



**IPMR de Nevers**  
**Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation**  
10 place du Général Pittié 58000 NEVERS  
☎ 09.81.79.27.57 – [www.ipmr-nevers.fr](http://www.ipmr-nevers.fr) – ✉ [secretariat@ipmr-nevers.fr](mailto:secretariat@ipmr-nevers.fr)



# **DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE**

*Arrêté du 5 juillet 2010 modifié*

## **Session 1 – Promotion 2022-2025**

**L'accompagnement ergothérapique du traumatisé  
crânien modéré à grave par le biais de l'activité  
physique et sportive : une perspective vers la  
réinsertion sociale**

**Étudiant : BOUGUEREAU Justine**

**Directeur de mémoire : GAGNEVIN Lou**

# **NOTE AUX LECTEURS**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Lou GAGNEVIN, qui m'a énormément apporté durant cette troisième année d'étude. Merci de ta réactivité, de ton accompagnement, de ta bienveillance ainsi que de ta critique toujours constructive me permettant de m'ajuster à chaque fois.

Ce mémoire n'aurait jamais vu le jour sans mon stage réalisé à l'EAM Algira. Merci profondément à Audrey de m'avoir partagé tes expériences, de m'avoir fait gagner en autonomie et permis de prendre confiance en moi. J'adresse également une pensée très chaleureuse à Florence et Murielle, qui m'ont offert cette belle opportunité durant l'été 2024. Merci à tous les collègues et bien sûr aux résidents qui m'ont permis de m'épanouir à travers ce métier.

Un grand merci à tous les ergothérapeutes ainsi qu'aux personnes concernées par ce sujet d'avoir pris le temps de participer à cette recherche. Vos apports m'ont été riches et précieux pour la rédaction de ce mémoire.

J'exprime ma sincère reconnaissance pour les formateurs de l'IFE de Nevers, pour votre accompagnement durant ces trois belles années. Merci pour votre partage de compétences, d'expériences, de votre écoute ainsi que de votre pédagogie.

Je suis profondément reconnaissante envers toutes mes tutrices de stage : Jessica, Christine, Audrey, Céline, Manon, Cécile et enfin Anne-Laure qui m'ont toutes permis de m'exercer dans un environnement bienveillant et riche en apprentissages.

Enfin, je tiens à adresser mes derniers remerciements à mes proches. Merci à ma famille pour votre soutien moral inconditionnel. À mes amies de promotion, merci pour votre aide précieuse tout au long de l'année et pour tous ces moments de préparation partagés ensemble.

## GLOSSAIRE

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AFTC : Association des Familles de Traumatisés Crâniens

AP : Activité physique

APA : Activité physique adaptée

APS : Activité physique et sportive

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapés

EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GOS : Glasgow Outcome Score

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PARVIS : Plateforme Collaborative de la Lésion Cérébrale Acquise

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

TC : Traumatisme crânien

TDM : Tomodensitométrie

UEROS : Unité Expérimentale d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle

UNAFTC : Union Nationale des Associations des Familles des Traumatisés Crâniens

VQ : Volitional Questionnaire

# Sommaire

Introduction.....	1
Situation d'appel .....	1
Etat de l'art de la littérature.....	2
Intérêt professionnel.....	3
1. Cadre théorique .....	4
1.1. Traumatisme crânien .....	4
1.1.1. Généralités : définition et épidémiologie .....	4
1.1.2. Etiologie.....	4
1.1.3. Physiopathologie .....	5
1.1.4. Séquelles du traumatisme crânien.....	5
1.1.5. Les phases de prise en soin .....	7
1.2. L'activité physique.....	9
1.2.1. Généralités .....	9
1.2.2. Bénéfices .....	10
1.2.3. L'activité physique et sportive et le traumatisme crânien.....	11
1.3. L'ergothérapie .....	13
1.3.1. Définition.....	13
1.3.2. Activité signifiante et significative .....	14
1.3.3. L'ergothérapie et l'activité physique et sportive (APS).....	14
1.3.4. Ergothérapie, APS et traumatisme crânien.....	15
1.3.5. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) .....	16
2. Question de recherche et hypothèses .....	18
3. Matériels et Méthode .....	20
3.1. Choix de la population d'étude .....	20

3.2. Choix de la méthode de recherche : la méthode qualitative.....	21
3.2.1. L'approche hypothético-déductive .....	22
3.2.2. Les biais et les limites .....	22
3.2.3. Présentation du guide d'entretien .....	23
3.2.4. Déroulement de l'enquête et rétroplanning .....	24
3.2.5. Présentation des enquêtés .....	25
4. Résultats .....	26
4.1. Analyse longitudinale des ergothérapeutes .....	26
4.1.1. Entretien n°1 .....	26
4.1.2. Entretien n°2 .....	29
4.1.3. Entretien n°3 .....	32
4.1.4. Entretien n°4 .....	34
4.2. Analyse longitudinale des résidents.....	37
4.2.1 Entretien n°5 .....	37
4.2.2. Entretien n°6 .....	39
4.3. Analyse transversale.....	41
4.3.1. Analyse transversale des ergothérapeutes.....	41
4.3.2. Analyse transversale des résidents .....	45
5. Discussion .....	47
5.1. Liens avec le cadre théorique.....	47
5.2. Vérification des hypothèses .....	49
5.3. Critique de l'étude.....	51
5.4. Points forts de l'étude .....	52
5.5. Perspectives.....	52
5.6. Réinvestissement professionnel et personnel .....	54
Conclusion .....	55
Bibliographie .....	

Annexes .....

Résumé .....

Abstract .....

# Introduction

## Situation d'appel

Passionnée par l'activité physique et sportive depuis toujours, je me suis orientée vers le métier d'ergothérapeute pour ses nombreuses compétences en lien avec l'activité humaine, notamment par le fait d'accompagner la personne à travers une activité signifiante et significative. Lors de mes différents stages, j'ai cherché à exploiter le travail collaboratif de l'ergothérapeute avec les autres professionnels de rééducation pour mener à bien une intervention. Mon sujet de mémoire découle alors de mon troisième stage, réalisé dans un Etablissement d'Accueil Médicalisé (EAM) accueillant des personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré à grave.

Dans ce milieu de réadaptation et de réinsertion, j'ai constaté que les personnes accueillies n'avaient pas récupéré entièrement leurs capacités physiques et cognitives après leur rééducation. Plusieurs activités physiques et sportives étaient proposées par l'ergothérapeute, en collaboration avec l'Enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA), afin de développer leurs capacités. Ces interventions avaient notamment pour objectif de renforcer leur autonomie et leur indépendance. En revanche, la participation aux différentes activités proposées pouvait être entravée par les troubles du comportement des personnes accueillies.

J'ai pu à mon tour mettre en œuvre plusieurs activités, à visée rééducative et réadaptative auprès de ce public, notamment une activité tennis de table et vélo. Le tennis de table a été proposé à une personne accueillie présentant un trouble de l'équilibre et des difficultés de préhension. Les objectifs ergothérapeutiques étaient ici de travailler ces deux composantes afin de développer ses capacités et les transférer dans ses activités de vie quotidienne. De plus, le sport ayant du sens pour cette personne, sa participation et sa motivation ont été renforcées. Concernant le vélo, l'activité a été mise en place auprès d'une personne ayant des troubles de la marche et des troubles cognitifs, avec pour objectif l'apprentissage du vélo. Nous avons utilisé un vélo adapté à ses capacités (un tricycle), puis nous l'avons évalué sur un parcours qu'il connaissait en amont. Lors de cette évaluation, les objectifs étaient d'analyser les fonctions exécutives, les trajectoires, l'attitude sécuritaire ainsi que les capacités motrices dont la coordination des membres inférieurs et la coordination

oculo-motrice. Ainsi, ce résident a pu pratiquer une activité importante pour lui, ce qui lui a permis de faire du vélo régulièrement. A terme, cela a contribué à satisfaire son estime de soi et de favoriser son engagement dans sa réinsertion. Suite à ces expériences, nous pouvons nous questionner sur les bénéfices de la pratique d'une activité physique et sportive dans un milieu de réinsertion et ce qui est impacté quand celle-ci est dispensée par un ergothérapeute.

## Etat de l'art de la littérature

Les bénéfices de l'activité physique et sportive (APS) à des fins de santé auprès de la population générale sont traités dans de nombreux écrits, revues et recommandations. L'APS est un déterminant de santé publique, reconnue comme une thérapie non médicamenteuse par plusieurs instances dont la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle intervient aux trois stades de la prévention : primaire, secondaire et tertiaire, afin de maintenir et améliorer l'état de santé, l'autonomie et la condition physique de chaque personne (1).

Les personnes ayant subi un traumatisme crânien peuvent avoir différentes séquelles, qu'elles soient physiques, cognitives ou comportementales. Ces conséquences engendrent des restrictions de participation dans les activités en raison d'un manque d'engagement et de motivation. L'étude de *Self et al.* met en évidence le rôle de l'APS dans l'amélioration du fonctionnement physique et psychosocial des personnes ayant un traumatisme crânien. Elle favorise également l'intégration sociale et la diminution des maladies associées. Cependant, ce public peut être confronté à de nombreux obstacles, qu'ils soient personnels tels que la motivation ou les limitations physiques, ou environnementaux tels que l'accessibilité, impactant alors leur participation à l'APS (2).

Peu d'études évoquent le lien entre l'ergothérapie, l'activité physique et sportive et le traumatisme crânien. Pourtant, l'ergothérapeute est un professionnel intervenant dans la promotion de l'activité physique afin de maintenir l'autonomie et l'indépendance (3). De plus, selon le décret n°2023-234 du 30 Mars 2023 du Code de la Santé Publique, l'activité physique adaptée peut être dispensée par l'ergothérapeute, au vu de ses champs de compétences sur le plan physiologique et principalement dans le domaine de l'activité humaine (4). Il est alors pertinent de s'interroger sur les aspects à prendre en compte lors d'une séance d'activité physique auprès d'une personne ayant un traumatisme crânien.

## Intérêt professionnel

*Charret et al.* expliquent dans l'histoire et les fondements de l'ergothérapie que « *les activités artisanales et manuelles prennent une place prépondérante* » dans le domaine de l'ergothérapie. De plus, « *les activités manuelles sont identifiées comme étant le noyau et la spécificité du métier* » lors du premier programme de formation (5). L'ergothérapeute utilise l'activité comme outil thérapeutique depuis sa création : c'est le concept central du métier. Avec les années, les pratiques ont évolué avec les différents paradigmes et les champs d'interventions de la profession se sont élargis. Si l'ergothérapeute utilise l'activité comme moyen principal, celle-ci est légitime d'être physique et sportive, aussi bien que manuelle ou créative. Il est donc important de se questionner sur l'éventualité d'approfondir cette perspective qui n'est pas encore unanime dans tous les lieux de formation.

En effet, d'autres professionnels étant spécialistes de l'APS, dont l'enseignant en activités physiques adaptées, nous ne pensons pas en premier à l'ergothérapeute lorsque nous évoquons l'APS comme moyen d'intervention. Pourtant, il est en mesure d'intervenir si l'activité est signifiante pour la personne. De ce fait, il va pouvoir agir sur des composantes différentes de l'individu que d'autres professionnels du sport ou de la rééducation, ce qui rend sa pratique unique. Celle-ci peut être complétée par un travail pluridisciplinaire et des bénéfices peuvent en être tirés.

De plus, l'aspect social de l'activité physique et sportive est intéressant à étudier pour les personnes en situation de handicap qui peuvent être socialement défavorisées (6). En prenant en compte la globalité de la personne, l'ergothérapeute est capable d'agir sur ces barrières qui sont personnelles, sociales ou environnementales. Concernant les personnes ayant subi un traumatisme crânien, l'étude de *Blake et al.* indique qu'elles seraient significativement plus déconditionnées que des personnes sédentaires sans handicap (7). En revanche, peu d'études évaluent l'impact de l'APS sur le plan psychosocial du traumatisé crânien. C'est pourquoi, notre rôle et notre vision holistique en tant que futur ergothérapeute peut être pertinente auprès de ce public qui présente de nombreuses limitations et restrictions de participation, ayant alors des conséquences sur leur réinsertion sociale.

Ces recherches et ces questionnements nous amènent à l'émergence de la question de départ suivante : **Comment l'ergothérapeute intègre dans sa pratique l'activité physique et sportive auprès de personnes ayant subi un traumatisme crânien ?**

# 1. Cadre théorique

Pour affiner cette problématique, nous allons maintenant établir un cadre théorique. Celui-ci consiste à définir plusieurs concepts clés de notre étude en s'appuyant sur diverses lectures scientifiques. Les notions abordées seront le traumatisme crânien, l'activité physique et sportive ainsi que l'ergothérapie.

## 1.1. Traumatisme crânien

### 1.1.1. Généralités : définition et épidémiologie

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit cliniquement le traumatisme crânien (TC) comme « *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.* » (8). En d'autres termes, c'est une déformation de l'encéphale et de ses enveloppes provoquée par un choc à la tête (9). Suite au choc, une altération de l'état de conscience ou une amnésie sont observées, ainsi que des manifestations neuropsychologiques ou parfois le décès de la personne. C'est un problème majeur de Santé Publique, en raison de son fort taux de mortalité et de sa fréquence particulièrement élevée. Chaque année en France, près de 150 000 traumatismes crâniens sont recensés, majoritairement des jeunes hommes, dont 80 % dits « légers » et 20 % dits « graves ». Parmi eux, nous comptons 8 000 décès et 30 000 avec de lourdes séquelles (10).

### 1.1.2. Etiologie

Selon une étude de *Masson et al*, réalisée en 1996 en Aquitaine sur les causes des traumatismes crâniens graves, il en résulte une majorité d'accidents de la voie publique (48,3 %), suivi des chutes de sa propre hauteur (24,5 %), des chutes d'une grande hauteur (17,3 %), de coups à la tête (6,4 %) et des armes à feu (2,8 %) (8). Les TC peuvent également intervenir suite à un accident de sport ou de travail. Une autre étude plus récente, intitulée Paris-TBI sur le TC sévère, confirme ces étiologies. Il est ajouté que la consommation d'alcool ainsi que les addictions en général, sont souvent présentes quelle que soit la cause du TC (11).

Le traumatisme crânien se classe en différentes catégories selon sa sévérité. Il se mesure avec le score de Glasgow, développé par *Jennett et Teasdale* en 1974 (12). Cette

échelle permet d'évaluer l'état de conscience et la profondeur du coma de la personne à un instant donné selon trois paramètres : la réponse verbale, motrice et oculaire. Après addition de chaque chiffre, un score entre 3 et 8 signifie un TC sévère, entre 9 et 12 un TC modéré et entre 13 et 15 un TC léger. Il est mesuré aux urgences et évalue le pronostic vital à la phase aiguë du traumatisme. Il permet d'orienter la personne dans l'unité de soins la plus adaptée.

Une autre classification, celle des Masters, permet de déterminer le besoin ou non de réaliser des examens d'imageries complémentaires. Elle est divisée en trois groupes (faible, modéré, élevé) et définit les signes cliniques de chaque traumatisme et les conduites à tenir. Elle est subsidiaire au score de Glasgow (13). Enfin, aux Etats-Unis, le Center for Disease Control utilise une classification qui intègre d'autres paramètres dont l'imagerie cérébrale, le « *score abbreviated injury severity* », le Glasgow initial, la durée de coma ainsi que la durée d'amnésie post-traumatique (11).

### 1.1.3. Physiopathologie

Il existe deux catégories de lésions cérébrales suite à un traumatisme crânien. Nous retrouvons tout d'abord les lésions primaires, divisées en deux mécanismes : le choc direct avec une zone d'impact provoquant une embarrure, ainsi que le phénomène d'accélération-décélération, où le cerveau se déplace dans la boîte crânienne (13). Ensuite, ces lésions primaires peuvent évoluer en lésions secondaires, qui se définissent par l'apparition d'un hématome ou d'un œdème cérébral provoquant l'augmentation de la pression intracrânienne et la diminution de l'oxygénation cérébrale (9). Pour diagnostiquer un traumatisme crânien, l'examen clinique est primordial. Une tomodensitométrie (TDM) peut être réalisée pour déterminer la présence d'un hématome ou d'une contusion ainsi que l'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pour détecter d'autres lésions non visibles à la TDM (14).

### 1.1.4. Séquelles du traumatisme crânien

#### *1.1.4.1. Atteintes physiques*

Sur le plan physique, le traumatisé craniocérébral peut présenter des troubles affectant sa motricité et ses capacités sensorielles. Parmi eux, nous pouvons retrouver une paralysie totale ou partielle telle que l'hémiplégie (paralysie d'un hémicorps), un syndrome cérébelleux, des troubles orthopédiques, une atteinte du champ visuel ainsi que des troubles de la coordination. Les troubles vésico-sphinctériens se font plus rares, mais peuvent tout de

même survenir (9,10). Chez les TC légers, il est possible de voir apparaître un syndrome post-commotionnel quelques semaines après le TC. Ce syndrome regroupe le plus souvent des céphalées, des troubles de l'équilibre, sensoriels, intellectuels, caractériels mais aussi des déficits cognitifs. Il régresse progressivement en un à six mois (9).

#### *1.1.4.2. Atteintes cognitives*

Sur le plan cognitif, le TC peut présenter des atteintes des fonctions exécutives, des troubles du langage tels que l'aphasie, des atteintes mnésiques, des déficits de l'attention, de la concentration, de la cognition sociale ou encore un ralentissement psychomoteur (10). Des troubles praxiques, notamment la difficulté à recopier des formes, peuvent être observés (9). Une agnosie peut également se manifester : c'est l'incapacité à identifier des objets en utilisant l'un des cinq sens. L'agnosie regroupe, entre autres, l'anosognosie, définie par l'absence de conscience de son trouble, qui est parfois présente lors d'un traumatisme crânien (14). Ce sont ces séquelles qui constituent l'appellation du « handicap invisible » du traumatisé crânien, pouvant ainsi modifier sa personnalité et sa façon d'agir.

#### *1.1.4.3. Atteintes comportementales*

Sur le plan comportemental, il existe deux versants. Premièrement, l'inhibition, ou comportement « par défaut » : l'individu est apragmatique, présente une labilité émotionnelle, un manque d'initiative et est apathique. Deuxièmement, la désinhibition, ou comportement « par excès » : ici, la personne avec un TC présente une impulsivité, peut être intolérante aux changements, agressive et peut avoir des comportements inadaptés au contexte social (10,15). Ces troubles sont à l'origine d'une diminution motivationnelle et d'un retrait social important. De plus, ils peuvent entraîner une baisse de l'estime de soi et ainsi conduire à une souffrance psychique, impactant la réalisation d'activités et, par conséquent, la réinsertion sociale du traumatisé crânien.

