retranscription de l'entretien N°2.....	IX

Annexe I : Schéma du MOH

Figure 1 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (Taylor, Bowyer et al, 2024).

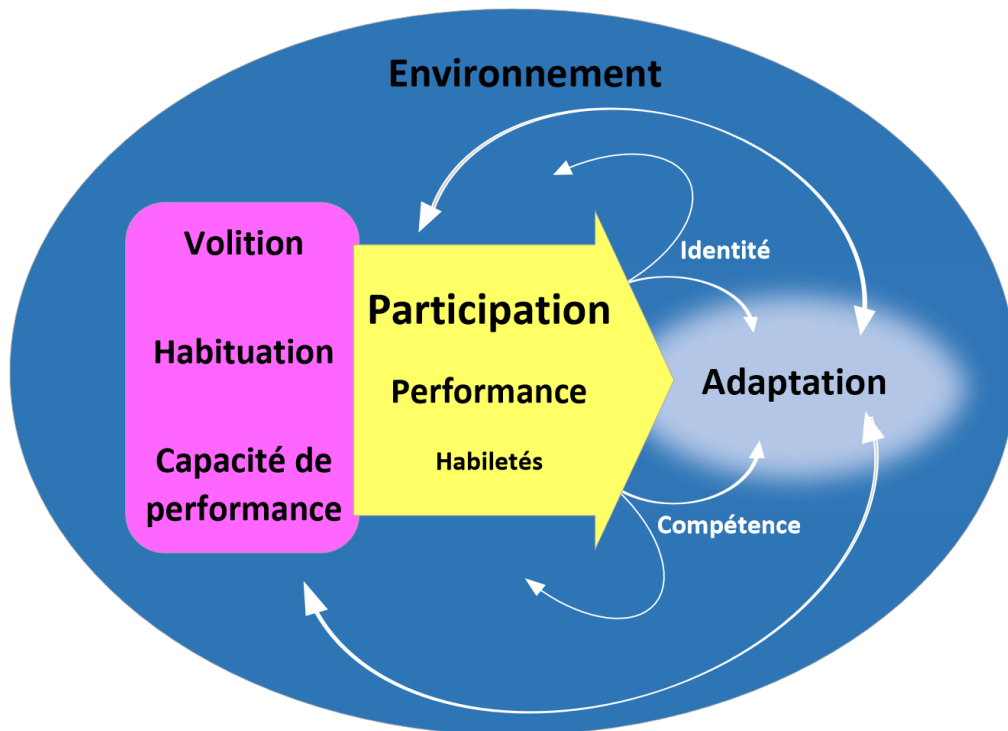


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Française).
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet et A. Doussin (2024).
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

Annexe II : Formulaire de consentement



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
Institut de Formation en Ergothérapie - 52, rue Vitruve - 75020 PARIS
Tél. : 01 43 67 15 70 – Courriel : adere@adere-paris.fr

Projet d'initiation à la recherche Formulaire de recueil de consentement

Ce formulaire vise à obtenir votre accord (consentement) pour votre participation et la collecte de données vous concernant dans le cadre du travail d'initiation à la recherche intitulé : **"Ergothérapie et traumatisme crânien : un accompagnement vers la reconstruction identitaire"**, mené par Léa BARGEOT, étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE, situé au 52 rue Vitruve, 75020 Paris et dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussigné(e) :

.....

Cochez les cases vous concernant :

- J'accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- J'autorise l'étudiante à enregistrer des audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse de l'entretien.
- J'autorise l'étudiante à me citer de façon anonyme dans son travail d'initiation à la recherche afin de soutenir ses propos.

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié d'un temps de réflexion pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais en droit d'accepter ou de refuser de participer à cette étude/ces entretiens, sans aucunes conséquences pour moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude et demander la destruction des supports audios, quelles que soient mes raisons, sans devoir me justifier, ni supporter aucunes conséquences en contactant l'étudiante à l'adresse : leabargeot@gmail.com

L'étudiante menant cette étude s'engage à :

- Garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant identique et non nominatif aux données me concernant.
- Stocker de manière sécurisée les données recueillies.
- Conserver les données recueillies uniquement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'obtention du DE d'ergothérapeute.
- Utiliser et diffuser les informations recueillies seulement dans le cadre de son travail d'étude.
- Détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de l'obtention de son DE d'ergothérapeute.

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors du cadre décrit ci-dessous est interdite.

Le présent formulaire est délivré en 2 fois.

Sous réserve de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libéré et éclairé.

Fait à....., le.....

Signature du participant :

Signature de l'étudiant :

Annexe III : Guide d'animation du focus groupe

Concept clés	Indicateurs	Questions principales	Questions de relance
Début focus groupe		Je vais vous demander chacun votre tour de vous présenter (carrière, lieu de travail...)	
Traumatisme crâniocérébral et prise en soin globale		<p>Pouvez-vous me décrire l'accompagnement type d'un patient traumatisés crâniens ?</p> <p>Comment sont évalués les patients en début, milieu et fin de prise en soin ergothérapique ?</p>	A la suite d'un accident traumatique, qu'est ce qui impacte la réalisation des occupations antérieures à l'accident ?
Le MOH	<p>L'être :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volition : « processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité » (Morel-Bracq., 2017). • Habituation : habitudes de vie sont changeantes, les préoccupations sont différentes. Les rôles sociaux se retrouvent impactés. • L'agir : séquelles (motrices, cognitives, comportementales) influencent sur la capacité à réaliser les tâches. Et peut 	Utilisez-vous le MOH ou d'autres modèles conceptuels lors de votre accompagnement ?	<p>Qu'est-ce que le modèle apporte à votre PEC ?</p> <p>D'après-vous, l'ergothérapeute pourrait-elle améliorer la volition dans la reprise d'occupation auprès des personnes traumatisées crâniennes ?</p> <p>Les composantes de la personne influenceraient-elles</p>

	entraîner une baisse de l'engagement et de l'implication		l'implication et l'engagement dans les occupations ?
Engagement occupationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'engagement (kielhofner, 2002) • Influence du contexte social et environnemental dans l'engagement occupationnel • Engagement entravé par les troubles cognitifs, comportementaux et physique • L'engagement contribue au bien-être et à l'épanouissement. 	<p>Selon vous, que signifie le terme d'engagement occupationnel ?</p> <p>Qu'est ce qui favoriserait l'engagement occupationnel ?</p>	<p>Selon-vous, quels seraient les moyens ergothérapeutiques mis en place pour rétablir un engagement auprès des personnes traumatisées crâniennes ?</p>
Equilibre / Déséquilibre occupationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibre : répartition harmonieuse entre les différentes occupations • Expérience subjective • Notion qui évolue en fonction : <ul style="list-style-type: none"> - Des facteurs intrinsèques - Des facteurs extrinsèques - Des capacités de la personne TC • Le déséquilibre occupationnel modifie le désir de participer à des occupations et provoque un sentiment de stress, de fatigue et d'épuisement (Yazdani et al., 2018) 	<p>A la suite d'un accident traumatique, quels changements occupationnels avez-vous pu constater auprès des personnes traumatisées crâniennes ?</p>	<p>Parmi ces changements occupationnels, quels sont ceux qui peuvent le plus impacter l'équilibre occupationnel d'après-vous ?</p> <p>Selon-vous, comment la personne TC pourrait retrouver un équilibre occupationnel ?</p>

<p style="text-align: center;">Reconstruction occupationnelle / Identité occupationnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identité = liée à nos actions dans un contexte social • Se façonne à travers nos expériences, nos choix de vie et par notre environnement • Reconstruction occupationnelle ne peut se faire sans avoir fait le deuil de ce qui a été perdu ou changé. • Les occupations prennent une place importante dans la construction d'une identité. 	<p>Quels rôles pourrait avoir l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes TC dans la reconstruction d'une identité ?</p>	<p>Quels liens pourraient-on faire entre occupation et identité ?</p> <p>Faites-vous un lien entre l'engagement occupationnel et la reconstruction ?</p>
--	---	---	--

Annexe IV : Guide d'entretien :

Présentation : Bonjour, Je me présente, je m'appelle BARGEOT Léa, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'ADERE à l'IFE de Paris. Tout d'abord, je souhaite vous remercier pour le temps que vous m'accordez afin de répondre à mes questions dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche.

Merci d'avoir renvoyé le document avec votre autorisation pour enregistrer cet entretien. Tout ce qui sera évoqué ici sera uniquement utilisé et analysé pour ce travail de recherche. Votre anonymat sera respecté.

Mon sujet de recherche porte sur l'accompagnement que peut proposer un ergothérapeute lorsqu'il accompagne un adulte après un traumatisme crânien dans le but que cette personne puisse réinvestir et s'engager dans des occupations essentielles pour la personne.

CONCEPT CLES	QUESTIONS PRINCIPALES	QUESTIONS DE RELANCE
Renseignements contextuels des ergothérapeutes	1. Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?	<ul style="list-style-type: none">• Depuis combien d'années êtes-vous diplômés ?• Dans quel type de structure exercez-vous actuellement ? Depuis combien de temps ? Avez-vous travaillé dans d'autres services ?
	2. Avez-vous suivi des formations complémentaires en lien avec le traumatisme craniocérébral ?	<ul style="list-style-type: none">• Si oui : quels étaient les objectifs ?• Si non : ressentez-vous le besoin d'être formé ?
Prise en soin en ergothérapie des personnes ayant subies un traumatisme cranio cérébral	3. Pouvez-vous me décrire l'accompagnement type d'un patient traumatisé crânien ? (Le parcours de soin du TC)	
	4. Comment sont évalués les patients en début, milieu et fin de prise en soin ergothérapique ?	
	5. Quels sont les troubles majeurs suite à un traumatisme craniocérébral ?	<ul style="list-style-type: none">• A la suite d'un accident traumatique, qu'est ce qui impacte la réalisation des occupations antérieures à l'accident ?

	<p>6. Utilisez-vous le MOH lors de votre accompagnement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui : pour quelles raisons ? Qu'apporte le modèle à votre PEC ? ▪ Si non : utilisez-vous un autre modèle conceptuel ? <p>7. Lors de votre prise en soin, quels éléments essentiels prenez-vous en compte chez ces patients (volition, habitudes de vie, rôles sociaux ?)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment les prenez-vous en compte ? 	<p>L'ergothérapeute pourrait-elle améliorer la volition/ la motivation dans la reprise d'occupation auprès des personnes traumatisées crâniennes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si oui comment, quels seraient ses moyens ? - Si non : pourquoi ?
<p>L'engagement occupationnel et les mises en situation</p>	<p>8. Selon vous, que signifie le terme d'engagement occupationnel ?</p>	
	<p>9. Quels facteurs influencent l'engagement dans les occupations ?</p>	<p>Comment l'ergothérapeute peut-il évaluer et agir sur l'engagement occupationnel ?</p>
	<p>10. Réalisez-vous des MES ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si oui : quel est l'intérêt ? Cela a-t-il un impact sur la motivation du patient ? ○ Si non : pourquoi ? <p>11. Quelle est la place des mises en situation écologique dans votre pratique ? (fréquence)</p> <p>12. Existe-t-il selon vous un lien entre les MES et l'engagement dans les occupations ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui : comment ? Pourquoi ? ▪ Si non Pourquoi 	<p>13. Comment observez-vous / évaluez-vous l'engagement des patients lors des MES en ergothérapie ?</p> <p>14. Quels autres outils utilisez-vous et pourquoi ?</p>
<p>Identité occupationnelle</p>	<p>15. Selon vous, l'ergothérapeute à t-il un rôle dans l'accompagnement des personnes TC dans la reconstruction d'une identité occupationnelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui : comment l'ergothérapeute pourrait-il agir ? 	

Conclusion	<p>16. Qu'est ce qui pour vous est le plus important dans l'accompagnement d'une personne traumatisée crânienne ?</p> <p>17. Avez – vous des éléments à rajouter ou des points à approfondir ?</p>	
-------------------	--	--

Annexe V : Retranscription de l'entretien N°2

Léa : Bonjour, vous m'entendez bien ?

Ergo 2 : Bonjour, oui je vous entends

Léa : Super, bah déjà merci à vous d'être là et d'avoir accepté de faire cet entretien et d'avoir accepté de répondre à mes questions dans le cadre de ce mémoire de recherche.

Ergo 2 : Avec plaisir

Léa : Je vous rappelle que tout l'entretien sera enregistré, mais c'est uniquement utilisé et analysé pour ce travail de recherche.

Ergo 2 : oui ok

Léa : Je vous rappelle mon sujet de recherche, donc ça porte sur l'accompagnement que propose un ergothérapeute lorsqu'il intervient auprès des personnes traumatisées crâniennes dans le but que cette personne puisse réinvestir et s'engager dans des occupations essentiels en tout cas pour elle.

Voilà. Est-ce qu'on peut commencer l'entretien ?

Ergo 2 : Oui c'est bon

Léa : ok est-ce que dans un premier temps, vous pourriez me décrire votre parcours professionnel.