#### *1.1.4.4. Pronostic*

Une échelle décrivant des catégories de devenir, le Glasgow Outcome Score (GOS), a été mise en place par *Jennet et Bond* en 1975 (9). Principalement adaptée aux TC modérés et sévères, cette échelle repose sur cinq niveaux : le décès, l'état végétatif persistant, le handicap

grave, le handicap modéré et une bonne récupération. Elle est reconnue internationalement et permet d'évaluer le devenir global de la personne TC. « *Les critères pris en compte concernent la capacité de communication verbale et non verbale avec autrui, le degré de dépendance, qu'elle soit d'origine mentale ou physique, dans les activités de la vie quotidienne, dans l'utilisation des moyens de déplacement, dans l'exercice d'un travail, et les répercussions sur les activités de loisirs et les relations familiales* » (16). Le GOS a été étendu par le Glasgow Outcome Scale-Extended (GOSE), qui apporte davantage de précisions dans l'évaluation des séquelles.

### 1.1.5. Les phases de prise en soin

Selon la gravité du traumatisme, la prise en soin débute à la phase aiguë en service de réanimation, de médecine ou de chirurgie. Le score de Glasgow peut alors être calculé. Des données cliniques et anamnestiques sont recueillies, telles que les circonstances de l'accident et des examens radiologiques sont effectués (9). L'accidenté peut se trouver en phase de coma. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), le coma est défini comme « *la forme la plus sévère d'altération de la conscience* » (17).

Pour le TC grave, la sortie du coma débute par l'état végétatif, défini par l'ouverture des yeux avec absence de lucidité : c'est un cycle veille-sommeil. Ensuite, vient l'état de conscience minimale, appelé aussi état pauci-relationnel : ici, la personne ouvre ses yeux et est partiellement consciente. Les réponses restent inconstantes, mais une poursuite visuelle est possible. Puis, l'état de reprise de conscience de soi, souvent accompagné par l'amnésie post-traumatique, clôture la phase d'éveil du coma. Ensuite, le patient est admis en rééducation, dans un service de médecine physique et réadaptation (MPR) spécialisé.

Pour le TC léger ou modéré, le patient peut se retrouver dans une phase de confusion appelée amnésie post-traumatique (10). A cette phase, l'individu présente alors une amnésie antérograde ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale (9). Durant cette période, il est recommandé d'éviter l'administration de médicaments psychotropes ainsi que de rassurer le patient en favorisant sa prise de repères.

Ensuite, vient la phase rééducative. Celle-ci mobilise des rééducateurs (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes...), une équipe médicale, paramédicale

et sociale. L'objectif de cette phase est de traiter les déficiences, qu'elles soient physiques ou cognitives, de récupérer les capacités pour ainsi développer l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne tout en préparant le projet de vie (10). Dans la rééducation du TC, l'ergothérapeute intervient à chaque étape pour autonomiser le patient. Il procède à des positionnements au lit et au fauteuil, réalise des bilans cognitifs et fonctionnels, mène des séances analytiques ou des mises en situation écologiques, et peut être amené à concevoir des orthèses. Il préconise et adapte le matériel nécessaire à l'indépendance du patient.

La réadaptation vient compléter la rééducation lorsque les déficiences sont stabilisées et quand l'anosognosie a diminué. Le traumatisé crânien doit accepter et prendre conscience de ses incapacités et de son handicap : il passe alors par les étapes du deuil. Il peut rencontrer des difficultés sur le plan social, avec des limitations dans ses activités et une diminution de ses performances dues à une baisse de productivité (10). L'ergothérapeute intervient dans cette phase pour adapter l'environnement du patient grâce à des aides techniques et en réalisant des visites à domicile (9).

Pour finir, la phase de réinsertion vient clôturer la prise en charge du traumatisé crânien. Elle est définie selon l'OMS comme un « *ensemble de mesures médicosociales visant à optimiser le retour dans la société en évitant les processus d'exclusion.* » (18). Le TC peut être accompagné au sein de son lieu de vie par une équipe pluridisciplinaire. Cependant, lorsque le retour à domicile n'est pas envisageable, la personne est orientée vers une institution afin de lui permettre un accompagnement et une autonomisation dans les tâches instrumentales de la vie quotidienne (gérer son budget, faire ses courses...) (11). L'ouverture des droits est alors réalisée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), qui permet de diriger l'individu sur le plan social et professionnel et lui accorder des aides financières (19).

D'autres structures existent telles que les UEROS (Unité Expérimentale d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle) qui permettent un accompagnement sur le projet de vie du TC. Des associations telles que l'AFTC (Association des Familles des Traumatisés Crâniens) et l'UNAFTC sont également présentes à l'échelle

régionale et nationale afin d'assurer un soutien pour les victimes et leurs proches par le biais d'actions d'accueil, d'écoute et d'orientation (10).

Les nombreuses séquelles évoquées constituent des obstacles à la participation, à l'engagement et à l'intégration sociale de la personne. Il serait donc pertinent d'explorer les différents moyens permettant de lever ces freins, notamment par le biais de l'activité physique et sportive.

## 1.2. L'activité physique

### 1.2.1. Généralités

#### *1.2.1.1. Définition*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'activité physique se définit par « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie.* » (20). Elle est décrite selon les caractéristiques FITT-VP : la Fréquence, l'Intensité, le Type, le Temps, le Volume et enfin la Progression (1).

#### *1.2.1.2. Différents types d'AP*

Plusieurs formes d'activités physiques existent. Tout d'abord, nous retrouvons les activités physiques de la vie quotidienne, qui comprennent les déplacements actifs tels que la marche ou le vélo pour se rendre quelque part, les tâches domestiques comme le bricolage et l'entretien de la maison, ainsi que les activités scolaires ou professionnelles. Ce type d'activité se pratique généralement d'une intensité modérée.

Ensuite, les exercices physiques sont des activités ne nécessitant ni matériel ni installation spécifique, permettant ainsi à la personne de les pratiquer où et quand elle le souhaite. Grâce à leur caractère répétitif et structuré, ces exercices contribuent à l'amélioration de la condition physique et peuvent être adaptés aux besoins de chacun.

Les Activités Physiques Adaptées (APA) sont prescrites par le médecin pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée, de maladies chroniques, en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Selon le Code de la Santé Publique, l'APA est une pratique de loisir, de sport ou d'activités quotidiennes adaptée aux capacités et aux limitations

d'activités de la personne. Elle diminue les facteurs de risque liés à la maladie en permettant aux individus de pratiquer une activité de manière autonome et indépendante. L'APA peut être dispensée par des professionnels de rééducation tels que les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens, ainsi que par des professionnels titulaires d'un diplôme relevant de l'APA (21).

Enfin, l'activité sportive est régie par des règles spécifiques et des objectifs prédéfinis. Elle inclut le sport en compétition, le sport en club, le sport scolaire, mais aussi le sport de loisir non affilié à une association (1). Ces activités nécessitent généralement des installations comme des gymnases, des stades ou des piscines pour être pratiquées.

### *1.2.1.3. Recommandations*

L'OMS recommande de pratiquer entre 150 et 300 minutes d'AP aérobie d'intensité modérée ou entre 75 et 150 min d'AP aérobie d'intensité soutenue par semaine afin d'en tirer des bénéfices sur la santé (22). Par exemple, une balade à vélo et une marche rapide vont être considérées comme des AP d'intensité modérée tandis que la course à pied, le football et la natation relèvent des AP dites soutenues. L'activité aérobie est une activité cardiovasculaire, respiratoire et énergétique (23). Celle-ci peut être complétée par des exercices de renforcement musculaire.

## **1.2.2. Bénéfices**

### *1.2.2.1. Pour le sujet sain*

Pour la population générale, la pratique d'une activité physique conforme aux recommandations de l'OMS offre de nombreux bénéfices pour la santé. Selon le guide de la Haute Autorité de Santé (HAS), l'AP contribue à la prévention des cancers et des maladies cardiovasculaires. De manière générale, elle diminue toutes causes de mortalité. Elle permet d'améliorer les fonctions cognitives, la qualité de vie, le sommeil, tout en réduisant les signes d'anxiété et de dépression ainsi que le risque d'apparition de troubles cognitifs majeurs (1).

### *1.2.2.2. Pour les personnes en situation de handicap*

En plus des bénéfices cités précédemment, la pratique d'une APS pour les personnes en situation de handicap permet d'améliorer la marche, l'équilibre, l'endurance et la force

musculaire. Selon *Dejean.A.*, elle joue un rôle dans la valorisation de l'image et de l'estime de soi. Au-delà d'améliorer les performances physiques, elle favorise également les expériences d'intégration sociale. En France, la loi d'intégration des personnes en situation de handicap de 1975 affirme que « *l'accès au sport et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapé constitue une obligation nationale.* » (24). Cette loi a été renforcée par la loi relative à la promotion de l'activité physique de 1984, qui précise que cette pratique est un droit pour chaque personne, quelles que soient ses capacités ou sa condition sociale.

Cependant, les personnes en situation de handicap sont confrontées à de nombreux obstacles liés à la pratique d'une APS. En effet, selon une étude de *Rimmer.JH. et al*, l'accessibilité de l'environnement ainsi que le coût des installations et des équipements représentent des freins majeurs. Les facteurs personnels et émotionnels tels que le manque de confiance en soi ou une sensibilisation insuffisante des individus au handicap, constituent également des barrières importantes (25).

### 1.2.3. L'activité physique et sportive et le traumatisme crânien

Pour rappel, la personne ayant subi un traumatisme crânien présente des séquelles physiques, cognitives mais aussi comportementales. Bien que les effets de l'APS sur le conditionnement physique du traumatisé crânien ont été recensés, les études prenant en compte l'aspect social et psychoaffectif de l'APS sont peu nombreuses (7). En effet, le TC peut éprouver des difficultés relationnelles et des troubles affectifs, entravant alors son processus de réinsertion.

Au niveau cognitif, une étude menée par *Coll Andreu.M et al* a démontré que l'APS aérobie pouvait améliorer la mémoire et réduire la mort neuronale. Ces bénéfices seraient encore plus significatifs si le TC pratiquait de l'APS avant la blessure (26). Une étude pilote a également mis en évidence que la combinaison de l'exercice aérobie et de la pleine conscience permettrait d'améliorer la vitesse de traitement et de réduire la fatigue des patients souffrant de lésions cérébrales acquises (27).

Cette population est confrontée à plusieurs obstacles, notamment un manque de connaissances sur l'AP, une absence de motivation, un manque de temps et une fatigue,

entravant ainsi leur participation. Selon *Tri Pham et al*, il serait nécessaire de promouvoir l'activité physique en prenant en compte ces fardeaux (28). Dans la continuité de cette étude, *Kato.Y et al* ont décrit des stratégies pouvant répondre à ces obstacles perçus. Parmi celles-ci, nous retrouvons la réadaptation cognitive, la sensibilisation des entraîneurs sur les différentes séquelles, les activités de groupe, les cours collectifs ainsi que les exercices intégrant des animaux de compagnie ou de la musique. Ces approches pourraient faciliter la pratique d'une APS. En ce sens, l'activité physique permettrait sur le plan comportemental de diminuer les troubles de l'humeur et les symptômes dépressifs des traumatisés crâniens. Sa pratique en groupe renforcerait la motivation et favoriserait la résilience. (29,30)

Dans l'étude de *Self et al*, des personnes ayant subi un TC ont été interrogées sur les bénéfices de l'AP. Elles ont expliqué qu'elles voyaient l'AP comme un loisir ou une source de plaisir, sans être pleinement conscientes de son rôle dans la récupération et l'amélioration de l'indépendance. Dans cette même étude, les participants ont évoqué que leur motivation à pratiquer une AP était le désir de « *retrouver leur ancien mode de vie* » (2).

Selon l'étude menée par *Holly Blake*, les TC répondant aux recommandations de l'OMS en termes d'activités physiques présentaient une meilleure indépendance dans leur AVQ (6). De plus, une sensibilisation renforcée sur les avantages de l'AP pourrait augmenter la motivation des personnes ayant subi un TC à se mettre en mouvement en réalisant des AP adaptées à leur état de santé et à leurs capacités (6).

La recherche souligne également l'importance de maintenir une activité physique dans les institutions, où une grande majorité des TC sont amenés à vivre après leur rééducation. (7) Ici, l'APS jouerait un rôle essentiel dans l'intégration sociale, dans la gestion des émotions ainsi que dans l'adaptabilité du comportement.

La loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 relative à la démocratisation du sport en France introduit l'obligation de qualifier un référent pour l'APS dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Ce référent doit être salarié de l'établissement et est désigné par le directeur sur base de volontariat. Il a pour mission d'informer de l'offre existante d'APS au sein de la structure et à proximité et assure également la mise en place de celles-ci auprès des

personnes accompagnées. Il bénéficie d'une formation continue pour assurer le maintien de ses compétences (31).

Suite à ces recherches scientifiques, il serait donc intéressant d'explorer le rôle que peut avoir l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes ayant subi un TC par le biais de l'activité physique et sportive. En tant qu'outil de rééducation et de réinsertion, l'APS améliore l'autonomie et l'indépendance dans les AVQ. Nous verrons que l'ergothérapeute peut exercer sa pratique dans plusieurs structures, dont les institutions médicosociales.

## 1.3. L'ergothérapie

### 1.3.1. Définition

L'ergothérapie est une discipline fondée sur le lien avec l'activité humaine, œuvrant dans les secteurs du sanitaire et social. Elle prend en compte toutes les composantes de la personne ainsi que son environnement global. Selon *Hernandez. H*, les objectifs sont « *de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement* » (18). L'ergothérapeute intervient auprès de tout type de public sur prescription médicale, de l'enfant à la personne âgée, qui nécessite une aide dans la réalisation de ses tâches quotidiennes. Il évalue les composantes de la personne dont ses limitations d'activités et ses restrictions de participation en fonction de ses déficiences pour en élaborer un diagnostic ergothérapeutique (18).

L'ergothérapeute peut intervenir dans différents secteurs. Il exerce notamment dans des structures sanitaires telles que les hôpitaux, les centres de rééducation ou les établissements de santé mentale. Mais aussi dans les institutions médico-sociales telles que les Instituts Médico-Educatif (IME), les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) ou encore dans des cabinets libéraux.

Au sein d'une institution médico-sociale, l'ergothérapeute va avoir un rôle, en plus de ceux énoncés précédemment, d'accompagnement à la vie sociale. En prenant en compte

l'environnement de la personne et en évaluant ses limitations et ses restrictions de participation, il va lui permettre d'optimiser sa réinsertion.

### 1.3.2. Activité signifiante et significative

L'ergothérapeute utilise l'activité comme intervention principale : il en dégage son potentiel thérapeutique correspondant aux objectifs du patient. Ainsi, l'individu s'engage dans une prise en soin adaptée à ses besoins (5). Grâce à la réalisation d'activités importantes pour lui, il développe ses capacités physiques, psychiques, cognitives, sociales pour être autonome et indépendant dans ses AVQ. Selon le groupe *Terminologie ENOTHE*, l'activité « *est une suite structurée de tâches ou d'actions qui concourent aux occupations.* » (32). Elle peut être signifiante pour la personne, si celle-ci a du sens pour elle, ou significative, si elle a un sens social donné par l'entourage de l'individu. Ces activités signifiantes et significatives ont « *une valeur socioculturelle et un sens personnel* » (33).

Pour envisager l'ergothérapie, en 2009, *Kielhofner* expose un paradigme contemporain affirmant que « *les occupations sont porteuses de sens dans la culture et pour les individus et que ce sens est un phénomène essentiel à considérer en ergothérapie.* » (33). L'occupation, l'activité et la tâche sont au cœur du métier de l'ergothérapeute. L'occupation se définit par des actions qu'une personne réalise afin de produire son identité : celle-ci permet de développer ses habiletés, ses connaissances et ses compétences dans le but de le faire exister dans la société (32). Quand un individu est en plein investissement dans son occupation et qu'il en est satisfait, il est dans un état de flow. Cet état a été théorisé par *Csikzentmihalyi* en 1975 et permet de comprendre les différentes émotions ressenties dans les activités (34).

L'ergothérapeute utilise l'occupation à des fins de rééducation, réadaptation et réinsertion pour rendre actrice la personne dans son parcours de soin, afin de favoriser son pouvoir d'agir.

### 1.3.3. L'ergothérapie et l'activité physique et sportive (APS)

La littérature sur le lien entre ces deux notions reste encore peu développée. Pourtant, l'ergothérapeute, en tant que professionnel de l'activité humaine, est légitime d'intervenir

dans ce domaine. En effet, selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « *les ergothérapeutes participent à l'orientation vers l'activité physique la plus adaptée au profil occupationnel de la personne et/ou dispensent une activité physique adaptée à l'état de santé de la personne.* » (3).

Grâce à ses bilans, il va pouvoir établir un diagnostic ergothérapeutique et ainsi déterminer les limitations d'activités de la personne afin d'identifier l'AP la plus adaptée. Celle-ci se doit d'être signifiante pour la personne accompagnée, autrement, les objectifs de prise en charge ne pourront pas être atteints. Nous parlons alors d'occupations : celles-ci peuvent être réalisées en mettant en situation la personne dans un milieu écologique pour favoriser son engagement.

Nous pouvons nous appuyer sur le référentiel de compétences relatif au diplôme d'Etat de l'ergothérapeute pour mettre en évidence les liens entre l'APS et l'ergothérapie (35). Cette relation entre ces deux notions est disponible en Annexe I.

#### 1.3.4. Ergothérapie, APS et traumatisme crânien

L'ergothérapeute intervient dans la prise en soin du traumatisé crânien, de la rééducation à la réinsertion socio-professionnelle. Nous nous intéressons ici à la phase de réinsertion du TC, qui se déroule dans les établissements médico-sociaux. Dans un cas clinique de *Wheeler.S et al* (36), une ergothérapeute intervient auprès d'une personne avec un TC présentant une restriction de participation due à ses troubles cognitivo-comportementaux. Elle a ciblé les objectifs et a pu établir son projet d'intervention en fonction des besoins de la personne. Elle a utilisé l'APS, étant signifiante pour l'individu, afin d'améliorer sa motivation et son rendement occupationnel. Dans ce cas, c'est l'activité aquatique en groupe qui a été mise en place. Celle-ci a joué un rôle dans la diminution des symptômes dépressifs tout en favorisant la participation sociale de la personne.

Une étude menée par *Masson.A. et Kersalé.M.* a démontré l'impact de l'AP sur la récupération après un TC léger, dans une intervention ergothérapeutique. L'ergothérapeute, en prenant en compte le profil occupationnel du patient, peut l'accompagner dans la reprise progressive d'une activité physique signifiante, en régulant son intensité et sa durée pour

qu'elle soit adaptée aux limitations de la personne. L'APS semble être en lien avec la problématique du traumatisme crânien car elle permettrait d'améliorer l'efficacité personnelle (croyance qu'a un individu de sa capacité à réaliser une tâche) ainsi de « *restaurer le sentiment de compétence, ce qui favorise la motivation et l'engagement, et, plus globalement l'estime de soi, le bien-être et la qualité de vie.* » (37).

### 1.3.5. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Un modèle conceptuel est selon *Morel Bracq* « *une représentation mentale simplifiée* ». (38). Il permet d'orienter le raisonnement et la pratique de l'ergothérapeute. Le MOH a été élaboré par *Kielhofner* en 2002 ; il est « *basé sur la reconnaissance de l'être humain agissant et engagé, faisant de lui un sujet en constante interaction avec son environnement* » (39) (Annexe II).

Vu et pratiqué en stage, ce travail de recherche porte sur le MOH pour sa prise en compte de tous les aspects gravitant autour de l'occupation. En effet, il va déterminer comment l'individu s'investit dans ses occupations : il est donc pertinent pour notre sujet car le traumatisé crânien a des difficultés cognitives et comportementales pouvant le désengager dans sa participation occupationnelle.

#### *1.3.5.1. Les composantes du MOH*

Les trois composantes du MOH qui évoquent l'être humain dans son environnement sont :

- **La volition** : c'est la manière dont l'individu se perçoit, ce qui lui permet d'agir dans son environnement. Ici, l'APS peut amorcer l'engagement de la personne ayant un TC dans l'activité si elle a un intérêt pour elle.
- **L'habituat**ion : ce sont les comportements routiniers de la personne, déterminés par les rôles et les habitudes. La personne ayant un TC peut avoir une rigidité mentale qui encourage la routine. Intégrer des APS dans ses habitudes serait un moyen de renforcer son statut social en améliorant l'estime de soi et l'auto-efficacité.
- **La capacité de rendement** : c'est la capacité à produire des actions pour mener une occupation. Elle regroupe les composantes objectives dont les aptitudes et les

composantes subjectives dont les ressentis. L'APS permet de développer les aptitudes qu'elles soient physiques ou cognitives, et les ressentis comme la satisfaction.

Les composantes de « *l'être* » du MOH sont en interaction avec « *l'agir* » qui regroupe :

- **La participation** : c'est l'engagement d'une personne dans ses activités professionnelles mais aussi de loisirs ou dans ses AVQ. Il est donc important que l'activité soit signifiante pour la personne pour qu'elle y adhère.
- **Le rendement** : c'est le fait de réaliser une tâche.
- **Les habiletés** : c'est la réalisation d'actions pour accomplir une tâche. Les habiletés motrices, opératoires et de communication peuvent être impactées après un TC, mais aussi renforcées par le biais de l'APS.

Enfin, les dernières composantes du MOH sont celles du « *devenir* » qui permettent à la personne de mettre en œuvre une routine d'occupations en lien avec son identité dans son environnement (38).

Le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) est un outil d'évaluation de la participation occupationnelle qui peut être utilisé auprès de tout public. A travers un recueil d'informations sur les différentes composantes du MOH, cet outil permet d'analyser leurs effets sur cette participation. Ainsi, il met en avant les forces et les limites de la personne concernant sa participation et permet d'en extraire des leviers au changement (40).

Ce modèle met en avant l'importance pour une personne de participer à des activités signifiantes et significatives pour permettre la restauration de ses fonctions. Le MOH est donc pertinent auprès de la personne ayant un TC qui souhaite se réinsérer dans la société à travers des occupations cohérentes avec son identité. L'ergothérapeute pourrait s'appuyer sur ce modèle en utilisant l'APS comme forme occupationnelle, afin d'amorcer un changement dans l'accompagnement du TC.

## 2. Question de recherche et hypothèses

Les nombreuses lectures effectuées ont permis de recueillir les principaux troubles auxquels les personnes ayant subi un traumatisme crânien sont confrontées, qu'ils soient physiques, cognitifs ou comportementaux. Ces séquelles impactent la participation et l'engagement de la personne dans diverses activités, notamment l'activité physique. Selon la gravité du traumatisme, les personnes concernées traversent un long processus de soins, allant de la rééducation jusqu'à la réinsertion socio-professionnelle. Elles sont alors accompagnées à chaque étape par une équipe pluridisciplinaire afin d'assurer une prise en charge optimale.

L'activité physique est reconnue pour ses nombreux bénéfices sur la santé de la population générale. Bien que de nombreuses lois favorisent l'accès au sport pour toutes les personnes en situation de handicap, celui-ci reste encore peu accessible aux personnes ayant subi un TC, qui font face à plusieurs obstacles. Pourtant, L'APS constitue un élément essentiel dans le parcours de soins du TC, notamment dans les institutions médico-sociales où elle peut jouer un rôle majeur dans l'inclusion. De plus en plus d'études visent à promouvoir l'activité physique en tenant compte des obstacles spécifiques rencontrés par ces individus.

L'ergothérapeute, en tant que professionnel de l'activité humaine, joue un rôle clé dans la mise en place d'APS auprès des personnes ayant subi un TC. Grâce à son diagnostic ergothérapique et à son approche centrée sur la personne, il peut être en mesure d'accompagner ces individus dans leur réinsertion par le biais de différentes médiations, telles que l'APS. L'utilisation d'un modèle conceptuel, tel que le MOH, permettrait d'identifier les principales motivations de la personne afin de lui proposer une activité signifiante. En prenant en compte les habitudes de vie et les besoins d'une personne ayant subi un TC, l'ergothérapeute pourrait devenir un acteur essentiel de sa réinsertion sociale.

Cette analyse du cadre théorique permet de nous conduire à la question de recherche suivante :

**En quoi l'ergothérapeute favorise la réinsertion sociale des personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré à grave par le biais d'une activité physique et sportive signifiante ?**

Nous pouvons alors élaborer plusieurs hypothèses à partir de cette question de recherche :

- **Hypothèse 1** : L'activité physique et sportive est un moyen optimal de réinsertion sociale si elle est signifiante pour la personne.
- **Hypothèse 2** : Un accompagnement pluridisciplinaire encourage le traumatisé crânien à participer aux activités physiques et sportives.
- **Hypothèse 3** : L'ergothérapeute, grâce à l'utilisation d'un outil spécifique tel que le MOHOST, permet au traumatisé crânien de s'engager dans l'activité physique et sportive.

## 3. Matériels et Méthode

### 3.1. Choix de la population d'étude

L'objectif de cette étude est de recueillir les témoignages des ergothérapeutes et des personnes ayant subi un traumatisme crânien, dans le but de répondre à la problématique de recherche et tenter de vérifier ou d'infirmer les trois hypothèses.

Afin de recueillir des informations pertinentes et d'étudier les deux points de vue du public ciblé, l'enquête de cette étude sera à destination d'ergothérapeutes et de personnes ayant subi un traumatisme crânien. Le choix de la population d'étude se réalise en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion, répartis dans le tableau ci-dessous.

<b>Critères d'inclusion pour les traumatisés crâniens :</b>	<b>Critères d'inclusion pour les ergothérapeutes :</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Avoir subi un traumatisme crânien</li><li>➤ Avoir plus de 18 ans</li><li>➤ Bénéficier d'un suivi médico-social en France</li><li>➤ Avoir une prise en charge ergothérapique</li><li>➤ Pratiquer de l'activité physique et/ou sportive</li><li>➤ Être capable de communiquer verbalement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Être ergothérapeute dans un milieu médico-social</li><li>➤ Prendre en charge des traumatisés crâniens</li><li>➤ Travailler dans une structure où de l'activité physique et sportive est proposée au public accueilli</li></ul>
<b>Critères d'exclusion pour les traumatisés crâniens :</b>	<b>Critères d'exclusion pour les ergothérapeutes :</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ne pas avoir subi de traumatisme crânien</li><li>➤ Avoir moins de 18 ans</li><li>➤ Ne pas vivre dans un établissement médico-social en France</li><li>➤ Ne pas avoir de prise en charge ergothérapique</li><li>➤ Ne pas pratiquer de l'activité physique et/ou sportive</li><li>➤ Ne pas pouvoir communiquer verbalement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Être ergothérapeute dans un milieu autre que médico-social</li><li>➤ Ne pas prendre en charge des traumatisés crâniens</li><li>➤ Travailler dans une structure où il n'y a pas d'activité physique et sportive proposée au public accueilli.</li></ul>

## 3.2. Choix de la méthode de recherche : la méthode qualitative

Pour mener cette enquête, la méthode qualitative semble être la plus appropriée pour explorer la pratique des personnes interrogées. En effet, nous ne cherchons pas ici de données mesurables. C'est pourquoi l'entretien sera utilisé comme outil de recherche afin de répondre à cette question. L'entretien établit une interaction entre deux individus et prend en compte la subjectivité des propos de la personne. Il favorise une analyse détaillée des données et du sens que la personne interviewée donne à sa pratique. Ainsi, il contribue à vérifier les hypothèses établies et crée des ouvertures pour poursuivre la recherche. De plus, les personnes ayant un TC modéré à sévère ont des troubles cognitifs et la compréhension de questions écrites peut alors s'avérer difficile. L'entretien permettra de reformuler les questions et de les développer pour faciliter cette compréhension, bien que des biais soient toujours existants.

L'entretien sert à « *produire des données permettant avant tout de mieux saisir la singularité de l'expérience* » vécue par un individu ou un groupe d'individus (41). C'est une méthode qualitative qui « *se distingue radicalement de l'enquête par questionnaire qui vise à produire des données standardisées sur une vaste population* » (41).

Il existe plusieurs types d'entretiens :

- **L'entretien directif** suit les questions dans un ordre précis, le discours est non continu et l'inférence est faible.
- **L'entretien semi-directif** suit des thèmes dont l'ordre peut varier en fonction de la personne interviewée. L'inférence est dite « modérée ».
- **L'entretien non directif** repose sur un discours continu, non préparé à l'avance (42). Il permet ainsi de donner une liberté de parole à la personne interrogée, afin qu'elle fournisse des exemples concrets en s'appuyant sur la réalité du terrain.

C'est donc l'entretien semi-directif qui sera utilisé pour mener cette enquête. Celui-ci permettra de recueillir des informations précises grâce à un guide d'entretien tout en échangeant librement avec l'interviewé.

### 3.2.1. L'approche hypothético-déductive

Afin de récolter des données empiriques, nous allons utiliser une approche hypothético-déductive. Cette méthode consiste à énoncer des postulats à partir d'une théorie, pour les confronter ensuite à de réelles expérimentations. Contrairement au raisonnement inductif, qui part d'une observation pour en formuler une théorie, l'approche hypothético-déductive s'appuie sur des preuves et permet ainsi de vérifier ou d'infirmer une hypothèse établie (43).

### 3.2.2. Les biais et les limites

Un biais en recherche est considéré comme une déformation pouvant affecter le recueil de données. Ici, plusieurs biais peuvent apparaître. Tout d'abord, nous retrouvons le **biais méthodologique** qui peut se produire si les questions sont mal formulées, ou si l'ordre n'est pas logique. Ce biais peut induire une incompréhension de la personne interrogée. L'optimisation de l'organisation du guide d'entretien ainsi que l'adaptation de chaque question en fonction de l'interviewé (ergothérapeute ou personnes ayant subi un TC) est donc nécessaire. Ensuite, le **biais affectif** peut se produire si les états affectifs comme l'humeur entraînent une déformation du jugement ou si l'interviewé est une personne familière. Il est donc important de rester dans une posture neutre et d'avoir une vision objective. Le **biais de désirabilité sociale** peut se manifester quand l'interviewé a un comportement exemplaire lorsqu'il est l'intérêt principal du sujet, ce qui peut entraver la qualité du recueil d'informations. Enfin, le **biais de confirmation d'hypothèses** peut intervenir : c'est la « *tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues* » (44). Il est donc nécessaire de se remettre en question pour confronter les différents points de vue (44).

Concernant les limites de l'étude, la première est l'échantillon, qui n'est pas représentatif de la population générale ayant subi un traumatisme crânien. En effet, les critères d'inclusion restreignent l'échantillonnage : nous prenons seulement en compte les personnes traumatisées crâniennes ayant un suivi médico-social en France. Cette limite peut engendrer des erreurs dans l'interprétation des résultats. Deuxièmement, l'accès à la population peut être limité : nous cherchons à interroger des personnes spécifiques qui répondent à tous les critères d'inclusion. Cela peut s'avérer difficile, car les établissements

médico-sociaux accueillant des personnes cérébrolésées, tels que les Foyers d'Accueil Médicalisés, sont peu nombreux en France. Il existe un risque de non-exhaustivité, c'est-à-dire de ne pas exploiter toutes les informations et de ne se référer qu'aux personnes interviewées.

Lors de la réalisation des entretiens, des perturbations liées à la communication peuvent survenir lorsqu'ils sont réalisés par appel téléphonique. Par exemple, une mauvaise connexion ou qualité de l'appel, des bruits de fond, une absence de communication non verbale, le stress ou encore la précipitation peut engendrer une mauvaise interprétation des données. Il est alors important de créer un environnement calme et d'adopter un comportement favorisant l'échange entre les deux personnes.

### 3.2.3. Présentation du guide d'entretien

Pour réaliser notre enquête, il est nécessaire de préparer en amont un guide d'entretien qui servira à orienter l'interview. Ce guide est un outil permettant à l'enquêteur de structurer l'échange et d'assurer le bon déroulement des questions. Celles-ci doivent de préférence être ouvertes pour offrir une liberté d'expression à l'interlocuteur. Elles doivent également être claires, précises et adaptées au public interrogé. Elles doivent apparaître dans un ordre logique tout en restant flexibles pour pouvoir y revenir si besoin : c'est en partie ce qui constitue un entretien semi-directif. L'un des inconvénients de cette méthode est que son déroulement peut prendre du temps en fonction des réponses de l'enquêté (45).

Les deux populations étant interrogées, il faut alors créer deux grilles d'entretien. Concernant celle s'intéressant aux ergothérapeutes, les trois concepts (le traumatisme crânien, l'ergothérapie et l'activité physique et sportive) sont abordés en utilisant la méthode de « l'entonnoir » : des questions générales suivies de questions de relance selon les réponses. Un entretien test a été réalisé afin d'assurer la bonne compréhension des questions. Il a également permis de vérifier leur cohérence, leur pertinence et leur adéquation avec le public interrogé, tout en s'assurant qu'elles permettent de recueillir des réponses exploitables et de limiter les biais évoqués précédemment. Pour ce faire, l'entretien a été testé une fois auprès d'une ergothérapeute contactée en amont. La grille d'entretien test est présentée en Annexe III.

A la suite de cet entretien test, des modifications ont été réalisées prenant en compte les retours de l'ergothérapeute interrogée. En effet, la quatrième question portant sur l'activité signifiante a été jugée trop tardive dans l'entretien. Elle a donc été placée avant la

question évoquant la réinsertion sociale. Cet ordre semble plus logique et cohérent. Il permet d'observer si l'ergothérapeute utilise des activités signifiantes et dans quel but, pour ensuite déterminer si l'activité joue un rôle dans la réinsertion sociale. Les questions de relance ont également été modifiées pour qu'elles correspondent aux questions principales. La grille d'entretien modifiée et utilisée pour les entretiens avec les ergothérapeutes est présentée en Annexe IV.

Concernant la grille d'entretien destinée aux personnes ayant subi un TC, les trois concepts théoriques ont également été questionnés avec la même méthode afin d'appuyer les propos des ergothérapeutes. Les questions ont été adaptées de façon à éviter les problèmes de compréhension. Pour ces personnes, aucun entretien test n'a été réalisé en raison du faible échantillonnage, ce qui peut représenter un biais pour la recherche car la grille n'a pas été modifiée. La grille d'entretien est présentée en Annexe V.

#### 3.2.4. Déroulement de l'enquête et rétroplanning

Pour mener cette enquête, différentes structures médico-sociales ont été contactées par appel téléphonique. Afin de trouver des ergothérapeutes et des personnes ayant un TC correspondants aux critères d'inclusion, une recherche a été effectuée sur le site internet du PARVIS (Plateforme Collaborative de la Lésion Cérébrale Acquise), qui regroupe tous les acteurs du traumatisme crânien en France, dont les établissements et services médico-sociaux (46).

Des professionnels ont également pu être contactés grâce à l'aide des différents tuteurs de stage, permettant ainsi de recueillir des potentiels contacts. Du 20/01 au 11/02/2025, 24 associations et structures ont été sollicitées par courriel électronique et par téléphone. Ce courriel comportait le sujet du mémoire de recherche ainsi que les critères d'inclusion pour réaliser l'entretien, disponible en Annexe VI. Si la réponse du sujet était favorable, une date d'entretien était planifiée, le plus souvent en appel téléphonique ou en visioconférence au vu de la limite géographique. Pour respecter la protection des données et leur confidentialité, les personnes interrogées étaient informées de l'enregistrement audio de l'entretien et du respect de leur anonymat lors de la retranscription. Une feuille de consentement éclairé leur était ensuite envoyée afin de recueillir leur accord signé.

Grâce aux nombreux retours positifs des différentes structures, l'entretien test a pu être réalisé le 27/01/2025 avec une ergothérapeute exerçant dans un EAM accueillant des

personnes cérébrolésées. Cet entretien test a été mené en présentiel. Deux personnes ayant subi un TC ont accepté d'être interrogées par la même occasion.

Ensuite, un élargissement de l'échantillon des ergothérapeutes a pu être effectué suite aux nombreux retours. En effet, interroger 4 ergothérapeutes au lieu de 2 permet de recueillir davantage de données à analyser et à comparer ensuite. De plus, il a été difficile de refuser un échange qui pourrait potentiellement être utile et enrichissant pour ce travail de recherche. En revanche, seulement 2 personnes ayant un TC ont été interrogées, ce qui peut représenter un biais dans la recherche. Ces deux entretiens permettront néanmoins d'appuyer les propos des ergothérapeutes. Les entretiens ont été réalisés en appel téléphonique avec les ergothérapeutes du 12/02 au 20/02/2025. Ils ont été enregistrés à l'aide d'une application dictaphone.

### 3.2.5. Présentation des enquêtés

Voici une présentation des ergothérapeutes et des personnes ayant subi un traumatisme crânien (désignées ici par le terme « résident ») qui ont été interrogés :

- **Entretien test** : E0 est diplômée depuis 2016. Elle travaille dans un EAM accueillant des personnes cérébrolésées depuis 6 ans et demi.
- **Entretien 1** : E1 est diplômée depuis 2022. Elle travaille dans un SAMSAH à l'AFTC à 60%. E1 a 3 ans d'expérience avec des personnes traumatisées crâniennes modérées à graves.
- **Entretien 2** : E2 est diplômée depuis 2012. Elle travaille à mi-temps dans un FAM qui accueille des personnes cérébrolésées depuis 2013.
- **Entretien 3** : E3 est diplômée depuis 2024. Elle exerce dans une MAS accueillant des personnes cérébrolésées depuis 6 mois à la date de l'entretien.
- **Entretien 4** : E4 est diplômé depuis 2017. Il exerce dans un FAM accueillant des personnes polyhandicapées et cérébrolésées depuis octobre 2024.
- **Résident 1** : R1 a 23 ans. Il vit dans un EAM depuis fin 2023. Il a eu son traumatisme crânien en 2021 ou 2022. Il a ensuite été hospitalisé dans un centre de rééducation pendant 1 an. Il pratiquait du football avant son traumatisme crânien.
- **Résident 2** : R2 a 38 ans. Il vit dans un EAM depuis 2021. Il a eu son traumatisme crânien il y a 8 ans à la date de l'entretien. Il a aussi fait un AVC. Il a ensuite été hospitalisé dans un centre de rééducation. Il pratiquait du basket-ball avant son accident.