Ergo 2 : Donc moi, j'ai diplômé en école à l'école de *** et j'ai été diplômé en juin 2009. Donc euh j'ai fait une coupure de 4 à 5 mois puis j'ai commencé à travailler dans une clinique SSR plutôt gériatrique. Et ensuite, donc j'y suis resté jusqu'en janvier 2022 et ensuite, je suis à l'hôpital de *** du coup en SSR neuro

Léa : D'accord

Ergo 2 :

Donc voilà, SSR Neuro à mi-temps et euh mon autre mi-temps en SAMSAH neuro.

Léa : Et donc, en SSR neuro et en SAMSAHH vous avez des personnes traumatisées crâniennes ?

Ergo2 : Oui, effectivement, tout à fait, des personnes qui ont des lésions cérébrales acquises donc ça va être tout ce qui est AVC, trauma crâniens, anoxie cérébrale, tumeur cérébrale et euh tout ce qui va toucher le cerveau.

Léa : D'accord donc, ça fait à peu près combien de temps que vous travaillez SSR neuro *** ?

Ergo 2 : Ba ça fait depuis euh depuis janvier 2022, donc ça va faire ... euh en 2021 euh nan en 2020 nan nan 2021, en janvier 2021 donc ça fait 3 ans et demi.

Léa Ok et est-ce que vous avez déjà suivi des formations complémentaires en lien avec le traumatisme craniocérébral ?

Ergo 2 : Alors euh spécifiquement au début, j'ai eu un peu un rappel, sur la lésion cérébrale acquise. J'ai eu une formation CO-OP mais pas spécifique au TC.

Léa : D'accord, ok. Alors maintenant on va rentrer sur des questions de prises en soin globales.

Ergo 2 : Ouai

Léa : Alors est ce que vous pourriez me décrire l'accompagnement type ou le parcours de soin du traumatisé crânien ?

Ergo 2 : Donc traumatisés crâniens après ça dépend mais souvent c'est réa dans le coma ensuite y'a un réveil dans un SRPR dans euh dans une unité de soins de rééducation post réanimation. Donc euh c'est des personnes qui sont justement entre la réa et le centre de rééducation qui ont des soins assez lourds, ils ont encore la trachéo, encore besoins de beaucoup de soins infirmiers, médicaux. Et ensuite quand ils sont... ils peuvent passer en centre de rééducation en SMR donc ça fait réa SRPR puis SMR ou sinon Réa SMR ensuite après SMR retour à domicile avec souvent hôpital de jour et ensuite après l'hôpital de jour ça va être d'essayer de trouver des relais comme le SAVS.

Et après, il y a des institutions, si le cas est trop lourd, ça passe de SMR à institution, directement.

Léa : Ok d'accord.

Ergo 2: Ça, c'est le parcours de soin type c'est ce qui devrait ressembler, après il peut y avoir des étapes qui peuvent sauter comme la rééducation.

Léa : Oui oui d'accord. Et comment sont évaluées les patients en début, milieu et fin de prise en soin ?

Ergo 2 : Tu parles en centre de rééducation ?

Léa : Plutôt en... Oui, en centre de rééducation, en SMR mais aussi en SAMSAH.

Ergo 2 : Ok . Alors, euh au début ça va être assez compliqué parce que sur pratiquement tous les traumatisés crâniens parce que spécifiquement aux traumatisés crâniens fin souvent ils sont encore en APT donc en amnésie post traumatique.

Léa : Ah, d'accord.

Ergo 2 : Donc, dans ces cas-là, c'est très difficile d'établir une évaluation à l'entrée même.

Léa : A l'arrivée du patient.

Ergo 2 : Voilà, à l'arrivée du patient. Donc, souvent, on essaye plutôt de faire de la rééducation à ce moment-là. Et après l'APT, quand on voit qu'il est un peu plus stable, on commence l'évaluation. Donc, nous, on fait l'EfRFC, on peut faire la MCRO, on peut faire des tests de planification, des bilans cognitifs neurovisuel, du calcul. C'est assez complexe, mais on peut commencer à ce moment-là l'évaluation. Et souvent, on refait une évaluation plutôt à la sortie, à part si la prise en soin, elle peut durer très, très longtemps. Par moment, on peut faire une évaluation au milieu, mais c'est très rare qu'on fasse une évaluation au milieu et de la prise charge.

Léa Oui

Ergo 2 : Il y a une à la fin. Et après, quand les patients, s'ils arrivent et qu'ils ne sont pas en APT, là, on peut directement commencer l'évaluation dès la première séance d'ergo.

Léa : D'accord, OK.

Ergo 2 : On s'adapte vraiment à la situation des patients parce qu'en APT, c'est trop compliqué ils sont tellement désorientés, tellement avec des troubles de mémoire de travail développement du travail, qu'on ne peut vraiment rien faire.

Léa : Oui, d'accord c'est pas possible. Et au SAMSAH, du coup, est-ce que les patients sont également évalués ou...

Ergo 2 : Ils sont évalués parce que le SAMSAH, du coup, il y a une préadmission avec le médecin et euh quelqu'un de l'équipe. Donc, ça dépend souvent, c'est le coordinateur du SAMSAH qui vont faire une préadmission. Et ensuite, présentent le cas à l'équipe. Et à partir de ce moment-là, on lance une phase d'évaluation qui peut durer entre un à deux mois où tous les professionnels viennent évaluer le bénéficiaire et ils évaluent donc euh nous, en ergo, on va utiliser le profil des AVQ et la MCRO, l'entretien MCRO pour, justement, évaluer les besoins et savoir de quoi il a besoin, quels sont ses objectifs à lui et sur quoi, nous, on peut les accompagner. Et ensuite, quand tout le monde a fait son évaluation, enfin, compte rendu, et on fait une synthèse d'évaluation lors d'une réunion où tout le monde évoque un peu ce qu'il a pu remettre en avant et quels sont les objectifs selon chaque profession. Et on fait ça et ensuite, on s'est inscrit dans le projet d'accompagnement personnalisé. Et ensuite, du coup, à partir de ça, tu euh on le fait signer au bénéficiaire pour qu'on ait son accord qui soit, on va dire, comment ça s'appelle euh j'ai perdu le mot qui s'intègre... euh qu'il s'intègre dans la prise en charge qui se...qui s'investisse voilà

Léa : D'accord.

Ergo 2 : Qui s'investisse dans la prise en charge en mode, j'ai signé un contrat et on a établi ça et ça comme objectif. Du coup, il se il accorde du coup à ses objectifs là. Voilà. Parce que le contrat, du coup, il permet de, comment dire, de structurer, enfin, de s'engager, en fait, sur la période. Donc en fait c'est un projet d'accompagnement personnalisé, donc PAP, qu'on signe tous les ans et du coup, tous les ans, on va faire une mise à jour de la situation. Donc, tous les ans, on vient faire un peu une synthèse de qu'est-ce qu'on a fait dans l'année, est-ce qu'on a atteint nos objectifs, qu'est-ce qu'il reste à faire pour qu'on puisse atteindre nos objectifs et est-ce qu'il y a des nouveaux objectifs qui vont émerger suite à la prise en charge.

Léa : D'accord, ok.

Ergo 2 : Voilà, et à la fin, quand le PAP, il n'y a plus d'objectif, le SAMSAH s'arrête, parce qu'il n'y a plus de possibilité à ce qu'on les accompagne sur leurs objectifs qui sont tous atteints.

Léa : Oui, et je reviens juste, pour le SAMSAH, les patients, ils sont à domicile ?

Ergo 2 Oui, c'est ça, donc on intervient uniquement à domicile.

Léa : D'accord, ok. Au niveau euh quels sont les troubles majeurs suite à un traumatisme crânio-cérébral ?

Ergo 2 : Alors euh le tableau clinique, c'est souvent des troubles du comportement. C'est l'un des premiers troubles des TC. Alors troubles du comportement, euh aussi un syndrome dysexécutif, donc avec des gros troubles des fonctions exé donc, pas de flexibilité, pas de planification, pas d'organisation, mais des grosses difficultés de stratégie et d'adaptation. Et ça, c'est vraiment le point qui est phare chez les traumatisés crâniens. Il y a rarement des troubles moteurs associés, mais plutôt des troubles cognitifs. Et aussi, une euh des troubles de la mémoire qui peuvent être assez importants aussi chez les traumatisés crâniens. C'est plutôt la mémoire du travail, et puis, c'est surtout ces plans-là, et en fonction de la zone du traumatisme crânien ou forcément si c'est en frontal, ça va être plutôt des troubles cognitifs, mais si c'est plus en occipital, ça va être des troubles neurovisuels et visuels.

Léa : D'accord. Oui, donc c'est plutôt des troubles cognitifs et troubles comportementaux.

Ergo 2 Oui, parce que souvent, quand c'est un TC, c'est souvent un choc qui a lieu à l'avant de la tête. C'est le cas le plus fréquent et c'est plutôt voilà des troubles du comportement et des troubles des fonctions exé.

Léa : Ok, oui, tout à fait. Et justement, à la suite d'un accident traumatique, qu'est-ce qui impacte la réalisation des occupations antérieures à l'accident ?

Ergo 2 : De quoi pardon ?

Léa : A la suite d'un accident traumatique, qu'est-ce qui impacte la réalisation des occupations antérieures à l'accident ?

Ergo 2 : Ça va être tout ce qui a justement un lien avec les fonctions exé. Donc ça va être la prise d'initiative des activités, ça va être la capacité de planifier une activité, de s'adapter en fonction de s'il y a des obstacles ou pas, d'avoir de la flexibilité. Parce que c'est des patients, des fois, qui ont aussi un gros apragmatisme, mais justement la prise d'initiative fait qu'ils ont besoin d'être beaucoup stimulés oralement pour faire les activités. Donc ça va surtout ça qui va venir impacter, et la plupart du temps, les AVQ assez simples sont vite réalisées en centre de rééducation les personnes arrivent vite à redevenir autonomes et indépendantes dans les activités simples, mais dès qu'on passe à des activités plus complexes, les courses, la cuisine, organiser une journée, comment gérer plusieurs rendez-vous dans une même journée, qu'est-ce qu'on fait si il se passe ça ou ça dans sa vie, c'est là où on va avoir plus de biais en fait plus de difficultés, peut-être juste sur les activités plus complexes. Moi, ce que je trouve dans le centre de rééducation, c'est qu'ils vont vite progresser sur les activités simples et dès qu'on passe à des plus complexes où ça demande plus les fonctions exé, ça mobilise beaucoup plus les fonctions cognitives, que là, ça va venir biaiser.

Léa : D'accord ok. Et euh Est-ce que lors de votre accompagnement vous utilisez un modèle conceptuel particulier ?

Ergo 2 : Récemment j'ai été formée au MCRO, donc j'essaye de plus en plus de l'intégrer dans ma prise en charge. Ce qui est compliqué en rééducation c'est que si les patients sortent d'APT, s'ils sont en APT on ne peut pas parler et s'ils sont trop lourds euh par exemple s'ils ont une aphasie, alors euh j'ai pas mal d'AVC mais chez les traumatisés crâniens on peut bien utiliser le MCRO parce que souvent il y a une possibilité d'échange, eux-mêmes sont capables d'évoquer un peu les activités dans lesquelles ils ont des difficultés. Et je trouve que c'est un bon modèle à utiliser avec les traumatisés crâniens parce qu'on est à leur écoute tout en rebondissant sur les éléments qui peuvent être difficiles pour eux et euh c'est un bon sujet, alors après là j'ai pas encore assez mis en place pour vraiment ressortir des points, mais des quelques traumatisés crâniens que j'ai fait avec le MCRO on en a sorti pas mal d'objectifs des activités qui étaient difficiles et par lesquelles on a pu mettre en place des objectifs en lien avec ça

Léa : D'accord ok, et euh est-ce qu'il y a d'autres outils ou modèle que vous utilisez ou c'est seulement le MCRO ?

0:14:26 Le MCRO euh après c'est pas un modèle mais profil des AVQ, c'est plus une évaluation, mais c'est vrai qu'en modèle nan c'est plus dans le MCREO c'est difficile à mettre en place ou en prise en charge on apprend beaucoup ça à l'école, mais de mettre en place au quotidien dans les prises en charge c'est un peu plus compliqué

Léa : Oui ok Et le MCREO apporte quoi du coup à votre prise en charge ?

Ergo 2 : Que ça soit la personne qui s'exprime d'elle-même sur les activités dans lesquelles elle a du mal et que nous on apporte juste un petit guidage pour leur dire est-ce que c'est plutôt ça ou est-ce que c'est plutôt ça et un peu plus préciser dans quoi ils ont du mal parce que par exemple ils vont dire j'ai du mal à cuisiner mais est-ce que c'est cuisiner des nouvelles recettes ou c'est cuisiner des recettes habituelles est-ce que c'est plus dans l'organisation ? Est-ce que c'est parce qu'il n'y a pas les ingrédients dans le frigo ?