## 4. Résultats

Cette section présente les différentes analyses, longitudinales et transversales, des entretiens menés avec des ergothérapeutes et des personnes ayant subi un traumatisme crânien. Les résultats permettront ainsi d'alimenter la discussion de ce travail de recherche grâce aux expériences recueillies auprès de chaque personne interrogée. L'entretien test ne sera pas présenté.

### 4.1. Analyse longitudinale des ergothérapeutes

Pour analyser les entretiens, l'enquêteur va tout d'abord procéder à une analyse détaillée du contenu. Développée pour les sciences humaines, elle est décrite comme « *une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive une interprétation construite* » (47). Elle permet ainsi d'examiner le discours de chaque interviewé, incluant également les éléments non-verbaux et para-verbaux.

#### 4.1.1. Entretien n°1

**Durée : 56 minutes.**

**Question 1 : Vous intervenez dans une structure médico-sociale. Que pouvez-vous me dire sur les principaux troubles que rencontrent les traumatisés crâniens que vous suivez ?**

E1 qui exerce en SAMSAH, évoque principalement les troubles comportementaux : « *en premier plan les troubles de la cognition sociale* » suivis des troubles cognitifs : « *ils rentrent presque tous dans un syndrome dysexécutif, cognitif et comportemental* ». E1 n'est pas confrontée aux troubles moteurs, « *Donc ce qui est moteur pur et dur a pu être récupéré et sinon tout ce qui est installé est résiduel* » bien que certains conservent des séquelles physiques après leur rééducation. Le public qu'accompagne E1 est majoritairement composé de personnes ayant subi un traumatisme crânien sévère : « *ils ont tous fait du coma* ». E1 explique que leur niveau d'autonomie est variable : « *la plupart ils ont une autonomie qui est présente sur les actes de la vie quotidienne, et encore, et en fait elle s'arrête là.* ». Certains bénéficient d'un réseau d'aides à domicile pour pallier leurs difficultés : « *ils arrivent avec un maillage d'aides à domicile énorme parce qu'ils ne peuvent rien faire.* »

## **Question 2 : Comment intervenez-vous auprès de ce public ?**

E1 explique que les bénéficiaires qu'elle accompagne sont orientés par la MDPH. L'ergothérapeute intervient principalement dans les AVQ : « *on va reprendre tout simplement une pyramide des besoins* », ainsi que sur les déplacements à l'extérieur : « *il y a une grosse partie sur tout ce qui est transport [...] surtout que là ils ont pas le permis [...] soit on replace un prestataire, soit on arrive à réapprendre l'utilisation d'un transport en commun.* » E1 met en avant l'isolement des personnes ayant subi un TC et l'épuisement des aidants à domicile : « *Donc soit on arrive et il y a plus de proches, soit ils sont désabusés, fatigués, fin ils en peuvent plus.* ». Concernant les bilans, E1 privilégie des mises en situation écologiques et est formée au profil des AVQ. Elle est également formée « *à tous les outils du MOH* » et utilise le MOHOST pour identifier les intérêts de la personne : « *si j'ai quelqu'un qui veut reprendre par exemple une activité sportive ou culturelle, je vais faire passer la liste des intérêts pour voir ce qui les branche, on va passer le VQ .* » Le MOHOST lui permet ainsi de déterminer le profil volitionnel du bénéficiaire.

## **Question 3 : Comment pensez-vous que la mise en place d'une activité signifiante peut impacter la prise en charge du TC ?**

Selon E1, la signifiante de l'activité est essentielle : « *C'est super important. Déjà le TC tu lui feras pas faire ce qu'il voudra pas faire* ». En raison des nombreuses séquelles liées au TC, la personne peut alors s'obstiner face à la frustration. Grâce au MOH, E1 prend en compte la volition du bénéficiaire et met en avant une stigmatisation du handicap invisible. Elle souligne alors la difficulté de s'inclure dans un groupe. C'est pourquoi, utiliser une activité signifiante peut devenir une source de motivation et favoriser une relation thérapeutique de qualité. De plus, elle met en évidence l'ouverture des intérêts et l'inclusion sociale : « *la première fois où tu arriveras à les réinclure dans quelque chose, ça va ouvrir une porte à plein d'autres choses* » ; « *ils se rendent compte que [...] avoir un maillage socioculturel, c'est vraiment super important et porteur.* ». E1 collabore avec des partenaires tels que Handisport et Sport Santé. Elle garantit l'accompagnement dans l'activité : « *on va être garant des premières fois* » ; « *on va tester ensemble* » ; « *on gère le transport et tout ça* ». Grâce à ces collaborations et aux subventions, les professionnels du SAMSAH peuvent proposer des cycles de sport adaptés. De son côté, E1 accompagne les bénéficiaires lors de marches visant à travailler le périmètre de marche, plutôt que dans un objectif d'activité physique. Elle conclut cette partie en précisant son rôle dans les tâches liées à l'activité.

**Question 4 : En tant qu'ergothérapeute, comment favorisez-vous la réinsertion sociale des traumatisés crâniens ?**

E1 qualifie cette question de « *large* ». Elle explique que la réinsertion sociale repose sur plusieurs axes : « *il y a comment on réinsère dans un groupe, et il y a aussi comment on réinsère le groupe à la personne.* ». Pour une personne ayant subi un TC, se réinsérer dans la société implique une prise de confiance en ses capacités. Elle souligne le travail de sensibilisation à assurer dans un collectif, ou envers les partenaires avec qui ils sont amenés à collaborer. E1 insiste sur les difficultés qu'un TC peut rencontrer pour s'investir dans une activité : « *c'est le problème numéro 1 du TC, de se tenir à quelque chose.* ». Ces difficultés peuvent être liées, d'après E1, aux troubles mnésiques ainsi qu'à la gestion des émotions. En tant qu'ergothérapeute, notre rôle consiste à mettre en place des moyens permettant d'accompagner le bénéficiaire vers l'activité à laquelle il s'est engagé, en prenant en compte les aspects organisationnels et émotionnels : « *il y a le fait d'amener la personne à se réinsérer et le fait aussi que l'environnement social facilite la réinsertion. Et en tant qu'ergo, nous, on est vraiment sur tous les fronts.* ».

**Question 5 : Selon vous, quelle place à l'activité physique et sportive auprès des personnes ayant un TC ?**

E1 explique que l'activité physique est un moyen de réinsertion sociale pour la population qu'elle accompagne. Elle appuie ses propos : « *ça a une très grosse importance dans la vie sociale.* ». Ici, ce n'est pas l'objectif physique qui est principalement ciblé : « *ça va être un objectif secondaire.* ». E1 met en avant l'importance pour une personne ayant un TC d'être intégrée dans un groupe. Pour autant, le sport en milieu ordinaire exige une certaine productivité qui va limiter la personne ayant un TC. C'est pourquoi l'appui des partenaires du handicap est essentiel pour maintenir le niveau d'APS. Pour les personnes pratiquant de l'activité physique avant leur accident, la reprise peut engendrer de la frustration. En effet, elles s'aperçoivent que leurs capacités ne sont plus les mêmes et peuvent rejeter l'activité : « *C'est-à-dire que là, ça va rentrer dans un processus plus large d'acceptation de mes nouvelles capacités.* ». Pour les bénéficiaires anosognosiques, E1 explique que l'APS peut être un élément déclencheur : « *C'est peut-être là qu'on va franchir justement l'effet deuil* » permettant une prise de conscience des nouvelles habiletés.

## **Question 6 : Selon vous, comment l'ergothérapeute peut intervenir dans la mise en place d'activité physique et sportive ?**

E1 insiste sur notre rôle d'orientation vers l'activité physique la plus adaptée. En tant qu'ergothérapeute, elle privilégie avant tout les souhaits de la personne. Elle l'utilise comme « *un moyen d'aller vers quelque chose* ». La personne ayant un TC est parfois amenée à avoir des demandes incompatibles avec les possibilités existantes. C'est pourquoi, l'ergothérapeute va accompagner l'individu vers le choix de l'activité : « *Et voilà, de travailler ça. Un peu la négociation, en fait. Entre ce qui est voulu et ce qui est possible et ce qui est souhaité dans le processus de récupération* ». E1 souligne que son intervention au domicile ne lui permet pas d'assurer directement la mise en place de l'APS : « *Mais selon moi, ma place, elle n'est pas dans le fait de faire l'activité, en tout cas dans ma pratique actuelle.* » Son rôle se porte alors sur le choix, l'orientation vers l'activité ainsi que la mise en œuvre d'objectifs.

### **4.1.2. Entretien n°2**

**Durée : 36 minutes.**

**Q1 :** E2 observe principalement des troubles physiques, cognitifs et comportementaux au sein du foyer dans lequel elle travaille : « *les trois thèmes vraiment physique, cognitif et comportemental* ». Parmi les troubles physiques, elle décrit des hémiparésies, hémiparésies et quadriparésies. Le public accueilli dans ce foyer est vieillissant, ce qui complique progressivement la marche : « *j'ai quelques personnes marchantes, mais vieillissantes donc marchant avec de plus en plus de difficultés* ». Parmi les troubles cognitifs, E2 relève les difficultés mnésiques « *on a toutes les mémoires qui lâchent un petit peu* », ainsi que les troubles dysexécutifs. Enfin pour évoquer les troubles comportementaux, E2 parle de la désinhibition, des violences physiques, verbales ainsi qu'une agressivité liée au traumatisme frontal. Lorsqu'on lui pose une question sur le degré de sévérité des résidents, elle semble d'abord hésiter quant à la manière de répondre : « *C'est des personnes qui sont en foyer donc euh... je sais pas comment... il faut que je donne un chiffre ? (rires)* ». Finalement, en faisant référence à l'échelle de Glasgow, elle précise que « *la plupart était en sévère* » et qu'ils ont majoritairement été dans le coma un certain temps. Au niveau de l'autonomie et de l'indépendance, E2 appuie le fait que la majorité des résidents ont besoin d'une « *aide partielle, guidance verbale* » pour les AVQ.

**Q2 :** Les principales missions de E2 s'articulent autour des AVQ : *« Sur l'ensemble des actes de la vie quotidienne, à commencer par la toilette habillage le matin, la prise de repas. »* Elle intervient également dans le positionnement, la mise en place d'aides techniques et les activités instrumentales telles que *« se débrouiller pour faire quelques courses »*. E2 joue un rôle dans l'accompagnement aux déplacements. Sa formation PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique) lui permet aussi de sensibiliser les professionnels à l'ergonomie et aux techniques de transfert : *« Ça touche quand même les résidents puisque ça va être des techniques de transfert, du matériel etc. »*. Au niveau des bilans, E2 a commencé par utiliser ceux appris à l'école mais a progressivement arrêté par manque de temps *« j'ai commencé ici il y a une dizaine d'années, je faisais... des bilans que j'avais sorti de l'école, les trucs des troubles cognitifs etc, j'ai commencé à moins en faire parce que j'ai moins le temps. »*. Aujourd'hui, elle privilégie les mises en situation écologiques pour évaluer les capacités des résidents dans les AVQ. Elle évoque ne pas être à l'aise avec les bilans normés : *« j'ai du mal à mettre des gens dans des cases. »*, mais réalise tout de même un MMS chaque année *« pour vérifier l'évolution des troubles cognitifs »*.

**Q3 :** E2 souligne l'importance de proposer une activité signifiante pour favoriser l'adhésion : *« une activité signifiante est hyper importante parce que sinon les personnes ne sont pas partie prenante. »* Elle insiste sur les conséquences des troubles comportementaux lorsqu'elle ne correspond pas aux intérêts du résident : *« ils se rebelleront parce qu'il y a des troubles du comportement, et ils ne le feront pas. »*. E2 réalise des activités thérapeutiques dans la structure, dont des physiques. Elle fait de la marche, des étirements et du vélo. Elle travaille en collaboration avec les autres professionnels afin d'assurer la continuité des interventions lorsqu'elle n'est pas présente : *« Surtout, je délègue beaucoup à mes collègues, si une personne commence à être un peu faible physiquement je leur dis « faut absolument faire telle activité avec lui, de lever ses jambes, de marcher »*. Un coach sportif intervient une matinée par semaine au sein du foyer, et E2 précise que toute l'équipe s'investit pour maintenir une activité physique régulière. Pour évaluer la signifiante de celle-ci, les résidents n'hésitent pas à le communiquer verbalement : *« j'ai de la chance d'avoir que des personnes qui communiquent facilement » ; « non j'aime pas, oui j'aime bien »*.

**Q4 :** E2 est catégorique sur l'importance de la réinsertion sociale des résidents, affirmant : *« on va essayer au maximum et je dis bien au maximum donc dans la mesure du »*

*possible, d'amener nos résidents sur l'extérieur.* » Pour E2, la réinsertion sociale du TC passe principalement par l'intégration dans un environnement ordinaire. Elle explique qu'il est important, même pour les rendez-vous médicaux, de les emmener en ville pour qu'ils puissent être dans un milieu ordinaire. Ils participent à plusieurs sorties, notamment à des spectacles, des matchs de sport. Ils font des rencontres avec d'autres établissements afin de renforcer le lien social : *« On a fait l'année dernière une activité « grimpe aux arbres », alors on l'a fait avec une autre structure »*. A l'inverse, la structure *« fait venir des associations, on fait des spectacles... »*. Des activités en groupe sont réalisées au FAM, soit en groupes fermés soit en groupes ouverts. Elles visent à développer la cohésion des résidents. E2 met davantage en avant un travail pluridisciplinaire dans la réinsertion sociale plutôt que son rôle strict d'ergothérapeute. Selon E2, le travail d'équipe est alors primordial pour favoriser cette réinsertion sociale.

**Q5 :** D'après E2, l'activité physique est indispensable : *« je dirais que c'est primordial de les stimuler quotidiennement physiquement.* » Toutefois, les troubles comportementaux que peuvent présenter les personnes ayant un TC influencent la pratique : *« ils sont complètement désinhibés donc ils ont pas forcément envie.* ». Elle insiste sur l'importance de la régularité pour maintenir les capacités physiques : *« On essaye de faire au moins 2 à 3 activités sportives par semaine.* » ; *« On privilégie beaucoup les activités sportives.* ». Pour E2, elles incluent également la marche. Elle adapte ses activités à chaque individu. L'APS aurait un rôle dans la diminution des troubles du comportement : *« on est de meilleure humeur »*. D'un point de vue cognitif, E2 prend l'exemple du vélo pour illustrer tous les aspects que l'APS permet de travailler, tels que le repérage visuo-spatial, la mémoire et la prise d'initiatives.

**Q6 :** Pour décrire le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place d'APS, E2 explique que grâce à ses observations des capacités de la personne, elle est en mesure de l'orienter vers l'activité physique la plus adaptée : *« l'ergo est en capacité d'observer toutes les capacités physiques et les besoins, notamment en matière d'autonomie et d'indépendance.* » Elle peut également intervenir dans l'adaptation du matériel sportif. Quand ce n'est pas possible, elle oriente alors sur du matériel déjà adapté pour répondre aux souhaits de la personne : *« On essaye qu'on réponde à la fois à leurs besoins, leurs envies, leurs objectifs »*. E2 met en avant l'importance de proposer des activités significatives et signifiantes aux résidents. Selon elle, l'APS peut être un vecteur de réinsertion sociale grâce aux partenariats établis avec des

associations externes. Ces activités physiques réalisées avec des personnes extérieures permettent alors de créer du lien et de partager des moments conviviaux « *Si tu arrives à trouver une asso, et si on arrive à trouver des personnes extérieures qui veulent bien faire des activités sportives avec nos résidents ils sont super contents quoi !* ».

#### 4.1.3. Entretien n°3

**Durée : 24 minutes.**

**Q1 :** Lors de l'entretien avec E3, elle met en avant les troubles moteurs dont les hémipariés. Elle parle également de déficience intellectuelle et des troubles de la mémoire : « *Donc, il y a des personnes qui n'ont pas de mémoire... Enfin, qui n'enregistrent pas les informations, en fait, suite à leur accident. Surtout, ils se rappellent de leur vie avant l'accident, mais pas après.* ». D'autres troubles sont présents tels que les troubles comportementaux « *beaucoup de désinhibition. Peu de contrôle des émotions* ». Les personnes accueillies dans la structure où E3 travaille, ont majoritairement subi un TC sévère « *plutôt sévère [...] en maison d'accueil spécialisé, c'est le plus haut taux d'accompagnement, en fait, dans le médicosocial.* » Elle conclut avec les troubles de la parole « *il y en a qui n'ont pas du tout d'expression verbale. Et il y en a où même au niveau de la compréhension verbale, on se pose beaucoup de questions, la communication est assez compliquée.* » Concernant la dépendance, elle souligne une variabilité selon les résidents et une dépendance élevée dans les activités « *pour les déplacements, pour les soins d'hygiène, pour les activités de loisir, c'est assez compliqué parce que ça peut être restreint.* »

**Q2 :** E3 souligne dans son discours qu'elle a pris son poste récemment : « *je suis sur le poste depuis seulement six mois et que l'ergo qui était là avant était absent depuis six mois aussi* ». Par conséquent, ses missions ont été adaptées et ciblées sur la mise en place de matériel et aides techniques dans un premier temps : « *donc en ce moment, je ne fais que du matériel [...] j'ai fait des renouvellements de fauteuils roulants [...] j'ai géré les lits médicalisés [...] beaucoup d'adaptations sur mesure* ». E3 s'intéresse également à la domotique qui est mise en place au sein de la MAS. Elle travaille régulièrement avec un appareilleur pour mettre en place des sièges moulés. Au niveau des activités, E3 avait instauré un atelier d'écriture qui a dû être interrompu en raison de l'absence d'un professionnel : « *je pouvais pas gérer l'atelier toute seule [...] c'était presque du 1 pour 1* ». E3 prend en considération les besoins des résidents : « *je faisais un accompagnement aussi avec une résidente qui voulait faire du piano* »

[...] *mais en fait, elle était trop fatigable. Ça lui convenait pas.* » Elle sait aussi repérer le manque d'intérêt pour certaines activités : *« J'ai fait de la couture un peu avec un résident. Mais il était pas très patient. Donc, c'était pas forcément finalement l'activité qui lui convenait le mieux. »* En ce qui concerne les bilans, E3 privilégie les mises en situation écologiques. Elle évalue les soins personnels en collaboration avec les professionnels et leur propose des solutions ou des aides techniques pour améliorer l'autonomie et l'indépendance du résident.

**Q3 :** E3 pense que nous ne pouvons pas faire d'activité si elle n'est pas signifiante : *« Ils n'accrochent pas du tout. »* Celle-ci se doit d'être adaptée aux intérêts et aux capacités des résidents pour garantir une prise en soin efficace. E3 parle également d'adhésion : *« il faut absolument que ça leur plaise pour qu'ils adhèrent. »* Au sein de la MAS, l'équipe d'animation est principalement en charge des activités de loisirs, auxquelles les résidents participent librement. La question concernant la signifiante de l'activité a été mal comprise dans un premier temps *« euh... je ne comprends pas trop la question. »* Après reformulation, E3 explique que l'équipe pluridisciplinaire prend en compte les habitudes de vie d'avant le traumatisme crânien. Elle dit : *« peut-être que c'est à tort, mais on se base beaucoup sur les habitudes qu'ils avaient avant le traumatisme. »* Elle reconnaît néanmoins qu'il pourrait exister d'autres approches pour mieux évaluer les envies des résidents. Elle ajoute : *« mais des fois, on sait après, en faisant des essais, on leur propose des choses, et puis on voit s'ils aiment ou pas. »*

**Q4 :** E3 explique qu'au sein de la MAS, les résidents restent généralement toute leur vie après leur admission : *« Vraiment, quand ils rentrent dans la structure, c'est pas prévu qu'il y ait une sortie. »* Elle expose l'isolement des résidents : *« Ils sont assez isolés, en fait, dans la structure. Il y a très peu d'ouverture vers l'extérieur. »* Pourtant, elle affirme ensuite que plusieurs activités sont proposées, notamment des activités culturelles. C'est principalement l'équipe d'animation qui les assurent. Elle met en évidence le rôle du Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) dans la réinsertion sociale du TC. Ce GEM propose diverses activités mensuelles et les résidents sont libres d'y aller s'ils le souhaitent : *« C'est la monitrice éducatrice de la structure qui se charge d'aller présenter les activités du mois aux résidents. Et eux, ils disent auxquelles ils ont envie d'aller. »* Grâce à ces occupations, les résidents ont l'opportunité de rencontrer des personnes extérieures et de créer du lien social. Cette réponse

appuie l'importance de l'activité pour contribuer à la réinsertion sociale et met peu en avant le rôle de l'ergothérapeute.

**Q5 :** E3 souligne que l'activité physique et sportive est très demandée au sein de la structure. Certains résidents étant plus sportifs que d'autres, la demande varie selon les individus. Elle appuie sur l'impact du sport sur le comportement d'une personne ayant un TC « *C'est vrai que les professionnels soignants, des fois, ils ressentent que ça peut permettre de canaliser un peu certains résidents. Ça se ressent quand il n'y a pas de sport, quoi. C'est plus ça.* ». E3 ne développe pas davantage cette question et précise que seul le professeur de sport adapté dispense les activités physiques et sportives. Il est présent à 80 % dans la structure et permet au moins à la moitié des résidents de pratiquer une APS.

**Q6 :** E3 relève le rôle essentiel de l'ergothérapeute dans l'adaptation du matériel, permettant ainsi de favoriser l'autonomie et l'indépendance des résidents. Elle illustre cette idée par un exemple concret : alors qu'une activité d'équitation avait été programmée par l'enseignant APA dans un club d'équitation, l'ergothérapeute a été sollicitée afin d'évaluer l'état du matériel et de vérifier sa compatibilité avec les besoins et installations des résidents. De plus, l'ergothérapeute serait en capacité d'évaluer la personne dans plusieurs situations, notamment lors d'activité physique et sportive. E3 souligne cette dimension : « *On voit d'autres facettes du résident.* ». Cette observation montre le fait que l'APS permet d'appréhender l'individu dans sa globalité, en tenant compte de plusieurs aspects importants : les capacités motrices, les fonctions cognitives, les interactions sociales ainsi que les comportements.

#### 4.1.4. Entretien n°4

**Durée : 28 minutes.**

**Q1 :** E4 met l'accent sur les troubles moteurs : « *on en a quelques-uns qui sont en fauteuil roulant. D'autres marchent, mais avec des gros troubles de l'équilibre.* » Il évoque aussi les troubles du comportement, soulignant que « *on a quand même des personnes qui ne sont pas toujours adaptées dans un milieu social.* » Les troubles cognitifs sont également présents, mais E4 ne les développe pas davantage en raison de l'absence de bilans : « *je n'ai pas vu, en tout cas, de bilan neuropsychologique ou autre sur les troubles cognitifs* ». Les résidents nécessitent un « *accompagnement au quotidien dans les activités de la vie quotidienne* », bien

que certains soient autonomes et indépendants et « *passent même inaperçus comme un handicap invisible* ». Quant au degré de sévérité, il reste incertain « *j'avoue que là, après, je n'ai pas assez regardé pour donner une réponse fiable, mais c'est vrai qu'on va dire modéré.* »

**Q2 :** E4 se concentre « *principalement sur les activités de la vie quotidienne* ». Il réalise du positionnement et des transferts. Il souhaite perfectionner son accompagnement en favorisant la participation du résident dans les AVQ « *Mais après, c'est vrai que si on veut faire les choses bien, oui, je pourrais intervenir sur toutes les activités de la vie quotidienne, voir comment intégrer le soignant avec la participation du résident* ». E4 met en œuvre des activités de rééducation, incluant des exercices de motricité et cognitifs, et intervient aussi dans l'intégration sociale. Arrivé il y a quelques mois au sein du foyer, il dit s'appuyer sur les bilans existants : « *Souvent, c'est des personnes qui sortent de rééducation. Normalement, il est censé y avoir des bilans avec même une prise en charge par un médecin MPR* ». Cependant, confronté à des situations complexes nécessitant des bilans complémentaires, il privilégie les mises en situation écologiques faute de temps. En évoquant les modèles conceptuels, E4 dit adopter « *une approche du modèle biomécanique* » et « *un peu systémique dans le sens où il y a quand même une intégration dans un foyer d'accueil où c'est quand même leur lieu de vie* ».

**Q3 :** D'après E4, les activités thérapeutiques sont essentielles : « *pour moi, c'est un peu la base* ». Il ne mentionne pas directement la notion de signifiante, mais il met en avant la dimension sociale du foyer à travers des activités occupationnelles, ainsi que la dimension paramédicale avec des activités réadaptatives : « *on va chercher un peu à exploiter les capacités physiques, capacités cognitives. Gérer un peu les troubles du comportement* ». Il explique qu'elles permettent de « *créer du lien social* » quand elles sont réalisées en groupe. Plusieurs activités sont proposées au foyer, notamment des physiques : judo, natation, marche, tir à l'arc, char à voile, voile. Ces initiatives sont principalement mises en œuvre par l'éducateur sportif, présent à plein temps. L'animateur socio-culturel assure également un lien avec l'extérieur : « *des activités plus de rencontres avec tout type de jeux [...] ça fait un peu vieillot de dire thé dansant, mais bon [...] bowling [...] certains spectacles* ». Il qualifie ces activités de « *ludiques* » et « *occupationnelles* ». De son côté, E4 met en place une activité de repas thérapeutique et une activité de photo-expression.

**Q4 :** E4 exprime qu'une certaine longévité est présente au foyer : *« c'est des personnes qui, une fois qu'elles sont rentrées dans le foyer, généralement, finissent leur vie au foyer. »*. Cependant, il ne considère pas la réinsertion comme impossible. Le FAM dispose d'un service externe accueillant des personnes à la journée, mais E4 précise qu'il n'a pas de visibilité sur leurs activités en dehors de la structure, rendant l'évaluation de leur intégration sociale plus complexe. En revanche, sur le service interne, il développe la mise en place d'activités extérieures pour favoriser la réinsertion sociale. E4 collabore avec l'éducateur sportif : *« moi, je fais une activité avec l'éducateur sportif qu'on appelle balade à roulettes [...] On fait ça aussi avec la présidente de la fédération de randonnées »*. E4 souligne alors le lien avec des partenaires externes pour promouvoir la réinsertion sociale. Dans son discours, E4 distingue clairement deux formes d'intégration : celle des personnes en situation de handicap dans un environnement extérieur et celle dans un milieu social avec d'autres individus. Enfin, des rencontres avec d'autres établissements sont régulièrement organisées et permettent de créer et renforcer les liens sociaux *« Surtout que c'est un endroit où on est là qui est assez isolé, donc forcément les gens se connaissent vite. »*

**Q5 :** E4 expose la nécessité d'adapter l'activité physique en fonction des besoins : *« la difficulté, ça va être de s'adapter à chaque personne. »*. Il met en avant la disparité des capacités des résidents : *« on a des personnes [...] ça fait plus handicap invisible et d'autres qui peuvent être totalement grabataires. »* L'activité physique va donc se concentrer, pour certains, davantage sur de la mobilisation que du sport. Il évoque également la problématique de l'accessibilité de certaines infrastructures sportives : *« je sais qu'il y a beaucoup de moments où ils vont à la piscine. Après, il faut encore une fois que la piscine soit adaptée. »*. Pour les personnes ayant des capacités physiques limitées, des techniques sont mises en place pour leur permettre un accès au sport. E4 prend l'exemple du judo *« il [l'enseignant APA] m'a demandé le lève-personne pour les mettre au sol et essayer de travailler un peu au sol avec ces personnes [...] on a quand même des possibilités. »* Pour finir, E4 explique avec incertitude que la fréquence d'activité physique par semaine varie entre une, deux et trois fois par semaine.

**Q6 :** E4 explique que l'activité physique est une médiation comme une autre. Quand elle est dispensée par un ergothérapeute, elle peut être utilisée pour répondre à des objectifs spécifiques. E4 affirme ces propos : *« c'est les objectifs qu'on cherche à avoir et les résultats surtout qu'on cherche à obtenir. »*. Il souligne également la liberté dont dispose

l'ergothérapeute pour choisir le type d'activité le plus adapté aux besoins des personnes accompagnées. Il met en avant les compétences communes des rééducateurs dans une équipe pluridisciplinaire en précisant qu'il s'agit « *d'essayer de se compléter* ». Dans le FAM où il exerce, cette complémentarité se traduit par une distinction dans les approches : l'éducateur sportif privilégie des activités dites plus productives avec les personnes qui ont le plus de capacités, tandis que l'ergothérapeute se concentre sur des exercices de motricité intégrant des stimulations sensorielles. Ce travail coopératif permet d'étayer la prise en charge d'une personne ayant un TC.

## 4.2. Analyse longitudinale des résidents

Pour appuyer les propos des ergothérapeutes interrogés, nous allons maintenant analyser les entretiens réalisés avec deux personnes ayant subi un TC.

### 4.2.1 Entretien n°5

**Durée : 15 minutes.**

**Question 1 : Vous avez subi un traumatisme crânien et vous êtes actuellement dans une structure médico-sociale. Pouvez-vous me parler de votre prise en charge au sein de celle-ci ?**

R1 évoque dans un premier temps une prise en charge optimale, il dit : « *Eh ben... elle est bien, ça va.* » en rigolant. A ce moment, il semble perturbé par les questions et développe avec difficulté. Après une question de relance, il liste les personnes qui l'accompagnent au quotidien, tels que l'APA, la monitrice d'atelier ainsi que sa coordinatrice. Il évoque l'ergothérapeute seulement après une autre question de relance. Pour décrire une journée type, il explique qu'il voit les professionnels toute la journée : « *je vais aux rendez-vous à partir de 9 heures... et à 15 heures à peu près [...] j'ai plus rien à faire donc je vais jouer à la Play.* » Il exprime ensuite avoir des séances de kinésithérapie, qu'il a le lundi et le jeudi.

**Question 2 : Quelles sont les conséquences de votre traumatisme crânien sur votre quotidien ?**

Dans un premier temps R1 hésite : « *bonne question parce que je sais pas du tout.* » Il explique ensuite qu'il rencontre peu de difficultés sur le plan physique, et qu'il n'aime pas se mettre en situation d'échec : « *parce que si je sais que ça met en di- en... merde... comment on dit... pas en défaut mais en difficulté bah je le fais pas. Je fais autrement.* » En évoquant

l'aspect cognitif, il souligne une perte de mémoire sur des éléments qui ne l'intéressent pas. Il n'exprime pas de troubles comportementaux. Au niveau des AVQ, R1 indique qu'il saisit des objets avec sa main gauche avec une certaine complexité, mais qu'il a développé une stratégie de compensation en utilisant sa main droite. Il ajoute également avoir progressé dans la réalisation de ses soins personnels et dans sa marche sans aide technique.

**Question 3 : Vous bénéficiez d'un suivi ergothérapeutique. Pouvez-vous me parler de ce que vous faites avec l'ergothérapeute ?**

R1 explique que son suivi en ergothérapie lui permet de développer sa motricité fine : *« de l'écriture et je travaille les motri- les motricités fines... si on peut dire ça comme ça. »* De plus, il ajoute que l'ergothérapeute l'a accompagné dans une reprise progressive de la marche sans aide technique : *« elle m'accompagnait dehors pour m'évaluer un truc comme ça... pour voir si je faisais les choses en sécurité quand je marchais avec mon déambulateur... Ensuite on a fait pareil sans le déambulateur et puis il y a eu des papiers à signer et maintenant je suis autonome. »*.

**Question 4 : Comment l'ergothérapeute vous accompagne dans votre retour dans la société ?**

Cette question semble difficile à comprendre pour R1. Après un temps de réflexion, il comprend et demande : *« Est-ce que c'est genre les déplacements en train ? »*. Par ici, il associe la réinsertion sociale à un moyen de transport pour aller à l'extérieur de la structure. Il relève le travail de l'ergothérapeute dans les démarches liées aux déplacements : *« Acheter les billets de train, prendre tout ce qu'il faut pour être à l'aise dans le train. »* Il met en avant son accompagnement pour le repérage visuo-spatial. De plus, il exprime faire une activité cuisine éducative avec l'ergothérapeute et d'autres résidents. R1 dit ne pas être à l'aise dans un groupe, par crainte du regard de l'autre. Malgré ses appréhensions, il fait l'effort de s'adapter : *« Mais j'essaie de m'y faire écoute... j'ai pas le choix. »* Au sein du foyer, il exprime avoir de bons liens avec deux, voire trois résidents.

**Question 5 : Depuis votre traumatisme crânien, comment vous a-t-on accompagné dans la reprise du sport ?**

R1 pratiquait du foot en salle avant son accident, une fois par semaine. Il expose dans un premier temps faire du renforcement musculaire avec l'enseignant APA. Il faisait plusieurs

activités sportives au sein de la structure avant, telles que de la musculation et de la piscine. Il exprime une baisse de motivation, et donc de productivité depuis un changement dans son encadrement : « *j'y suis pas retourné depuis qu'il y a (prénom de l'APA). J'ai la flemme.* » Il ajoute se sentir comme « *un bras cassé* » car il ne peut plus courir. Pourtant, lors de l'entretien, R1 semble déterminé à reprendre le foot, en commençant d'abord par courir. Pour mener à bien ses objectifs, il fait de la marche sur tapis roulant. Il hésite entre « *20 – 30 minutes à chaque fois... ou 5 minutes je sais pas.* » Il est également amené à faire de la marche en extérieur pour se rendre au café par exemple, avec d'autres résidents. Ces sorties lui permettent de se « *changer les idées* » ainsi que de renforcer ses interactions sociales.

#### **Question 6 : Selon vous, qu'est ce qui est important dans la pratique d'une activité physique et sportive ?**

Etant fumeur, R1 répond avec humour « *décrasser les poumons* ». En reprenant son sérieux, il met en avant les bénéfices cardiovasculaires lors de l'effort. Il inclut également le maintien des capacités physiques dans sa réponse : « *m'entretenir quoi* ». Lorsqu'on lui pose la question, il dit prendre plaisir à pratiquer du sport. Grâce à l'activité physique, sa marche s'est améliorée : « *je vois juste une nette amélioration sur ma marche à moi.* ». Il ne prend pas en compte d'autres bénéfices de l'APS dans son discours. C'est en insistant avec des questions de relance qu'il explique percevoir un aspect inclusif par l'APS en donnant un exemple du foot, où il pourrait rencontrer des personnes. Ainsi, cela contribuerait à la réinsertion sociale.

#### **4.2.2. Entretien n°6**

##### **Durée : 15 minutes.**

**Q1 :** R2 explique que sa prise en charge au sein de la structure s'articule grâce à sa coordinatrice. En lui demandant ses missions, il raconte travailler sur son projet de vie « *je cherche un foyer et un... et un travail principalement.* ». Il est également suivi par une neuropsychologue qui l'accompagne dans le remplissage de son agenda. Pour décrire une journée type, R2 met en avant directement les activités qu'il fait pendant la semaine, telles que le bois, le modelage, la mosaïque et du sport. Il n'évoque pas directement son suivi en ergothérapie.

**Q2 :** R2 développe principalement des conséquences physiques : « *j'ai eu une hémiplégie.* » Cette hémiplégie lui engendre des difficultés au quotidien, il ajoute : « *ça*

*m'handicape beaucoup* ». Au niveau cognitif, il souligne l'impact mnésique de son accident : « *j'arrive pas trop à me souvenir des choses...* ». Enfin, concernant le comportement, R2 exprime se sentir plus agressif qu'avant et plus fatigué. Au quotidien, R2 a appris à se servir de sa main non-dominante pour compenser ses difficultés avec son membre plégique : « *je suis droitier à l'origine mais j'utilise beaucoup ma main gauche, même pour manger je m'en sers beaucoup je trouve.* » Pour autant, il utilise sa main droite pour écrire.

**Q3 :** R2 explique que l'ergothérapeute l'accompagne dans les démarches liées aux déplacements, telles qu'aller prendre des billets de train ou rechercher des covoiturages. Il participe également à un atelier « cuisine éducative » avec l'ergothérapeute. R2 souligne l'importance de cette activité pour lui : « *J'aime bien la cuisine puisque avant j'étais cuisinier.* » Son projet professionnel s'articule d'ailleurs autour de la cuisine : « *je veux travailler dans un ESAT qui fait de la restauration.* » Enfin, R2 déclare que les activités qui ont du sens pour lui au sein du FAM sont la cuisine, le sport, la mosaïque, le modelage et le bois.

**Q4 :** R2 a besoin d'indigage pour répondre à cette question : « *Ça je sais pas* » En abordant les activités de groupe, il raconte que des personnes extérieures viennent régulièrement faire des jeux de société avec les résidents. Il met en avant le côté convivial de ces réunions. Dans sa réponse, il ne parle pas spécialement de l'ergothérapie.