Léa : Oui

Ergo 2 : En fait c'est plus spécifier qu'est-ce qui pêche dans l'activité même et qu'on vienne vraiment spécifier sur quoi il y a des difficultés et que ça soit la personne qui apporte cela et que ce n'est pas nous en tant que rééducateur qui lui imposons les sujets sur lesquels on va aborder et vraiment il est libre de parler de tout ce qui leur passe par la tête par exemple j'avais un traumatisé crânien, lui ce qu'il voulait c'était un petit jeune de 18 ans et il m'a sorti parce que j'aimerais ça serait d'apprendre les démarches administratives parce que je n'en ai jamais fait alors qu'on n'avait jamais abordé les démarches administratives. Donc des fois ça apporte même des nouveaux horizons de prise en charge pour la suite et c'est ça qui est assez intéressant c'est des choses que nous en tant que thérapeute on n'aurait pas forcément pensé et que eux pensent et que je trouve que ça met un peu un pied d'égalité en mode on est une équipe on avance ensemble et pas en tant que moi thérapeute qui a un poids sur lui et qui décide tout de la rééducation qu'il aura par la suite

Léa : Oui oui tout à fait.

Ergo 2 : Ça le rend acteur, ils sont plus motivés, ils s'investissent beaucoup plus dans la prise en charge, ils essayent vraiment de trouver des éléments et en fait à la suite des MCRO souvent les personnes du coup sont, je sais pas pourquoi ils ont l'impression qu'on est plus là à l'écoute et qu'ils vont beaucoup plus nous parler des choses qu'ils ne vont pas alors qu'au début ils vont être réfractaires non non tout va bien tout va bien et en fait de faire ça ça peut aussi les aider à se dire qu'on peut entendre que par exemple j'ai un problème que c'est compliqué de mettre une chaussure aux pieds droits alors que ça pourrait être tout simple ils savent que du coup on n'a pas de jugement et qu'on est vraiment là pour les aider

sur tout type d'activités de la vie quotidienne et que ce soit eux qui décident un peu ce qu'ils veulent ou pas travailler.

Léa : Ok ah oui

Ergo 2 : C'est vraiment de l'autodétermination en mode c'est eux qui décident un peu ce qu'ils veulent dire et ce qui veulent faire.

Léa : D'accord, ok. Oui et puis comme vous l'avez dit tout à l'heure, ça rend acteurs les personnes.

Ergo 2 : C'est ça.

Léa : Et lors de votre prise en soins, quels éléments essentiels prenez-vous en compte chez ces patients ?

Ergo 2 : Plus sur la prise de soins du coup, plus au médical ?

Léa : Pas forcément, ça peut être aussi bien chez la personne, je dirais. Pas forcément au point de vue médical.

Ergo 2 : Sur quoi on va faire attention avec la personne ?

Léa : Euh en ergothérapie, je dirais. Quels sont les éléments essentiels en ergothérapie à prendre chez ces patients-là ?

Ergo 2 : Vraiment s'appuyer sur ses habitudes de vie antérieure. Vraiment demander ce qu'il faisait avant et quels sont un peu ses loisirs pour qu'on puisse s'appuyer dessus sur la rééducation. Et puis ça va être aussi un peu de savoir comment eux ils le sentent au fur et à mesure de la progression, de l'avancée de la rééducation. Parce que par exemple à l'entrée, ça va pas être les mêmes demandes qu'au milieu de la rééducation. Donc en fait on va faire des points régulièrement. Est-ce que vous êtes d'accord à ce qu'on continue ? Vous voulez qu'on l'arrête ou qu'on s'arrête sur autre chose ? Donc ça va être faire des points régulièrement sur les objectifs travaillés sans forcément faire de bilan réel.

Léa : Oui

Ergo 2 : Ça va être plus en mode non officiel. Officiellement, on va parler par exemple euh utiliser euh faire des démarches administratives. Ok, c'est bien, maintenant j'arrive. Mais j'aimerais maintenant plus spécifiquement comprendre, suite à mon traumatisme crânien, qu'est-ce que je peux avoir comme démarches administratives en lien avec AMELI par exemple donc ça amène une nouvelle piste. On avance avec eux dans l'échange, savoir comment on peut évoluer la prise en charge et vers quoi on peut tendre pour l'accompagnement.

Léa : Donc ça c'est plutôt en SMR ou vous le faites aussi pour le SAMSAH ?

Ergo 2 : En SMR, c'est plus rapide parce que forcément c'est de la rééducation. On n'est là que sur quelques mois donc il faut qu'on avance et les patients évoluent aussi plus rapidement. En SMR, ça va être beaucoup plus dans le mois ou même dans les semaines qui arrivent. On va vite faire des points de ce qui a avancé pour les prochaines semaines. Et après, en SAMSAH, c'est un peu plus tous les six mois, un an. On va venir faire un point en fonction de l'avancer de notre travail et notre accompagnement. On a atteint ça comme objectif ok et par la suite qu'est-ce qu'on fait du coup. Par exemple, là j'ai un jeune traumatisé crânien, on a fait une MCRO, qui voulait se déplacer sur de plus longues distances à l'extérieur. On a fait des essais de fauteuil roulant électrique. On va valider par la suite, mais en quoi il va l'utiliser ? On va essayer de faire des courses, on va essayer de prendre les transports en commun. Donc en fait on a atteint la première étape. Maintenant, on passe à la deuxième étape c'est un peu au fil des mois et des fois, en fonction des années parce que des fois ça peut être très très long.

Léa : D'accord ouai. Et ce que vous prenez aussi en compte chez ces patients, par exemple, ce sont les rôles sociaux, les comment dire la motivation ?

Ergo 2 : Oui. Tout ça, ça va rentrer dans justement dans le MCRO et un peu de voir sur quel point il va être motivé. Et aussi, quel rôle il va jouer dans la famille par exemple, quand on tourne sur des gens qui vivent chez papa, maman, ça ne va pas être les mêmes demandes que les jeunes qui vivent tout seuls, qui ont un appartement à gérer, qui ont une copine, je ne sais pas, un enfant. Et du coup, on fait attention à l'environnement et à quel rôle ils sont dans leur famille pour essayer de se rapprocher au maximum de ce qu'ils faisaient avant.

Léa : D'accord.

Ergo 2 : Aussi, c'est des nouveaux rôles qui arrivent des fois, ça arrive qu'un traumatisé crânien, au fil des années, devienne papa et du coup, comment il peut gérer ce rôle de papa ? Quelles tâches, lui, il peut faire ? Et justement, ça va être d'intégrer ce nouveau rôle dans nos objectifs. En mode, ok, vous voulez prendre plus de place comme père, qu'est-ce qu'on peut faire du coup ensemble pour que vous puissiez passer du temps avec votre fils ? Donc, on essaie d'intégrer, on s'adapte en fonction de chacun. S'il y a des rôles particuliers, s'il y a des nouvelles choses qui arrivent et comment on peut s'adapter pour qu'il puisse prendre sa place dans la société ou même dans la place dans sa famille.