**Q5 :** R2 pratiquait du basket avant son accident. Au sein de la structure, il est accompagné par l'enseignant APA dans la pratique d'activité physique et sportive. Il explique être allé à la piscine auparavant et que maintenant il va à la salle de musculation « *toutes les deux semaines* ». Il évoque son souhait de refaire du basket : « *Oui car ça fait longtemps* ».

**Q6 :** R2 ne semble pas comprendre la question tout de suite : « *Je sais pas.* » Après reformulation, il décrit la pratique d'une activité physique comme « *un échappatoire* ». Pour R2, faire du sport lui permettrait de « *penser à autre chose.* ». Ensuite, il exprime voir les bénéfices sur sa condition physique grâce au sport : « *la perte du ventre (rires)... ouais parce que j'ai besoin de perdre du poids... donc voilà quoi le sport c'est bénéfique.* ». L'activité physique permettrait à R2 d'être de plus en plus autonome : « *ça m'aide à aller de l'avant mais je sais pas si c'est ça qui va m'aider à sortir plus tôt d'ici...* ».

## 4.3. Analyse transversale

L'analyse transversale permet de mettre en évidence les divergences et les convergences entre chaque entretien. La comparaison des différents résultats, question par question, contribue ainsi à l'élaboration de nouvelles réflexions et nouvelles pistes concernant le questionnement initial.

### 4.3.1. Analyse transversale des ergothérapeutes

**Question 1 : Vous intervenez dans une structure médico-sociale. Que pouvez-vous me dire sur les principaux troubles que rencontrent les traumatisés crâniens dans votre structure ?**

E2, E3 et E4 semblent d'accord sur les différents troubles que rencontrent les personnes qu'ils accompagnent. En effet, les troubles physiques, cognitifs et comportementaux reviennent dans chaque entretien. En revanche, E1, travaillant en SAMSAH, est moins confrontée aux séquelles physiques qui ont été majoritairement récupérées. E2 et E3 mettent l'accent sur les difficultés mnésiques particulièrement présentes chez ce public. E1 et E2 évoquent toutes les deux une phase de coma, par laquelle la plupart des personnes avec un TC qu'elles accompagnent sont passées. Elles expliquent qu'ils ont majoritairement un TC sévère, et E3 les rejoint sur ce point. E4, pour sa part, reste incertain sur le degré de sévérité, mais le décrit malgré tout comme modéré.

En ce qui concerne l'autonomie des personnes ayant un TC, tous les quatre partagent leur avis en décrivant une variabilité selon les individus. E2 décrit que la majorité des résidents ont besoin d'une aide partielle dans les AVQ, tandis qu'E3 cite une dépendance élevée dans ces mêmes activités. De leur côté, E1 et E4 développent deux cas de figure : certains résidents sont complètement autonomes et indépendants et d'autres ont besoin d'une aide quotidienne.

**Question 2 : Comment intervenez-vous auprès de ce public ?**

E1, E2 et E4 interviennent tous principalement sur les AVQ. E1 et E2 se consacrent à l'accompagnement aux déplacements, tandis que E3 et E4 réalisent des activités de rééducation. E2 et E3 partagent leur pratique dans la mise en place de matériel et aides techniques, un aspect qui n'est pas mentionnée par les autres ergothérapeutes. E2 et E4 réalisent du positionnement, tandis que seul E4 évoque son rôle dans les transferts. E2

s'investit dans les activités instrumentales, en citant notamment les courses comme exemple. De son côté, E3 explore l'utilisation de la domotique pour favoriser l'autonomie et l'indépendance des résidents. Enfin, E1 met en lumière l'isolement que peut ressentir une personne avec un TC, tandis qu'E4 souligne son implication dans l'intégration sociale.

A propos des bilans qu'ils utilisent, tous réalisent des mises en situation écologiques avec leur public afin d'évaluer leurs capacités dans les AVQ. Seule E1 est formée aux outils du MOH dont le MOHOST, qu'elle utilise pour identifier les principales motivations du bénéficiaire. E4, quant à lui, s'appuie sur le modèle biomécanique et systémique pour orienter sa prise en soin. E2 exprime son opposition aux bilans normés, qu'elle critique pour leur tendance à étiqueter les personnes. Elle se limite à l'utilisation du MMS pour suivre l'évolution cognitive des résidents. Enfin, E3 collabore avec d'autres professionnels pour réaliser ses mises en situation.

### **Question 3 : Comment pensez-vous que la mise en place d'une activité signifiante peut impacter la prise en charge du TC ?**

E1, E2, E3 s'accordent à dire qu'une activité signifiante est essentielle pour garantir l'adhésion du résident. En effet, leurs troubles comportementaux peuvent parfois entraîner de l'apathie. Quant à lui, E4 ne parle pas d'activité signifiante, mais plutôt de thérapeutique, qu'il considère également comme primordiale.

E1 et E4 partagent un avis commun sur la dimension sociale des activités. E1 explique qu'elles permettent une ouverture vers d'autres, favorisant ainsi l'inclusion dans un groupe, tandis que E4 insiste sur leur rôle dans la création de lien social lorsqu'elles sont réalisées en groupe. E1 met en avant la collaboration avec des partenaires dans la mise en place d'activités, tandis que E2 indique qu'elle en assure elle-même la réalisation. De leur côté, E3 et E4 précisent qu'une équipe d'animation est mobilisée pour mener celles-ci, bien qu'ils interviennent aussi sur des activités davantage thérapeutiques qu'occupationnelles. E1 garantit l'accompagnement vers l'activité en prenant en considération les tâches qui gravitent autour.

Afin d'évaluer la signifiante d'une activité, tous procèdent de différentes façons. Comme expliqué précédemment, E1 utilise les outils du MOHOST pour analyser les intérêts

de la personne. E2 indique que les résidents n'hésitent pas à exprimer leurs préférences verbalement. E3, pour sa part, se rapporte à leurs anciennes habitudes de vie, et fait plusieurs essais avant de trouver l'occupation adéquate. Enfin, E4 n'a pas explicitement abordé cet aspect, bien que ses propos mettent en avant la diversité des activités proposées au sein du foyer.

**Question 4 : En tant qu'ergothérapeute, comment favorisez-vous la réinsertion sociale des traumatisés crâniens ?**

Tous se rejoignent pour dire que la réinsertion sociale se déroule lorsque les personnes sont amenées à évoluer dans un milieu ordinaire, tout en mettant en avant le rôle de l'activité. E1 explique que l'inclusion d'une personne ayant un TC n'est possible qu'après une sensibilisation effectuée auprès des groupes ou des différents partenaires. E2, E3 et E4 soulignent l'importance de collaborer avec des partenaires externes pour garantir cette réinsertion sociale. E2 met l'accent sur les différentes sorties et activités proposées, permettant ainsi de favoriser la création de liens sociaux. E3, quant à elle, implique le rôle du GEM dans la resocialisation des résidents.

E2 et E4 défendent l'idée que les rencontres entre les divers établissements contribuent à créer de nouveaux liens ainsi qu'à partager des expériences, tandis que E3 met l'accent sur l'isolement auquel est confronté le public qu'elle accompagne. Seul E4 distingue deux formes d'intégration : en milieu ordinaire et en milieu social. E1 souligne les difficultés d'engagement des personnes présentant un TC, impactant alors leur réinsertion. Elle met en avant le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du bénéficiaire vers l'activité dans laquelle il s'est engagé. A l'inverse, E2 et E4 exposent leur place dans la mise en place d'activités impliquant plusieurs partenaires, soulignant l'importance du travail pluridisciplinaire.

**Question 5 : Selon vous, quelle place a l'activité physique et sportive auprès des personnes ayant un TC ?**

E1, E2, E3 et E4 s'accordent sur le fait qu'une activité physique et sportive est indispensable auprès de ce public. Cependant, tous proposent une perspective différente. E1 souligne l'importance de l'APS dans la vie sociale de ses bénéficiaires, mettant de côté l'aspect physique, tandis que E2 insiste sur le maintien des capacités motrices rendu possible grâce à

l'APS. E2 et E3 soulignent également la diminution des troubles comportementaux que permet le sport, et E2 met en évidence les bienfaits d'une APS adaptée sur le plan cognitif. E4, lui, explique que les activités physiques proposées au sein du foyer vont de la mobilisation à la pratique d'un sport, selon les capacités de chaque individu. Il est le seul à évoquer les problèmes d'accessibilité de certaines infrastructures, limitant ainsi la participation sportive.

E1 cite les partenaires sportifs spécialisés dans le handicap pour encourager la pratique d'une APS, tout en expliquant que le sport en milieu ordinaire peut représenter un défi pour les bénéficiaires, engendrant parfois de la frustration. L'APS peut alors contribuer à l'acceptation et la prise de conscience des nouvelles capacités de l'individu.

**Question 6 : Selon vous, comment l'ergothérapeute peut intervenir dans la mise en place d'activité physique et sportive ?**

E1 et E2 se rejoignent sur le rôle de l'ergothérapeute dans l'orientation vers l'activité la plus adaptée. En effet, elles expliquent qu'en identifiant les besoins, les souhaits et les capacités de l'individu, elles sont en mesure de le diriger de manière appropriée.

E2 et E3 ont tendance à dire que l'ergothérapeute peut également intervenir dans l'adaptation du matériel sportif afin de favoriser l'indépendance de la personne.

E4, de son côté, considère que l'APS est une médiation comme une autre et souligne qu'en tant qu'ergothérapeute, il est possible de proposer n'importe quelle activité, à condition qu'elle corresponde aux besoins de l'individu accompagné.

E1, de par son intervention à domicile n'a pas la possibilité de dispenser des APS, alors que E2 et E4 sont amenés à en proposer. E2 explique d'ailleurs qu'une activité physique signifiante peut servir de vecteur de resocialisation grâce aux partenariats établis.

Bien que E3 ne pratique pas directement d'APS avec ses résidents, elle affirme que leur évaluation pendant ces activités permettrait d'appréhender l'individu dans sa globalité. Enfin, E4 insiste sur la complémentarité des compétences des rééducateurs lors des séances, en mentionnant notamment l'éducateur sportif.

### 4.3.2. Analyse transversale des résidents

**Question 1 : Vous avez subi un traumatisme crânien et vous êtes actuellement dans une structure médico-sociale. Pouvez-vous me parler de votre prise en charge au sein de celle-ci ?**

R1 et R2 mentionnent tous deux leur coordinatrice, sur laquelle ils s'appuient pour organiser leur prise en charge. En décrivant une journée type, R1 explique qu'il participe à plusieurs séances et qu'il a des rendez-vous avec divers professionnels, tandis que R2 met en avant les activités qu'il réalise au cours de la journée.

**Question 2 : Quelles sont les conséquences de votre traumatisme crânien sur votre quotidien ?**

Tous les deux se rejoignent en évoquant les difficultés liées à leur mémoire qu'ils rencontrent. En revanche, seul R2 mentionne des séquelles physiques, qui le gênent au quotidien. R1, quant à lui, explique qu'il en rencontre peu et qu'il préfère éviter les situations à risque. R1 et R2 utilisent des techniques pour compenser leurs difficultés liées à leurs troubles moteurs. Au niveau du comportement, seul R2 fait état d'une agressivité et d'une fatigue plus importante qu'auparavant.

**Question 3 : Vous bénéficiez d'un suivi ergothérapeutique. Pouvez-vous me parler de ce que vous faites avec l'ergothérapeute ?**

Avec l'ergothérapeute, R1 se concentre principalement sur le développement de sa motricité fine ainsi que sur la marche en extérieur. De son côté, R2 indique qu'elle l'accompagne dans les démarches liées aux déplacements en transports en commun. Il précise également qu'il participe à des séances de cuisine éducative avec l'ergothérapeute, une activité particulièrement signifiante pour lui, car son projet professionnel est orienté vers le domaine de la cuisine.

**Question 4 : Comment l'ergothérapeute vous accompagne dans votre retour dans la société ?**

Pour les deux personnes interrogées, la question s'avère difficile à comprendre. Après reformulation, R1 associe la réinsertion sociale avec les déplacements qu'il peut effectuer. Il explique alors que l'ergothérapeute l'accompagne dans les démarches liées aux déplacements

en transports en commun, comme R2 l'a évoqué à la question précédente. Il mentionne également la cuisine éducative, qu'il pratique en groupe, tout en expliquant ne pas se sentir à l'aise dans cette configuration et craindre le regard des autres sur son handicap.

R2, lui n'évoque pas particulièrement le rôle de l'ergothérapeute, mais associe plutôt la resocialisation aux activités effectuées avec des personnes extérieures. Il explique qu'un groupe de personnes âgées vient faire des jeux de société avec des résidents, permettant ainsi la création de liens sociaux.

**Question 5 : Depuis votre traumatisme crânien, comment vous a-t-on accompagné dans la reprise du sport ?**

R1 et R2 pratiquaient tous les deux un sport avant leur accident. Actuellement, ils sont suivis par l'enseignant APA, avec qui ils ont la possibilité de pratiquer une activité physique. R1 exprime une baisse de motivation et de productivité depuis qu'un changement de professionnel a modifié ses habitudes. Dans son discours, il évoque une diminution de son estime de soi, expliquant qu'il n'a plus les capacités physiques qu'il avait auparavant. Il souhaiterait malgré tout reprendre la course à pied, un objectif qu'il essaye de développer à travers des séances de marche sur tapis. R2, quant à lui, se rendait auparavant à la piscine et fait maintenant de la musculation toutes les deux semaines. Il exprime également le souhait de reprendre le basket, un sport qu'il pratiquait avant son accident.

**Question 6 : Selon vous, qu'est ce qui est important dans la pratique d'une activité physique et sportive ?**

Tous deux mettent en avant les bénéfices du sport sur leur condition physique. R1 note une nette amélioration de sa marche grâce à la pratique d'une APS, tandis que R2 souligne la perte de poids qu'il a pu obtenir grâce au sport. R1 exprime également le plaisir qu'il ressent à pratiquer une activité physique, un sentiment que partage R2, qui considère le sport comme un véritable échappatoire.

R1 conclut en mettant en avant l'aspect inclusif de l'activité physique lorsqu'elle est réalisée en groupe, un point que R2 n'aborde pas. En revanche, R2 insiste sur le gain d'autonomie que cette pratique lui a apporté.

## 5. Discussion

### 5.1. Liens avec le cadre théorique

Les résultats de la recherche ont appuyé les éléments décrits dans le cadre théorique. Pour rappel, notre question de recherche est : **En quoi l'ergothérapeute favorise la réinsertion sociale des personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré à grave par le biais d'une activité physique et sportive signifiante ?**

Il ressort des entretiens que la durée prolongée des séjours des traumatisés crâniens complique leur réinsertion sociale. L'étude française menée par *Truelle et al.* met en avant que cette longévité dans les structures médicosociales est directement liée à la gravité des séquelles, nécessitant un suivi à long terme. De plus, l'impact cognitif du TC entraînerait dans la durée l'apparition de dépressions chez 25 % des TC. Ce phénomène contribuerait à l'isolement social et à la rupture de liens intimes de l'individu (48). *Montreuil et al.* ajoutent qu'une resocialisation chez un TC grave est un chemin « *particulièrement long* » et « *semé d'embûches à la mesure de sa vulnérabilité psychique.* » (49). Nous comprenons ainsi que les variations cognitives et comportementales du TC sont les principaux facteurs freinant son engagement dans sa prise en soin.

Ces difficultés sont relevées dans les entretiens : toutes les personnes interrogées mettent en avant l'absence de motivation comme principal facteur impactant la participation à l'activité, suivie de comportements parfois inadaptés. Les personnes ayant un TC interrogées expriment leur désintérêt lorsqu'une activité n'a pas de sens pour elles. Pourtant, leurs témoignages mettent majoritairement en avant les activités auxquelles elles participent, démontrant que celles-ci rythment et dynamisent leur quotidien. Ainsi, proposer une occupation porteuse de sens est primordial pour garantir leur adhésion. Dans chaque entretien, celle-ci est présentée comme le cœur du métier de l'ergothérapeute.

La question de la légitimité de l'ergothérapeute dans l'intervention par le biais d'une activité physique a été évoquée dans le cadre théorique. Rappelons que le Code de la Santé Publique permet aux ergothérapeutes de dispenser une activité physique adaptée (4). Les entretiens ont révélé l'expertise de l'ergothérapeute dans l'orientation vers l'APS la plus appropriée. Tous reconnaissent leur approche holistique pour y contribuer, notamment en

réalisant des mises en situation écologiques pour évaluer les capacités de chaque personne dans leur AVQ. E2 soulève l'utilisation de l'APS comme un levier pour travailler les objectifs ergothérapeutiques. Par ailleurs, selon les milieux, celle-ci ne relève pas exclusivement d'une seule discipline, mais peut être mise en œuvre dans un cadre pluridisciplinaire afin de bénéficier de la complémentarité de chaque profession.

Nous avons observé dans l'étude de *Reynolds et al.* (2) que les TC sont confrontés à plusieurs obstacles pour pratiquer une APS, notamment ceux liés à l'accessibilité des infrastructures. Ce frein n'a été mentionné que par un seul ergothérapeute, ce qui montre qu'il n'est pas systématiquement présent dans un suivi médico-social.

En revanche, tous rejoignent les stratégies décrites dans l'étude de *Kato.Y. et al.*, permettant de promouvoir la participation à l'APS. Celles-ci impliquent une sensibilisation accentuée auprès des partenaires ainsi que la réalisation d'activités en groupe, afin de favoriser la réinsertion sociale (30). En effet, la collaboration avec des partenaires extérieurs tels que Handisport, Sport Santé ou d'autres établissements médicosociaux est valorisée dans les résultats.

La réinsertion du traumatisé crânien grave suit le processus de rétablissement, décrit par le *Dr Ben-Yishay*, pionnier dans le traitement des lésions cérébrales (49). Ce déroulement comprend plusieurs étapes : la motivation, la conscience et l'acceptation suffisante du handicap, la stabilisation émotionnelle, un parent disponible et un référent professionnel compétent ainsi que la reconstruction de l'identité. Parmi les programmes de rétablissement efficaces, le sport est décrit comme « *un bon moyen de rétablissement* » pour les blessés ayant peu de séquelles physiques. En analysant les résultats de R1 et R2, il est légitime de s'interroger sur les étapes de ce processus qu'ils ont franchies. En effet, l'ambivalence dans leurs propos ainsi que la perception de leur propre personne suggèrent que leur réinsertion sociale reste encore un défi à surmonter.

L'étude de *Self et al.* sur la connaissance des bienfaits de l'AP est appuyée par les témoignages de R1 et R2, qui considèrent l'APS comme un plaisir et un moyen de récupérer leurs capacités physiques (2). Tous deux passionnés de sport, ils aimeraient pratiquer celui qu'ils faisaient avant. Cependant, certaines limitations qu'ils rencontrent, telles que la fatigue,

l'absence de motivation et la diminution des habiletés physiques, freinent leur participation. *Montreuil et al.* expliquent que « *le choix d'une activité sportive doit prendre en compte les sports antérieurement pratiqués, les limitations physiques et émotionnelles* » (49). Le plaisir ressenti par les résidents s'explique notamment par la libération de dopamine présente durant une activité physique, qui contribue à développer les habitudes, la persévérance ainsi que la motivation (50). Ils pourraient alors, à terme, trouver dans le sport le facteur principal de leur rétablissement, leur permettant ainsi de se reconstruire une nouvelle identité, une estime de soi ou encore un projet de vie.