Léa : D'accord, ok. Mais il y a quand même, vous me dites, chez les personnes traumatisées crâniennes, il y a des rôles sociaux qui donc, avant l'accident, la personne avait des rôles sociaux mais qu'en est-il du coup du après l'accident ?

Ergo 2 : Alors, en fait, c'est que souvent, ils ont des rôles sociaux avant l'accident. Des fois, ils ne peuvent pas les reprendre parce que les rôles sont trop importants il peut être président d'une association, de je ne sais pas quoi. Il a des gros troubles de comportement et des troubles de la mémoire mais là, il ne peut pas reprendre son rôle alors, peut-être qu'il peut être juste bénévole et redescendre en termes de rôle. Justement, ça va s'adapter en fonction de l'association, des personnes qui sont dans cet environnement-là, comment eux, ils l'intègrent aussi dans ce rôle. Est-ce qu'ils veulent tout de suite leur mettre en tant que président ou est-ce qu'ils veulent juste le faire venir avec eux dans cette association-là ? Donc, il faut... Parce que malheureusement, la société n'est pas du tout sensibilisée aux traumatismes crâniens, aux troubles du comportement et aux troubles cognitives.

Léa : Oui oui

Ergo 2 : Donc, tout le monde n'accepte pas forcément l'arrivée des personnes en situation de handicap comme ça. Et des fois, c'est l'extérieur, mais des fois, c'est aussi bien eux-mêmes qui disent je ne veux pas y retourner parce que je n'ai pas envie qu'on me voie comme ça et qu'on ait de l'empathie pour moi et qu'on ait de la tristesse par rapport à ma situation. Donc, il y en a plein qui changent même de rôles sociaux à l'extrême et ne vont plus du tout dans les associations ni dans les rôles qu'ils avaient avant.

Léa : D'accord ok

Ergo 2 : Mais des fois, c'est d'eux-mêmes qui refusent.

Léa : Ah oui d'accord, et justement, tous ces éléments donc des habitudes de vie, des rôles sociaux, comment vous les prenez en compte, est-ce que vous les évaluez ?

Ergo 2 : C'est un peu dur d'évaluer les rôles sociaux. Ça va être plutôt dans les échanges de noter quel rôle ils ont dans la société à différentes échelles, aussi bien dans leur famille que au travail, que dans les associations, que partout dans les différents rôles. Ça, on va le noter, mais on ne va pas venir évaluer s'ils n'ont pas besoin de reprendre. Ce qui est bien, après, avec le SAMSAH, c'est qu'on est là plus loin après l'accident et qu'on reste plus longtemps aussi que quelques mois. On arrive plus à établir des possibilités de retrouver des rôles sociaux mais dans d'autres situation que les habitudes antérieures.

Léa : D'accord.

Ergo 2 : On peut les aider à retrouver une association de sport ou du coup de faire du parasport dans une association de sport. On peut les aider à faire du bénévolat quelque part, dans la croix rouge. En fait, on va essayer de leur trouver des nouvelles occupations, des nouveaux rôles, mais qui ne se feront pas forcément rattachés à leurs rôles

antécédents, mais qui peuvent être rattachés du coup à leur hobby, à leur manière d'être. C'est en fonction de chacun. Mais on n'a pas d'évaluation pure.

Léa : Oui, c'est plutôt par entretien, en fait.

Ergo 2 : Oui c'est ça

Léa : Ok c'est intéressant. Maintenant, je vais passer sur l'engagement occupationnel. Est-ce que vous pourriez me donner une définition avec vos mots sur justement ce terme d'engagement occupationnel ? Qu'est-ce qu'il signifie ?

Ergo 2 : Oui, c'est assez complexe quand même. Euh l'engagement occupationnel, euh ça serait un peu lié aussi à la volition, comment la personne va se motiver et va s'investir dans la prise en charge, dans l'accompagnement, dans la rééducation. Et ça va être justement trouver des leviers, trouver des points qui peuvent aider à améliorer l'engagement occupationnel et comment il va encore plus s'investir et être motivé à continuer la rééducation et ça, on va venir le noter en termes de compte-rendu avec l'engagement occupationnel.

Léa : Ok. Et justement, quels facteurs pourraient influencer cet engagement ?

Ergo 2 : Les facteurs, ça serait la personne en elle-même. Est-ce qu'elle est motivée ou pas ? Est-ce qu'elle a un pragmatisme ? Est-ce qu'elle a des troubles trop importants ? Ça va être plus en interne à elle par rapport à ses capacités et incapacités.

Léa : Oui d'accord donc selon vous, si je résume l'engagement occupationnel ce serait lié à la volition mais aussi à l'investissement de la personne c'est ça ?

Ergo 2 : Oui tout à fait et puis, ça va être aussi les facteurs externes des environnements si bien sociaux que matériels en quoi ça va venir à impacter cet engagement.

Léa : ok et est-ce que l'ergothérapeute, elle peut justement... Enfin, comment elle peut agir justement sur cet engagement ?

Ergo 2 : sur cet engagement, ça va être beaucoup à la base d'écoute, de savoir qu'est-ce qu'il aime, qu'est-ce qu'il aime pas, pour trouver justement des leviers et qu'on puisse adapter notre prise de soin et l'individualiser en fonction de ce que la personne aime ou n'aime pas pour qu'elle puisse être encore plus motivée et s'investir dans la rééducation. Hum et après, les autres leviers, ça va être à plus long terme, par exemple d'adapter l'environnement physique à la personne pour qu'elle puisse plus s'intégrer et beaucoup plus se mobiliser dans l'activité si s'est adapté à ses fonctions, ou trouver des compensations pour les troubles cognitifs, trouver des compensations humaines ou matérielles pour justement qu'elle puisse s'épanouir à faire des activités là sans se mettre trop en échec. Donc ça va être vraiment limiter les échecs et adapter pour qu'elle puisse y arriver.

Léa : Ok oui hum est-ce que vous réalisez des mises en situation ?

Ergo 2 : Énormément, oui. La base de notre métier donc en centre de rééducation on essaie beaucoup les mises en situation alors après, ça demande beaucoup de temps à faire. Il y a des financements, il faut aller faire des bons. C'est beaucoup de temps administratif, de préparation en amont pour pouvoir faire les mises en situation. Mais dès qu'on peut, on essaie de faire des mises en situation après, il faut rester un peu dans les clous. Par exemple, une personne qui va dire « J'adore aller aux matchs du PSG dans la tribune des supporters et euh chanter

Léa : Ah oui

Ergo 2 : Là, on ne va pas pouvoir faire de mises en situation. Voilà on essaie de s'adapter on reste sur des activités qui sont assez abordables et assez simples à faire. Et dès que ça commence à être un peu trop complexe, souvent on demande sinon à la famille, à l'entourage...