Un point qui n'a pas été suffisamment abordé lors des entretiens est la fréquence de pratique d'activité physique par semaine. En effet, l'OMS a établi des recommandations quotidiennes qui, selon l'étude de *Holly Blake*, contribueraient à améliorer l'indépendance des personnes ayant un TC (6). Les ergothérapeutes interrogés ne disposaient pas de données exactes, mais R1 et R2 ont pu expliquer que la pratique régulière d'une APS leur avait permis, pour l'un, de devenir plus autonome, et pour l'autre, de récupérer la marche, facilitant ainsi son indépendance. Une question portant sur le lien entre l'APS et l'indépendance aurait permis d'enrichir nos résultats.

## 5.2. Vérification des hypothèses

**Hypothèse 1 : L'activité physique et sportive est un moyen optimal de réinsertion sociale si elle est signifiante pour la personne.**

Cette hypothèse est entièrement vérifiée. Toutes les personnes interrogées ont démontré l'importance de mettre en place une activité signifiante afin de favoriser l'adhésion de la personne. Pour faciliter la réinsertion sociale d'une personne ayant un TC, les témoignages des ergothérapeutes mettent en avant plusieurs facteurs essentiels : intégrer l'individu dans un milieu ordinaire, organiser des sorties, collaborer avec d'autres établissements ainsi qu'avec des partenaires. L'activité physique et sportive est particulièrement plébiscitée, notamment lorsqu'elle est adaptée aux capacités de chaque personne. Elle contribue à créer un sentiment de bien-être, tout en permettant de tisser du lien social, comme l'ont exprimé les patients interrogés. Cependant, il est pertinent de souligner les propos de E1, qui explique qu'une réintégration sportive non adaptée aux

nouvelles capacités de la personne peut engendrer de la frustration, en raison de la prise de conscience des limitations actuelles.

**Hypothèse 2 : Un accompagnement pluridisciplinaire encourage le TC à participer aux activités physiques et sportives.**

La pluridisciplinarité a été évoquée dans chaque entretien. Dans la majorité des cas, un enseignant APA ou un éducateur sportif est présent au sein de la structure. Bien qu'ils ne soient pas reconnus comme professionnels de santé, ils disposent néanmoins d'une formation approfondie sur le sport, les pathologies et les situations de handicap (51). Parmi les 4 ergothérapeutes interrogés, tous collaborent avec ces professionnels dans la mise en place d'APS. Leur pratique diffère et se complète : c'est ce que souligne E4 dans son approche. Que ce soit pour l'adaptation du matériel, la mise en place ou l'orientation vers l'activité, l'ergothérapeute joue un rôle essentiel. Ce travail collaboratif inclut également l'équipe d'animation, régulièrement citée lors des entretiens. De plus, les partenaires sportifs spécialisés dans le handicap ont été fréquemment mentionnés, soulignant ainsi leur fonction essentielle. Un accompagnement pluridisciplinaire peut donc encourager le TC à participer aux APS, grâce aux compétences de chaque professionnel.

**Hypothèse 3 : L'ergothérapeute, grâce à l'utilisation d'un outil spécifique tel que le MOHOST, permet au traumatisé crânien de s'engager dans l'activité physique et sportive.**

Seulement 1 ergothérapeute sur 4 utilise le MOHOST afin d'évaluer la participation occupationnelle d'une personne traumatisée crânienne. E1 mentionne également le Volitional Questionnaire (VQ), défini comme « *une évaluation spécifique de la motivation de la personne telle que définie par le concept de volition du MOH.* » Cet outil est une évaluation par observation permettant d'apprécier la volition d'un individu grâce à 14 comportements observables (52). Le MOHOST est utilisé par E1 dans l'objectif de déterminer les principaux intérêts et les principales motivations du bénéficiaire. Ainsi, elle peut l'orienter vers une APS adaptée à ses besoins.

Cependant, les autres ergothérapeutes n'utilisant pas ce modèle, l'hypothèse ne peut donc être vérifiée. E2, E3 et E4 s'appuient davantage sur des mises en situation écologiques, permettant de déterminer les capacités de chaque personne en temps réel. En revanche, ces

mises en situation ne prennent pas en compte la volition et ne peuvent pas être un levier dans l'engagement vers l'APS.

### 5.3. Critique de l'étude

Les biais de l'outil ont pu être exposés dans un premier temps dans la partie Matériel et Méthode. Certains se sont confirmés lors des entretiens.

Tout d'abord, ceux menés avec les ergothérapeutes ont tous été réalisés par appel téléphonique, limitant ainsi l'analyse de la communication non verbale. La création d'un lien entre les deux parties s'est avérée plus difficile en raison de l'absence de contact visuel. De plus, des problèmes techniques ont eu lieu lors d'un appel, rendant la retranscription incomplète. Les biais méthodologiques se sont également produits, notamment lorsque des participants ne comprenaient pas les questions posées. En effet, certaines ont été qualifiées de « *larges* », ou de « *complexes* ». Parfois, les réponses débordaient sur d'autres questions, ce qui a rendu l'analyse moins efficace et ordonnée.

Pour recruter les ergothérapeutes, les critères d'inclusion n'exigeaient pas une expérience particulière. Les ergothérapeutes interrogés disposaient tous d'une ancienneté variable au sein de leur lieu d'exercice, ce qui a pu produire des variations dans l'interprétation des résultats. Ce biais peut être lié au fait que certains n'ont pas encore eu l'occasion d'explorer toutes les interventions possibles avec ce public, offrant moins de perspectives sur notre question de recherche. De plus, tous n'exerçaient pas dans le même type de structure, bien qu'elles soient toutes médicosociales. Les pratiques ne sont alors pas les mêmes, ce qui pouvait également influencer l'interprétation des résultats.

Il est nécessaire d'apporter un regard critique sur les entretiens menés avec les personnes ayant eu un TC. Aucun entretien test n'a été réalisé, en raison de la complexité d'interroger ce public, ce qui a entraîné de nombreuses conséquences. En effet, beaucoup de questions ont été mal comprises, jugées parfois trop complexes. Apporter des précisions sur leur rapport à l'activité physique aurait été intéressant pour l'analyse des résultats. De plus, interroger des personnes issues de structures différentes aurait permis une comparaison plus pertinente à analyser. Enfin, l'ergothérapie est peu mise en avant dans ces entretiens :

accentuer les questions sur leur intervention avec l'ergothérapeute aurait pu offrir d'autres perspectives à exploiter.

## 5.4. Points forts de l'étude

Pour mener cette enquête, plusieurs ergothérapeutes ont été contactés. Les réponses reçues ont été rapides, ce qui a permis de réaliser les entretiens assez tôt. Chacun d'entre eux s'est révélé riche en informations, recueillant les expériences des différents ergothérapeutes. Deux d'entre eux ont proposé le tutoiement, facilitant ainsi une communication plus fluide et spontanée.

La richesse de cette recherche réside avant tout dans le recueil en présentiel des expériences de personnes ayant subi un TC. La mise en perspective des points de vue des ergothérapeutes et des personnes concernées a permis d'apporter une complémentarité essentielle à l'interprétation des résultats. Une mise en commun de ces expériences a ainsi enrichi les réponses possibles à la question de recherche.

Enfin, la grille d'entretien s'est avérée complète et utile pour collecter des informations pertinentes et ainsi, vérifier ou infirmer les hypothèses.

## 5.5. Perspectives

La réalisation de ces entretiens a permis de clarifier la diversité des interventions de l'ergothérapeute. Les critères d'inclusion ont contribué à contacter des professionnels intervenant dans le domaine de l'activité physique. Tous les professionnels interrogés ont souligné l'importance de l'APS dans le parcours de soins des personnes ayant subi un traumatisme crânien.

Les différents témoignages ont non seulement mis en évidence le cadre théorique, mais aussi permis de le compléter. En effet, le rôle de l'ergothérapeute dans l'adaptation du matériel sportif n'avait pas été évoqué dans celui-ci. Pourtant, en se rapportant au référentiel de compétences, la quatrième soutient son expertise dans la conception, la réalisation ainsi que l'adaptation d'orthèses et d'aides techniques.

Il est vrai que l'adaptation du matériel sportif est un domaine complexe, nécessitant le plus souvent l'intervention d'un orthoprothésiste. Cette collaboration mériterait d'être explorée afin d'optimiser l'indépendance de l'individu. Grâce à un équipement adapté, les conditions de pratique deviennent plus confortables, permettant ainsi à la personne de s'investir pleinement, de favoriser son engagement ainsi que sa participation sociale.

Les données recueillies ont révélé des approches différentes selon les professionnels, comme l'utilisation d'autres outils du MOH pour évaluer les motivations de la personne, ce qui pourrait être pertinent d'approfondir dans le cadre de cette recherche.

De plus, bien que tous évoluent dans un milieu médico-social, certains utilisent l'APS à des fins rééducatives, tandis que d'autres l'intègrent dans un objectif de réinsertion sociale. Les personnes concernées ont d'abord perçu les bénéfices physiques de l'APS. La phase de rééducation étant achevée, la prise en charge des séquelles physiques reste tout de même essentielle pour aider les patients à retrouver confiance en eux et à s'investir pleinement dans leur projet de soin. Ce travail leur permet d'entrer dans un processus de rétablissement, comme expliqué précédemment. L'APS doit donc être à la fois un vecteur de réinsertion sociale, mais aussi une base solide pour prolonger la rééducation de l'individu.

Enfin, il est nécessaire de poursuivre la sensibilisation sur les séquelles invisibles du TC, souvent mentionnées dans les entretiens. Celle-ci doit s'adresser aux proches, aux aidants et aux partenaires, principaux interlocuteurs des personnes concernées. Rappelons que des associations régionales telles que les AFTC existent pour leur offrir des ressources adaptées. Nous avons constaté que ces séquelles sont majoritairement représentées chez ce public, et qu'une méconnaissance des troubles peut freiner leur réinsertion sociale. Dans le cadre de la mise en place d'une APS en milieu ordinaire, cette sensibilisation s'avère indispensable pour favoriser l'inclusion et l'adaptation des pratiques.

## 5.6. Réinvestissement professionnel et personnel

D'un point de vue personnel, ce travail de fin d'étude a été l'occasion d'approfondir un sujet en s'appuyant sur diverses lectures scientifiques. Ces recherches ont favorisé le développement d'une veille professionnelle et ont enrichi l'analyse des situations rencontrées lors des stages de troisième année. La rédaction de ce mémoire permet à l'étudiant de prendre du recul sur sa pratique et de s'interroger sur les différentes possibilités existantes. Il apprend ainsi à mieux appréhender une situation et acquiert les outils nécessaires pour se documenter et s'intéresser aux diverses approches professionnelles. Enfin, ce travail, s'étendant sur plusieurs mois, permet alors à l'étudiant de développer une véritable expertise sur le sujet, renforçant ainsi sa confiance en soi pour sa future pratique.

D'un point de vue professionnel, ce mémoire met en lumière la diversité des champs d'intervention de l'ergothérapeute. L'analyse des résultats obtenus démontre son rôle essentiel dans la mise en place d'APS auprès de personnes ayant subi un TC, et souligne l'approche holistique comme un véritable levier dans leur prise en soin. Les premiers questionnements de cette recherche portaient sur l'impact d'une activité physique dispensée par un ergothérapeute. Nous avons pu constater qu'il est en mesure de l'utiliser aussi bien à des fins de rééducation que de réinsertion. Enfin, l'appui des partenaires et de l'équipe pluridisciplinaire reste indispensable pour favoriser l'accompagnement de l'individu vers la réinsertion sociale.

# Conclusion

Grande Cause Nationale en 2024, la promotion de l'activité physique et sportive est un véritable enjeu de santé publique. Reconnue pour ses nombreux bénéfices sur la santé, les lectures établies ont montré son impact sur le parcours de soins d'une personne ayant subi un traumatisme crânien.

L'objectif de ce travail de recherche était de déterminer le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place d'APS auprès de personnes ayant subi un TC modéré à grave, afin de favoriser leur réinsertion sociale. Les recherches scientifiques menées dans le cadre théorique ont permis d'identifier les principaux facteurs de participation des personnes ayant un TC ainsi que les obstacles auxquels elles sont confrontées. L'activité physique joue un rôle essentiel dans la réduction des séquelles physiques, cognitives et comportementales de ce public, comme l'ont mis en évidence les recherches. Les entretiens conduits ont souligné l'importance de proposer une activité signifiante afin de faciliter l'adhésion de l'individu.

Ce mémoire porte une attention particulière à la réinsertion sociale des personnes ayant un TC en milieu institutionnel, une phase complexe aux multiples enjeux. Les entretiens ont mis en lumière la nécessité d'intégrer des activités en milieu ordinaire afin d'optimiser cette phase de réinsertion. Il en ressort que l'activité physique est plébiscitée par ce public et qu'elle contribue au développement de l'indépendance, favorisant ainsi l'engagement dans la prise en soins. L'ergothérapeute utilise ses compétences pour orienter l'individu vers l'APS la plus adaptée à ses capacités. Ainsi, la collaboration entre l'ergothérapeute et les professionnels du sport apparaît comme un levier essentiel pour encourager la participation de l'individu, renforcer sa confiance en lui et, à terme, faciliter son intégration dans la société.

Afin de poursuivre les recherches, il serait pertinent d'explorer les autres moyens d'intervention en ergothérapie, tels que l'utilisation des nouvelles technologies, qui est de plus en plus développée, dans le but de favoriser la réinsertion sociale du traumatisé crânien, tout en conservant une approche pluridisciplinaire.

# Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 25 sept 2024]. HAS - Professionnels. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/fc\\_2873790/fr/professionnels](https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels)
2. Reynolds M, Driver S, Stevens L, Warren AM. Physical Activity Experiences of Individuals Living With a Traumatic Brain Injury: A Qualitative Research Exploration. *Adapt Phys Act Q APAQ*. 3 janv 2013;30:20-39.
3. Marchalot I. Activité physique et affection de longue durée. Guide à l'usage des prescripteurs : aide à la prescription, évaluation, mise en oeuvre en ergothérapie. ANFE. 2018;
4. Chapitre II : Prescription d'activité physique (Articles D1172-1 à D1172-5) - Légifrance [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000033826290/>
5. Charret L, Samson ST. Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*. 27 avr 2017;45(1):17-36.
6. Reavenall S, Blake H. Determinants of physical activity participation following traumatic brain injury. *Int J Ther Rehabil*. 1 juill 2010;17:360-9.
7. Blake H, Batson M. Exercise intervention in acquired brain injury rehabilitation: A discussion. *Int J Ther Rehabil*. 1 avr 2008;15:180-5.
8. Santé Publique France. Epidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays occidentaux. 2019 avr p. 12.
9. Cohadon F, Richer E, Mazaux JM, Loiseau H, Castel JP. Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion. *Arnette*. 1998. 326 p.
10. Bayen É, Jourdan C, Azouvi P, Weiss JJ, Pradat-Diehl P. Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien. *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;88(5):331-7.
11. Azouvi P, Vallat-Azouvi C, Aubin G. Traumatismes crânio-cérébraux. De Boeck Supérieur; 2015. 468 p.
12. Teasdale G, Jennett B. ASSESSMENT OF COMA AND IMPAIRED CONSCIOUSNESS: A Practical Scale. *The Lancet*. 13 juill 1974;304(7872):81-4.
13. Fiorentino A. Traumatisme crânien : gravité, surveillance et conseils.
14. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 24 nov 2024]. Présentation des traumatismes crâniens - Lésions et intoxications. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/lésions-et-intoxications/traumatismes-crâniens/présentation-des-traumatismes-crâniens>

15. Leemann B, Greber C, Chabloz M, Schnider A. Troubles émotionnels et comportementaux après lésion cérébrale. *Rev Médicale Suisse*. 2020;16(692):890-3.
16. Fayol P, Carrière H, Habonimana D, Preux PM, Dumond JJ. Version française de l'entretien structuré pour l'échelle de devenir de Glasgow (GOS) : recommandations et premières études de validation. *Ann Réadapt Médecine Phys*. mai 2004;47(4):142-56.
17. Inserm [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Coma · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/coma/>
18. Hernandez H. L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt*. 1 déc 2010;30(4):194-7.
19. CDAPH [Internet]. [cité 1 déc 2024]. Le rôle de la CDAPH au sein de la MDPH. Disponible sur: <https://cdaph.fr/>
20. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 [cité 25 sept 2024]. 101 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/327168>
21. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0077 du 31/03/2023 [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=wbSfyB0QarBmS\\_OXWPwKud2jrTMm77dcSXD8mlaldq8=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=wbSfyB0QarBmS_OXWPwKud2jrTMm77dcSXD8mlaldq8=)
22. Santé O mondiale de la. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/349728>
23. Delamarche P, Carré F. *Activité physique adaptée et pathologies chroniques*. 1ère édition. Elsevier; 2021. 253 p.
24. Dejean A. Les activités physiques et sportives et les personnes en situation de handicap. *Empan*. 2003;51(3):65-7.
25. Rimmer JH, Riley B, Wang E, Rauworth A, Jurkowski J. Physical activity participation among persons with disabilities: Barriers and facilitators. *Am J Prev Med*. 1 juin 2004;26(5):419-25.
26. Coll Andreu M, Amoros Aguilar L, Costa Miserachs D, Portell Cortes MI, Torras Garcia M. Physical exercise: Effects on cognitive function after traumatic brain injury. In: Rajendram R, Preedy VR, Martin CRPE, éditeurs. *Aspects cellulaires, moléculaires, physiologiques et comportementaux des traumatismes crâniens* [Internet]. 2022 [cité 10 déc 2024]. Disponible sur: <http://www.scopus.com/inward/record.url?scp=85138934779&partnerID=8YFLogxK U2-10.1016/B978-0-12-823036-7.00016-5>
27. Mindfulness and Aerobic Exercise as an Intervention for Cognitive Dysfunction Following an Acquired Brain Injury: A Pilot Study [Internet]. [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=90768>