Léa : de les accompagner.

Ergo 2 : De les accompagner voilà mais on essaie de s'adapter au plus proche de leur lieu de vie en centre de rééducation après, ce qui est bien en SAMSAH, c'est qu'on est directement à domicile. Donc, on peut faire la mise en situation directe au domicile. Et souvent, nos visites à domicile, c'est beaucoup de mises en situation. Par exemple, si je veux mettre des soutiens-gorge, on va aller tout de suite les essayer parce qu'on les a sous la main. En fait, en SAMSAH, c'est beaucoup plus facile dès qu'il y a un point à faire, on le fait directement. Et il n'y a pas de temps de latence de ramener le matériel, de préparer, etc. Mais vu qu'on a tout sous la main et qu'on a le temps, on peut le faire quasiment directement dès que la personne nous en parle.

Léa : D'accord. Et donc, pour vous, quel est l'intérêt de réaliser des mises en situation ?

Ergo 2 : Ba ça permet de voir quelles sont un peu ses capacités, quels sont les freins et comment venir compenser les freins pour qu'elle puisse quand même y arriver. Des fois, il faut juste trouver une autre planification de la tâche. En mode, il faut peut-être plus faire ça comme ça ou plus faire ça comme ça. Et après, si ça devient trop compliqué, c'est de trouver des aides techniques. C'est de trouver, de réfléchir à une technique ou de fabriquer une aide technique pour qu'elle puisse y arriver. Par exemple, se coiffer les cheveux à une main, ça va être trouver une aide technique pour qu'elle puisse le faire, la fabriquer, l'essayer et du coup ça, ça se passe en plusieurs étapes. Mais on essaie le plus possible de mettre en situation pour justement voir ce qu'elle est capable de faire et ce que nous, on peut venir compenser si jamais ça devient trop difficile.

Léa : Oui, ok ok. Et hum est ce que du coup, est-ce qu'il existe selon-vous un lien entre les mises en situation et l'engagement dans les occupations ?

Ergo 2 : Oui, parce que de se mettre en mise en situation, d'être en mise en situation, ça permet d'être acteur en fait. La personne va se sentir beaucoup plus mobilisée à faire les choses que de faire un exercice papier-crayon il va se dire, mais je m'en fous en fait je ne fais pas ça au quotidien de faire un sudoku papier-crayon ce n'est pas ce qui m'intéresse moi, ce que je veux, c'est pouvoir ranger mes documents ou passer des appels. Du coup, les mises en situation, ça permet d'être beaucoup plus concret, beaucoup plus rattachée aux habitudes de vie antérieure et d'avoir un réel impact au quotidien. Ils vont beaucoup plus voir les liens faits au quotidien et de pouvoir transposer les acquis d'une activité à une autre, alors qu'en juste papier-crayon ou faire des jeux de société, ils ne vont pas forcément voir les liens dans notre tête en mode le jeu de société, ça va faire travailler telle et telle capacité, alors qu'eux, ils vont dire, on fait juste un Uno ce n'est pas hyper stimulant donc, d'être en mise en situation, ça leur permet beaucoup plus de s'engager, de voir en fait ce qu'ils y arrivent ou qu'ils n'y arrivent pas et quand on trouve des solutions, ils voient qu'on peut y arriver, même s'il y a des difficultés, on peut trouver des choses à faire quand même avec les difficultés qu'ils ont.

Léa : Oui ok est-ce que vous utilisez d'autres moyens, d'autres outils, justement, pour favoriser cet engagement ou c'est principalement les ?

Ergo 2 : On peut avoir le levier de la famille, effectivement, qui peuvent être aussi moteurs et aider à motiver la personne à faire des choses. Ça, ça existe beaucoup chez les TC qui sont apragmatiques, où la famille a tout le temps besoin de stimuler donc, il y a un poids axé sur la famille, il encourage. Et puis, ça va être aussi un peu de les investir dans des associations, style des GEM, des associations sportives ou du bénévolat. Et en fait, de les mettre en situation et qu'après, ils s'investissent et qu'ils y vont toutes les semaines ou quoi, ça va aussi engager leur occupation et leur motivation à faire tout ça. Et ça, ça a plutôt un lien, justement, avec les associations et les personnes qui gèrent tout ça pour que ça se passe bien.

Léa : Ok ok

Ergo 2 : Je dis beaucoup de choses, hein.

Léa : Non, mais c'est très bien, c'est très intéressant du coup. Euh ok. Oui, donc si je résume un petit peu, c'est que pour vous, les mises en situation, ça permet justement de rendre la personne traumatisée crânienne, donc à rendre acteur, en tout cas, dans les occupations,

dans ses habitudes de vie quotidienne et d'être au plus proche de ses habitudes de vie antérieures.

Ergo 2 : C'est ça. Et puis, du coup, de retrouver certaines identités occupationnelles. Tu parlais d'identités occupationnelles parce qu'on leur permet de refaire un point là-dessus, de changer un peu sur certains points, mais de se dire qu'ils restent quand même ce qu'ils sont et ça ne change pas forcément énormément par rapport à avant.

Léa : Oui bah du coup, ça vient sur ma prochaine question.

Ergo 2 : J'ai anticipé.

Léa : Voilà, tout à fait. Donc, selon vous, l'ergothérapeute a-t-il un rôle dans l'accompagnement des personnes TC dans la reconstruction d'une identité occupationnelle ?

Ergo 2 : Bah tout le monde a un rôle, en fait, toute une équipe, surtout en centre de rééducation a un rôle parce que, n'empêche, ce qui leur arrive, ce n'est pas rien ils perdent tout repère, toute identité parce qu'ils se retrouvent complètement déficitaires de plein de choses ils se retrouvent dépendants de d'autres personnes, donc ils perdent un peu leur identité. Mais justement, nous, de faire de la rééducation, de voir qui s'améliore, de voir qui peuvent reprendre des choses, refaire des choses, de pouvoir s'intégrer dans des associations ou quoi, ça leur valorise un peu leur identité. Ça permet, oui, ça se trouve, de changer sur certaines parties ce qui sont leurs rôles, ce qu'ils peuvent faire. Parce que c'est vrai qu'on a tendance à oublier que quand on se présente, nous, on se dit, ben voilà, je m'appelle ***, je suis ergothérapeute on s'identifie beaucoup à notre métier et souvent, c'est des personnes qui n'ont pas forcément de reprise professionnelle par la suite et qui sont complètement perdus par rapport à ce rôle-là. Et du coup, tous, on a un peu tous les rééducateurs, toutes les personnes qui entourent les TC, ont un rôle à jouer sur leur identité, sur leur identité occupationnelle, et qu'ils arrivent à se retrouver dans qu'est-ce qu'ils sont et qu'est ce qu'ils veulent aussi, eux, par la suite. C'est vrai que nous, ergo, on a quand même une spécificité où on est beaucoup en mise en situation, on est beaucoup sur le quotidien, et ça va être de les aider à s'engager sur des nouvelles occupations et, par conséquent, trouver des nouvelles identités occupationnelles.