28. Pham T, Green R, Neaves S, Hynan LS, Bell KR, Juengst SB, et al. Physical Activity and Perceived Barriers in Individuals with Moderate-to-Severe Traumatic Brain Injury. *PM R*. juin 2023;15(6):705-14.
29. Archer T, Garcia D. Exercise Intervention in Traumatic Brain Injury. *Acute Care*. 2016;
30. Kato Y, Shiotani M, Sugita M, Momosaki R. Strategies to enable physical activity in individuals with traumatic brain injury. *PM&R*. 2023;15(2):248-9.
31. Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Établissements et services sociaux et médico-sociaux. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2024/Hebdo14/TSSA2406737N>
32. Meyer S. De l'activité à la participation. De Boeck Supérieur; 2013. 291 p.
33. L'ergothérapie [Internet]. ErgOT. [cité 21 déc 2024]. Disponible sur: <http://ergot-dh.com/ergotherapie/>
34. Duarte A, Bru S. Outil 32. La théorie du flow. *BàO Boîte À Outils*. 29 juill 2021;100-1.
35. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.
36. Wheeler S, Acord-Vira A, Arbesman M, Lieberman D. Occupational Therapy Interventions for Adults With Traumatic Brain Injury. *Am J Occup Ther*. 30 mars 2017;71(3):7103395010p1-3.
37. Masson A, Kersalé M. L'activité physique, cible de l'intervention ergothérapique auprès de la personne ayant présenté un traumatisme crânio-cérébral léger. 2020;(78):39-54.
38. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck Supérieur; 2024. 288 p.
39. Pépin G. Le modèle des dimensions d'un programme (Gervais, 1998) et le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002): la théorie au service de la pratique de l'évaluation. *Mes Éval En Éducation*. 2006;29(3):97-112.
40. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine [Internet]. [cité 21 déc 2024]. MOHOST | Outil d'évaluation | CRM OH | ULaval. Disponible sur: <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/mohost/>
41. Pin C. L'entretien semi-directif.
42. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23-34.
43. rédaction L. La méthode hypothético-déductive selon Popper [Internet]. Implications philosophiques. 2009 [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.implications-philosophiques.org/la-methode-hypothetico-deductive-selon-popper/>
44. CEDIP SGD. Secrétariat Général - DRH - CEDIP. 2014 [cité 3 oct 2024]. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Disponible sur:

<https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matière-de-a1113.html>

45. Paquet P. Aide à la rédaction de mémoire. 2015 [cité 1 janv 2025]. Guide à l'élaboration de votre guide d'entretien semi-directif. Rédacteur de mémoire. Disponible sur: <https://www.expertmemoire.com/guide-entretien/>
46. Parvis [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Parvis > Portail > Accueil - racine. Disponible sur: [https://www.cerebrolesion.org/jcms/af\\_7549/fr/parvis-portail-accueil](https://www.cerebrolesion.org/jcms/af_7549/fr/parvis-portail-accueil)
47. Feller J. L'Analyse du contenu, de L. Bardin. 1977 [cité 29 avr 2025]; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/colan\\_0336-1500\\_1977\\_num\\_35\\_1\\_4449](https://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1977_num_35_1_4449)
48. Truelle JL, Wild KV, Onillon M, Montreuil M. Social Reintegration of Traumatic Brain-Injured: The French Experience. *Asian J Neurosurg*. 2010;5(1):24-31.
49. Montreuil M, Coupé C, Truelle JL. Traumatisés crâniens graves adultes : quel rétablissement ? *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;88(4):287-94.
50. Ruiz-Tejada A, Neisewander J, Katsanos CS. Regulation of Voluntary Physical Activity Behavior: A Review of Evidence Involving Dopaminergic Pathways in the Brain. *Brain Sci*. mars 2022;12(3):333.
51. Le Fur MA, Rey T. Regards sur le Handicap et le Sport. *Le cherche midi*. 2022. 144 p.
52. VQ | outil d'évaluation | CRM OH | Uval [Internet]. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. [cité 2 mai 2025]. Disponible sur: <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/vq/>

# Annexes

## Table des matières des annexes

Annexe I : Compétences relatives au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute en lien avec l'APS.....	I
Annexe II : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	II
Annexe III : Grille d'entretien test à destination d'un ergothérapeute.....	III
Annexe IV : Grille d'entretien à destination des ergothérapeutes.....	IV
Annexe V : Grille d'entretien à destination de personnes ayant subi un traumatisme crânien.....	VI
Annexe VI : Courriel électronique à destination des structures médico-sociales.....	VIII
Annexe VII : Consentement de l'enregistrement audio des entretiens.....	IX

## Annexe I : Compétences relatives au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute en lien avec l'APS

Selon l'Arrêté du 5 juillet 2010 (35) :

- **Compétence 1 :** « *Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.* » L'ergothérapeute est en mesure d'analyser les besoins de la personne et d'évaluer les restrictions de participation afin d'adapter son accompagnement à la globalité de la personne.
- **Compétence 2 :** « *Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.* » L'ergothérapeute met en avant les activités signifiantes et significatives de la personne et identifie les composantes de l'activité et son potentiel thérapeutique. Il préconise des adaptations pour « *promouvoir le droit à l'implication sociale* »(35).
- **Compétence 3 :** « *Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie.* » L'APS est un moyen pour l'ergothérapeute rentrant dans cette compétence.
- **Compétence 6 :** « *Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.* » L'APS est un vecteur de socialisation : elle peut favoriser la relation thérapeutique et être un levier dans la prise de confiance et dans l'alliance thérapeutique.
- **Compétence 9 :** « *Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.* » Il nous est demandé ici en tant que professionnel de travailler en pluridisciplinarité afin d'optimiser l'intervention. Dans le cadre de l'APS, l'ergothérapeute est amené à travailler avec l'enseignant APA, le kinésithérapeute ou le psychomotricien qui ont des compétences approfondies dans ce domaine.

**Annexe II : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (39)**

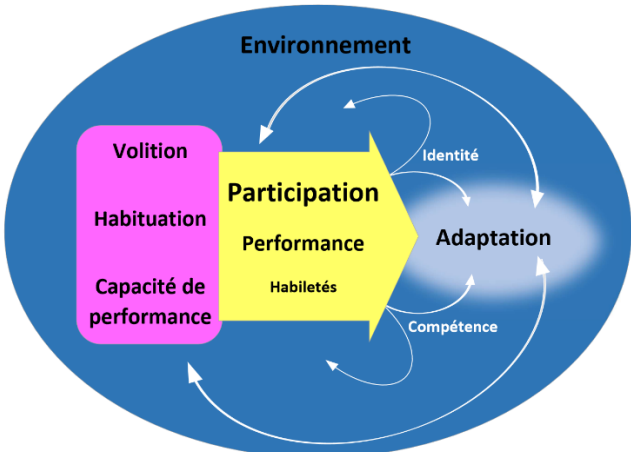


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Française).  
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet et A. Doussin (2024).  
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

## Annexe III : Grille d'entretien test à destination d'un ergothérapeute

Thèmes	Questions principales	Questions complémentaires
Le traumatisme crânien	Que pouvez-vous me dire sur les principaux troubles que rencontrent les traumatisés crâniens dans votre structure ?	<p>-Quel est le degré de sévérité de votre public ?</p> <p>-Quels sont les impacts de ces troubles sur leurs prises en soins ?</p> <p>-Comment définiriez-vous leur niveau d'autonomie et d'indépendance au sein de la structure ?</p>
	Comment intervenez-vous auprès de ce public ?	<p>-Quelles sont vos différentes missions ?</p> <p>-Utilisez-vous des bilans pour orienter votre prise en soin ?</p>
L'ergothérapie	En tant qu'ergothérapeute, quels moyens mettez-vous en place pour favoriser la réinsertion sociale des traumatisés crâniens ?	<p>-Réalisez-vous des activités thérapeutiques ? Si oui, lesquelles ?</p> <p>-Avec quels professionnels êtes-vous amenés à collaborer dans la mise en place d'activités ?</p>
	Comment pensez-vous que la mise en œuvre d'activité signifiante peut impacter la prise en soin du TC ?	<p>-Selon vous, qu'est-ce qu'une activité signifiante ?</p> <p>-Comment évaluez-vous les activités signifiantes du TC ?</p> <p>-Comment les différents troubles évoqués impactent leur participation aux activités ?</p>
L'activité physique et sportive	Selon vous, quelle place à l'activité physique auprès des personnes ayant subi un traumatisme crânien ?	<p>-Quel est son rôle sur les séquelles physiques ? cognitives ? comportementales ?</p> <p>-A quelle hauteur pratiquent-ils de l'activité physique par semaine ?</p>
	Selon vous, comment l'ergothérapeute peut intervenir dans la mise en place d'activités physiques et sportives ?	<p>-Quelles vont être les différences dans sa prise en charge par rapport à un professionnel spécialisé dans le sport ?</p> <p>-Comment la mise en place d'AP par un ergothérapeute peut avoir un impact sur la réinsertion sociale du TC ?</p> <p>-Quels vont être les impacts sur l'autonomie et l'indépendance du TC ?</p>

## Annexe IV : Grille d'entretien à destination des ergothérapeutes

Thèmes	Questions principales	Questions complémentaires	Mots clés
Le traumatisme crânien	Vous intervenez auprès de personnes ayant subi un traumatisme crânien. Que pouvez-vous me dire sur les principaux troubles que rencontrent les traumatisés crâniens dans votre structure ?	<p>-Quel est le degré de sévérité de votre public ?</p> <p>-Quels sont les impacts de ces troubles sur leurs prises en soins ?</p> <p>-Comment définiriez-vous leur niveau d'autonomie et d'indépendance ?</p>	
	Comment intervenez-vous auprès de ce public ?	<p>-Quelles sont vos différentes missions ?</p> <p>-Utilisez-vous des bilans pour orienter votre prise en soin ?</p>	
L'ergothérapie	Comment pensez-vous que la mise en œuvre d'activité significative peut impacter la prise en soin du TC ?	<p>-Selon vous, qu'est-ce qu'une activité significative ?</p> <p>-Réalisez-vous des activités thérapeutiques ? Si oui, lesquelles ?</p> <p>-Comment évaluez-vous les activités significatives du TC ?</p> <p>-Comment les différents troubles évoqués impactent leur participation aux activités ?</p>	
	En tant qu'ergothérapeute, comment favorisez-vous la réinsertion sociale des traumatisés crâniens ?	<p>-Quels moyens utilisez-vous pour favoriser cette réinsertion sociale ?</p> <p>-Quelle va être la durée de prise en soin d'un TC ?</p> <p>-Avec quels professionnels ou structures êtes-vous amenés à collaborer ?</p>	
	Selon vous, quelle place à l'activité physique auprès des personnes ayant subi un traumatisme crânien ?	-Quel est son rôle sur les séquelles physiques ? cognitives ? comportementales ?	

L'activité physique et sportive		-A quelle fréquence pratiquent-ils de l'activité physique par semaine ?  -Quels sont les professionnels intervenant dans la mise en place d'activité physique ?	
	Selon vous, comment l'ergothérapeute peut intervenir dans la mise en place d'activités physiques et sportives ?	-Quelles vont être les différences dans sa prise en charge par rapport à un professionnel spécialisé dans le sport ?  -Comment la mise en place d'AP par un ergothérapeute peut avoir un impact sur la réinsertion sociale du TC ?  -Quels vont être les impacts sur l'autonomie et l'indépendance du TC ?	
Précisions à apporter			
Présentation	Age : Date de l'obtention du D.E d'ergothérapeute : Temps d'expérience dans la structure : Expériences professionnelles précédentes : Formations complémentaires :		

## Annexe V : Grille d'entretien à destination de personnes ayant subi un traumatisme crânien

Thèmes	Questions générales	Questions de relance	Remarques
Traumatisme crânien	Vous avez subi un traumatisme crânien et vous êtes actuellement dans une structure médico-sociale. Pouvez-vous me parler de votre prise en charge ici ?	-Quels professionnels vous accompagnent au quotidien ?  -Pouvez-vous me décrire une journée type au sein de la structure ?	
	Quelles sont les conséquences de votre traumatisme crânien sur votre quotidien ?	-Quelles principales difficultés rencontrez-vous au niveau physique, mental, comportemental ?  -Quelles sont les tâches qui vous semblent difficiles à accomplir au quotidien ?	
Ergothérapie	Vous bénéficiez d'un suivi en ergothérapie. Pouvez-vous me parler de ce que vous faites avec lui/elle ?	-Quelles activités sont mises en place ?  -Sont-elles importantes pour vous ? Si oui, pourquoi ?	
	Comment l'ergothérapeute vous accompagne dans votre retour dans la société ?	-Comment les activités en groupe impactent votre quotidien ?  -Comment votre suivi en ergothérapie impacte votre prise en charge dans l'établissement ?	
Activité physique et sportive	Depuis votre traumatisme crânien, comment vous a-t-on accompagné dans la reprise du sport ?	-Pratiquiez-vous du sport avant votre accident ? Si oui, lequel ? A quelle fréquence ?  -Quels professionnels vous accompagnent dans la pratique sportive ?  -Dans quel but pratiquez-vous du sport ?	
	Selon vous, qu'est ce qui est important dans la pratique	-Selon vous, quels sont les bienfaits de l'activité physique ?	

	d'une activité physique et sportive ?	-Comment contribue-t-elle à l'inclusion sociale ?	
Précisions à apporter			
Présentation	Age : Sexe : Loisirs : Période dans la structure : Sévérité du traumatisme crânien : Date du traumatisme crânien :		

## **Annexe VI : Courriel électronique à destination des structures médico-sociales.**

Bonjour,

Je suis Justine BOUGUEREAU, étudiante en 3ème année à l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Nevers.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à l'accompagnement en ergothérapie des personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré à grave, en intégrant l'activité physique et sportive comme levier de réinsertion sociale.

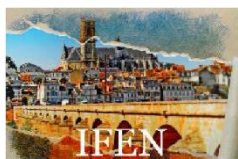
Je cherche à interroger, à travers des entretiens, des ergothérapeutes exerçant en structure médico-sociale, prenant en charge des personnes ayant subi un traumatisme crânien et étant amenés à utiliser l'activité physique dans leur pratique. L'entretien durerait environ 20 minutes et pourrait se dérouler par appel téléphonique ou visioconférence, selon les disponibilités.

Je me tourne donc vers votre structure afin de savoir si vous pourriez m'orienter vers des ergothérapeutes correspondant à ces critères, afin que je puisse réaliser mes entretiens.

Dans l'attente de votre retour, je vous vous remercie par avance et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

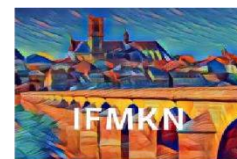
Justine BOUGUEREAU

## Annexe VII : Consentement de l'enregistrement audio des entretiens



**IPMR de Nevers**  
**Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation**

10 place du Général Pittié 58000 NEVERS  
☎ 09.81.79.27.57 – [www.ipmr-nevers.fr](http://www.ipmr-nevers.fr) – ✉ [secretariat@ipmr-nevers.fr](mailto:secretariat@ipmr-nevers.fr)



### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné(e), [Nom Prénom] .....

autorise par la présente Mme / M. ....

à m'enregistrer en audio / vidéo et autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonyme.

Ces données pourront servir :

- Seulement dans le cadre d'une recherche scientifique à but non lucratif (mémoires, thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires)
- à des fins d'enseignement universitaire
- pour une diffusion dans la communauté des chercheurs sous la forme d'éventuels échanges et prêts de corpus.

Je prends acte que, pour toutes ces utilisations scientifiques, les données ainsi enregistrées seront rendues anonymes.

Fait à ....., le.....

Signature

## Résumé

Des données récentes ont montré l'importance de l'activité physique et sportive auprès des personnes en situation de handicap. L'ergothérapie joue un rôle essentiel auprès des personnes ayant un traumatisme crânien. Les tendances émergentes suggèrent que le traumatisme crânien engendre différentes séquelles pouvant entraîner une restriction de participation dans les activités, impactant alors la participation sociale. L'objectif de cette étude est d'explorer l'intervention de l'ergothérapeute auprès des traumatisés crâniens par le biais de l'activité physique et sportive, afin de favoriser leur réinsertion sociale.

L'étude a utilisé une méthode qualitative, à l'aide d'entretiens semi-directifs. 4 ergothérapeutes et 2 personnes ayant subi un traumatisme crânien ont été interrogés pour tenter de vérifier les hypothèses. Celles-ci portaient sur la signifiante de l'activité, l'accompagnement pluridisciplinaire ainsi que l'utilisation du MOHOST. Les participants ont été recrutés parmi des critères d'inclusion.

Les résultats mettent en évidence l'importance de la signifiante d'une activité pour optimiser l'adhésion de la personne dans son parcours de soins. Le rôle de l'ergothérapeute apparaît essentiel dans l'orientation vers l'activité physique la plus adaptée, en tenant compte de la globalité de l'individu. L'étude souligne également la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire pour encourager l'engagement de la personne. Par ailleurs, la sensibilisation sur le handicap invisible est fondamentale pour favoriser l'intégration de l'individu. Enfin, le développement d'activités physiques en milieu ordinaire et en groupe contribuerait à faciliter la réinsertion sociale des personnes atteintes de traumatisme crânien.

Pour conclure, il est recommandé de poursuivre les recherches afin d'explorer le rôle de l'ergothérapeute dans l'adaptation du matériel sportif ainsi que dans l'utilisation de divers outils du MOH. La complémentarité des apports entre les deux populations interrogées a permis une analyse globale de la problématique. Cette étude met en évidence le potentiel de l'activité physique pour optimiser la réinsertion sociale du TC et soutient l'évolution des pratiques de l'ergothérapeute dans la mise en place de celle-ci.

Mots-clés : ergothérapeute ; activité physique ; traumatisme crânien ; réinsertion sociale

# Abstract

Recent data have shown the importance of physical activity and sport for people with disabilities. Occupational therapy plays an essential role in the treatment of people with traumatic brain injuries (TBI). Emerging trends suggest that TBI causes a lot of after-effects that can restrict participation in activities, impacting on social participation. The aim of this study was to explore how occupational therapists can intervene with TBI patients through physical activity and sport, in order to promote their social reintegration.

The study used a qualitative method based on semi-directive interviews. 4 occupational therapists and 2 people who have suffered a TBI were interviewed in an attempt to test the hypotheses. These concerned the significance of the activity, multidisciplinary support and the use of MOHOST. Participants were recruited according to the inclusion criteria.

The results highlight the importance of the meaning of an activity in optimising the person's adherence to their care pathway. The role of the occupational therapist appears to be essential in guiding the patient towards the most suitable physical activity, by taking into account the individual's overall condition. The study also highlights the need for multidisciplinary support to encourage people to get involved. In addition, raising awareness of invisible disabilities is fundamental to promoting individual integration. Finally, the development of physical activities in an ordinary environment and in groups would help to facilitate the social reintegration of people with traumatic brain injuries.

To conclude, further research is recommended to explore the role of occupational therapists in the adaptation of sports equipment and the use of various MOH tools. The complementary nature of the contributions of two populations interviewed enabled a global analysis of the issues. This study highlights the potential of physical activity to optimise the social reintegration of people with traumatic brain injury and supports the development of occupational therapist's practices in the introduction of physical activity.

Key words : occupational therapist, physical activity, traumatic brain injury, social reintegration