Léa : Oui ok

Ergo 2 : Donc on joue un peu sur les 2 on s'appuie sur les anciennes habitudes de vie et sur qui ils étaient avant pour ensuite, on ne va pas dire créer un nouveau, mais euh s'appuyer sur qui ils sont et que ce qui est leur point fort, quelles sont leurs capacités pour

créer de nouvelles identités parce qu'il faut mettre ça au pluriel, en fait ils ont plusieurs identités.

Léa Oui. OK. Et, justement, comment nous, on pourrait agir sur ça ? Enfin, sur l'identité.

Ergo 2 : euh ba ça va être vraiment de les aider à reprendre confiance en eux dans les activités, à leur montrer qu'ils sont capables de faire des choses et puis ça va être de les accompagner vers des...c'est tout bête, mais vers des associations, vers des groupes parce que c'est souvent dans les groupes qu'on trouve une identité aussi. Ça va être de même quand ils sont tous seuls aussi avec les autres, savoir comment ça se passe et ça va être de les accompagner sur ces différents plans, aussi bien individuels qu'en groupe, en collectivité, qu'aussi au sein de leur famille et c'est de trouver un rôle pour s'adapter et on va venir les accompagner sur tous ces différents points. Et voilà quoi c'est déjà pas mal. c'est un bon travail.

Léa : Oui et là, j'ai une petite question de conclusion, enfin deux petites. Qu'est-ce qui pour vous est le plus important justement dans l'accompagnement d'une personne traumatisée crânienne ?

Ergo 2 : Ouai moi, je trouve le plus important, c'est d'être à leur écoute, d'avancer à leur rythme et de pouvoir faire un point ensemble sur vers euh où on va par la suite. Parce que des fois, ils évoluent assez rapidement et c'est vers où on va et même quand on arrive en SAMSAH où ils sont après plusieurs années, c'est qu'est-ce que vous êtes capable de faire et qu'est-ce que vous voulez faire par la suite. C'est vraiment avoir un objectif à long terme de qu'est-ce que vous voulez faire, qui vous voulez être et qu'est-ce que vous avez envie de faire de votre journée, est-ce que vous avez des préférences et quel rôle vous voulez avoir.

Léa : D'accord, ok. Est-ce que vous avez d'autres éléments à rajouter ou d'autres points à approfondir ?

Ergo 2 : Pas spécifiquement, c'est juste des fois, on a des freins liés aux associations, aux personnes qui sont autour et qui, du coup, n'ont pas connaissance des traumatismes crâniens et par conséquent, des troubles cognitives, des troubles du comportement et qui peuvent voir ça comme quelqu'un qui n'est pas intelligent et qui n'est peut-être pas cortiqué alors qu'en fait, c'est juste qu'il a des troubles et que c'est pas de sa faute et en fait, ça manque de sensibilisation de la société vis-à-vis de ça.

Léa : Oui, puisqu'en plus, c'est quand même un handicap avec des gros troubles cognitifs, comportementaux donc plutôt un handicap invisible.

Ergo 2 : C'est ça. Et les gens, ils comprennent pas. Après, par exemple, quelqu'un qui va à la caisse et qui va s'énerver ou quoi, ils vont tout de suite dire mais il est fou alors que non, c'est juste...euh y'a pas ce qui se passe comme d'habitude et du coup, il n'est pas content et il l'exprime au lieu de s'inhiber ba il peut pas s'inhiber donc voilà.

Léa : oui c'est vrai

Ergo 2 : donc voilà

Léa : Ok. Bah écoutez, je voulais vous remercier. J'ai fini par rapport à mes questions.

Ergo 2 : Parfait !

Léa : Merci beaucoup, en tout cas, pour l'entretien.

Ergo 2 : Merci, bon courage alors.

Léa : Merci et bonne journée.

Ergo 2 : Bonne journée à vous, au revoir

Léa : au revoir

Titre : Ergothérapie et traumatisme crânien : Un accompagnement vers la reconstruction identitaire.

Mots clés : ergothérapeute, engagement occupationnel, traumatisme craniocérébral, identité occupationnelle

Résumé : 150 000 traumatisés crâniens par an en France sont recensés et sont majoritairement des personnes jeunes de moins de 30 ans. Ces personnes connaissent un véritable tournant dans leur nouvelle vie et ce changement peut donc entraîner un désengagement dans les occupations significatives et signifiantes, essentielles dans le maintien de leur identité. Ces personnes doivent notamment faire face à des obstacles importants, faire le deuil de leur vie passée, de leurs capacités antérieures et à des changements occupationnels importants. Ce mémoire a pour objectif d'analyser les moyens ergothérapeutiques pour favoriser l'engagement occupationnel en vue d'une reconstruction de l'identité occupationnelle. Cinq ergothérapeutes ont été interrogées au moyen d'entretien semi-directifs. Les résultats de cette étude mettent en évidence l'intérêt des mises en situations notamment dans la prise de conscience des difficultés. Ces moyens choisis par l'ergothérapeute aident la personne à trouver un sens positif et à s'engager davantage dans ses occupations.

Title: Occupational therapy and traumatic brain injury: Helping people to rebuild their identity

Key words: Occupational therapy, occupational engagement, traumatic brain injury, occupational identity

Every year in France, approximately 150, 000 people are victims of traumatic brain injury, most of them young people under 30. These people are experiencing a real turning point in their new lives, and this change can lead to a disengagement from meaningful occupations that are essential to maintaining their identity. In particular, these people have to face major obstacles, mourn the loss of their past lives and their previous abilities, and endure major occupational changes. The aim of this study is to analyse the occupational therapy methods used to encourage occupational commitment with a view to rebuilding occupational identity. Five occupational therapists were interviewed using semi-structured interviews. The results of this study highlight the value of ecological scenarios in occupational engagement with this population. particularly in raising awareness of difficulties. The means chosen by the occupational therapist help the person to find a positive meaning and to become more involved in their occupations.